

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

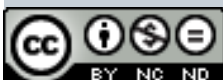
Autora: Blanca Mariana Forneron

**EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN
Y HÁBITOS ALIMENTARIOS SEGÚN EL ESTADO
NUTRICIONAL EN MUJERES DURANTE EL AÑO 2017**

2017

Tutora: Lic. Verónica Risso Patrón

Citar como: Forneron BM. Evaluación de la presencia de ansiedad, depresión y hábitos alimentarios según el estado nutricional en mujeres durante el año 2017. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2017. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/722>



Agradecimientos

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera.

A mis padres Enrique y Susana por apoyarme en todo momento, por sus consejos, por sus valores.

A mis hermanas Sabrina y Daiana por ser una parte muy importante en mi vida

A mi abuela Mariana por su cariño y apoyo.

A mi amiga Vanesa y compañeras de la facultad por haberme apoyado y acompañado a lo largo de la carrera

A mi tutora Lic. Verónica Risso Patrón por la ayuda recibida en la realización de este trabajo.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMA	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	3
VIABILIDAD	4
MARCO TEÓRICO	5
SOBREPESO Y OBESIDAD	5
EPIDEMIOLOGIA	6
FACTORES CAUSALES DE LA OBESIDAD	7
HÁBITOS ALIMENTARIOS COMO DESENCADENANTES DE SOBREPESO Y OBESIDAD	8
DIAGNÓSTICO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD	10
POLITICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A LA OBESIDAD	11
SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA MUJER	12
TRATAMIENTO	13
DEPRESIÓN	14
ANSIEDAD	16
EPIDEMIOLOGIA ANSIEDAD-DEPRESIÓN	18
RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD-DEPRESIÓN Y SOBREPESO	18
ESTADO DEL ARTE	19
METODOLOGÍA	21
ENFOQUE	21
ALCANCE	21
DISEÑO	21

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	21
POBLACIÓN	22
MUESTREO.....	22
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
CONCLUSIÓN	35
DISCUSIÓN	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS.....	43

EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE ANSIEDAD- DEPRESIÓN Y HÁBITOS ALIMENTARIOS SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES

Autor: Forneron, B.

E-mail: marianaforneron@hotmail.com

Universidad Isalud

Resumen

INTRODUCCIÓN: La presencia de ansiedad-depresión y los hábitos alimentarios forman parte de factores importantes a considerar en el tratamiento del sobrepeso-obesidad. **OBJETIVO:** Determinar presencia de ansiedad- depresión y hábitos alimentarios según el estado nutricional en mujeres que asisten a la Fundación de San Isidro. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se evaluó una muestra no probabilística de mujeres de entre 30-50 años de edad, que asisten a la Fundación de San Isidro. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario y una entrevista validada de tipo cerrado. **RESULTADOS:** Se evaluaron a 98 mujeres. La edad promedio fue de $39\pm 6,19$ años. El IMC promedio fue de $25,9\pm 5,54\text{Kg/m}^2$. El 58% presentó distintos grados de sobrepeso, dentro de este el 4% registraba obesidad. El 42% de mujeres reportaron peso normal. En cuanto a los hábitos alimentarios, los valores inadecuados más elevados en mujeres con exceso de peso fue consumo de frutas el 84,2% (n=48), el consumo de verduras 75,4% (n=43), la planificación de comidas el 78,9% (n=45). En mujeres con normopeso los valores inadecuados fueron el consumo de frutas 58,5%(n=24), el consumo de verduras 63,4% (n=26) y la planificación de comidas 56,1% (n=23). La presencia de ansiedad en mujeres con exceso de peso fue de 75,4% (n=43) en mujeres normopeso fue de 51,2% (n=21). En cuanto a la depresión en mujeres con exceso de peso fue de 49,1% (n=28), en las mujeres con normopeso fue de 12,2% (n=5). **CONCLUSIÓN:** Existen niveles altos de ansiedad-depresión y hábitos alimentarios inadecuados en mujeres con sobrepeso u obesidad. Por lo cual es importante el abordaje de aspectos psicológicos y conductuales en el tratamiento de la obesidad.

PALABRAS CLAVES: Mujeres, Estado Nutricional, Hábitos Alimentarios, Ansiedad- Depresión

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hubo un fuerte incremento de la prevalencia de obesidad a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud en 2014, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso y el 13% tenían obesidad (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) ⁽¹⁾. En nuestro país en 2013 aumentó un 42.5% la prevalencia de obesidad respecto al 2005 ⁽²⁾. Se estimó que si la prevalencia de sobrepeso y obesidad se hubiera mantenido en las cifras observadas en 2005, en el año 2013 se hubieran evitado el 5,5% de las muertes ocurridas en adultos, esto representa cerca de 18.000 fallecimientos. ⁽³⁾

Debido a la alta prevalencia de exceso de peso en nuestro país, y sus efectos en la salud, sigue siendo un desafío su control y tratamiento.

Existe consenso acerca de que la implementación de un plan alimentario hipocalórico constituye un aspecto fundamental del tratamiento, sin embargo un aspecto controvertido es establecer la eficacia de los diferentes tipos de abordajes nutricionales ⁽⁴⁾. Evidentemente, los modelos de tratamientos vigentes a la fecha, no han logrado detener el aumento de la prevalencia de la enfermedad y de las comorbilidades que ella genera ⁽⁵⁾.

La modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables ⁽⁶⁾.

Entre los factores psicológicos que aparecen como variables importantes en el proceso de la constitución de la obesidad, se describen los estados ansiosos y depresivos que propician el comer en exceso. Siendo las mujeres más afectadas por estos estados que los hombres. ⁽⁷⁾

Se ha evidenciado que las personas con obesidad tienen dificultades para contactarse adecuadamente con sus emociones, ⁽⁸⁾. Lo anterior implicaría limitaciones para el reconocimiento y posterior modulación afectiva, especialmente de estados emocionales negativos, favoreciendo conductas de sobrealimentación, como un modo de autorregulación emocional ⁽⁹⁾, existiendo un círculo vicioso entre obesidad, ansiedad y depresión que perpetúa la obesidad.

El abordaje y tratamiento de los síntomas afectivos (depresión, ansiedad) en pacientes obesos es de fundamental importancia, de lo contrario el paciente no será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, y en general tendrán mayor dificultad para bajar de peso. ⁽¹⁰⁾

En la actualidad existen muchos estudios sobre la obesidad y abarcan distintos aspectos como la prevención, fisiopatología, tratamiento de la misma y de patologías asociadas. Sin embargo, existen pocos estudios que se hayan realizado puntualmente en mujeres y que hayan puesto la misma importancia al componente psicológico, ya que la presencia de ansiedad y depresión podrían influir negativamente en el tratamiento de la obesidad.

Frente a lo expuesto, el objetivo de este trabajo de investigación es estimar en mujeres la presencia de ansiedad- depresión y hábitos alimentarios según su estado nutricional.

TEMA:Obesidad y Ansiedad-Depresión

SUBTEMA: Hábitos alimentarios y presencia de Ansiedad -Depresión

TÍTULO:Evaluación de hábitos alimentarios y presencia de ansiedad- depresión según el estado nutricional en mujeres de San Isidro, durante el año 2017

PROBLEMA: ¿Existe mayor presencia de hábitos alimentarios inadecuados y ansiedad-depresión en mujeres con sobrepeso u obesidad con respecto a las que tienen un peso normal?

OBJETIVO GENERAL:Determinar lapresencia de ansiedad- depresión y hábitos alimentarios según el estado nutricional en mujeres que asisten a la Fundación de San Isidro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el consumo de frutas y verduras.
- Estimar el consumo de alimentos con alto contenido graso y alimentos con alto contenido en azúcar.
- Estimar conducta en relación a salteo de comidas.
- Estimar conducta en relación a la planificación de comidas.
- Determinar la presencia de ansiedad- depresión a través de la escala de ansiedad-depresión del cuestionario de Goldberg.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

¿Cómo son los hábitos alimentarios que presentan las mujeres en relación al estado nutricional?

¿Cómo es el consumo en cuanto a alimentos con alto contenido graso y alimentos con alto contenido en azúcar?

¿Evitan alguna comida principal durante el día?

¿Cómo es el consumo de frutas y verduras en las mujeres?

¿Planifican las comidas con anterioridad?

¿Cómo es la presencia de ansiedad en relación al estado nutricional de las mujeres?

¿Cómo es la presencia de depresión en relación al estado nutricional de las mujeres?

VIABILIDAD: El estudio de investigación fue viable ya que se contó con los recursos necesarios para llevarlo a cabo. Se realizó una entrevista sobre ansiedad-depresión y un cuestionario de hábitos alimentarios, en las mujeres que aceptaron participar y con esto se logró la recolección de datos.

MARCO TEÓRICO

SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad, se pueden definir, en términos básicos como una acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo, resultando de un desbalance entre las calorías ingeridas y las calorías consumidas, con posterior aumento de peso. ⁽¹¹⁾

En cuanto al desarrollo y la aparición, se puede decir que es una enfermedad crónica desencadenada por múltiples factores, entre ellos factores genéticos, de comportamiento, socioculturales, medioambientales y económicos que constituyen una red compleja de múltiples interacciones. ⁽³⁾

El componente ambiental es fundamental ya que el estilo de vida sedentario, y los hábitos alimentarios inadecuados favorecen, un balance positivo de energía, que lleva al depósito de masa grasa. Esto puede presumir el riesgo de aparición de complicaciones o comorbilidades que puede llegar a afectar no solamente la calidad de vida, sino también la esperanza de vida de una persona. ⁽³⁾

En una persona con sobrepeso u obesidad, no sólo aumentan los factores de riesgo cardiovascular, sino también, la obesidad en su forma más severa, particularmente la mórbida, se encuentra asociada a otras patologías. Entre las patologías asociadas al sobrepeso y la obesidad se encuentran la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, la enfermedad cardiovascular, aparición de várices en extremidades inferiores, trombosis venosa profunda, apnea de sueño, síndrome de hipoventilación, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, síndrome de resistencia a la insulina, irregularidades en la menstruación, hígado graso, cálculos en vesícula biliar, artrosis. La obesidad también se asocia con algunos tipos de neoplasias como gástrico, colorrectal, pancreático, endometrio, ovario, cuello cervical, mamario y de próstata. ^(12,13)

El aumento de peso corporal, también puede traer consigo trastornos en la imagen corporal, la autoestima, y puede llegar a afectar también las relaciones sociales.

Por otra parte, el sobrepeso y la obesidad no solamente es una enfermedad con alta prevalencia que compromete la salud de la población, sino que también generan grandes gastos económicos, directos e indirectos, comprometiendo así las finanzas públicas y privadas actuales y futuras. ^{(14) (3)}

EPIDEMIOLOGIA

Sobrepeso y Obesidad en Argentina

De acuerdo a los resultados de la tercera edición de la ENFR (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo), la prevalencia de sobrepeso en el país fue de 37,1%, valor similar con respecto a la ENFR realizada en 2009, aunque se puede apreciar en la tabla 2 que ascendió respecto a la ENFR 2005. Además dicha fuente determinó que se observó una mayor proporción de sobrepeso entre varones (43,3% vs. 31,3% mujeres) y un aumento de la prevalencia a mayor edad.

Por otra parte, la prevalencia de obesidad en la última ENFR fue del 20,8%, resultando un 15,6% mayor que en 2009 que fue del 18% y un 42,5% mayor que en 2005 (14,6%) (Tabla 2). Al igual que el indicador de sobrepeso, la obesidad fue mayor entre los varones (22,9% vs. 18,8% mujeres). En cuanto a la edad, el grupo de personas de entre 50 a 64 años fue el que presentó mayor prevalencia.⁽²⁾

Tabla 1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 18 años o más, en todo el país. Años 2005, 2009, 2013

	ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013
SOBREPESO	34,4 %	35,4%	37,1%
OBESIDAD	14,6%	18,0%	20,8%

Fuente: Tabla adaptada. Encuesta Nacional de Factores de riesgo 2005, 2009, 2013

Sobrepeso y Obesidad en el mundo

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2014 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. El 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso.

Y en cuanto a la obesidad se señaló que alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos.

Si bien es cierto que el sobrepeso y la obesidad antes se consideraban un problema propio de países con ingresos altos, actualmente estos aumentan cada vez más en países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos.

A nivel mundial, en general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Esto ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia. ⁽¹⁾

FACTORES CAUSALES DE LA OBESIDAD

La obesidad se considera una enfermedad multifactorial, es decir, que en la aparición y desarrollo de este estado están involucrados diversos factores, cuyas causas son de origen heterogéneo y se muestran en un fenotipo obeso.

Entre los múltiples factores se encuentran involucradas las hormonas como grelina y leptina que están implicadas en el sistema fisiológico de regulación del apetito. La grelina es una hormona peptídica de 28 aminoácidos, que dentro de los efectos biológicos dicha hormona se encuentra involucrada en la motilidad y secreción gástrica, secreción pancreática, metabolismo lipídico y de la glucosa, proliferación celular entre otras. De manera muy importante, la grelina aumenta el apetito y la ingesta alimentaria, aumenta los depósitos grasos y en consecuencia el peso corporal.

La leptina es un péptido de 167 aminoácidos que ha sido el desencadenante de múltiples investigaciones por su importante rol en el desarrollo de la obesidad, dado a que influye en la ingesta y en el gasto energético. ⁽¹⁵⁾

Las concentraciones de leptina están en relación con el IMC y su aumento sugiere la existencia de una resistencia a la leptina como causa de obesidad, lo cual las personas obesas producen altas concentraciones de leptina, pero tienen una insensibilidad hipotalámica a sus efectos.

Esta hormona producida por el tejido graso, interviene en diversos procesos fisiológicos tales como: la regulación del balance energético, el control del apetito y del peso corporal, el metabolismo de las grasas y glúcidos o la reproducción entre otros.

Los niveles circulantes de leptina son proporcionales a la cantidad de grasa corporal. Su concentración plasmática es más elevada en las mujeres debido a la estimulación por los estrógenos y porque tienen más grasa corporal.

Por otra parte otros factores que también han demostrado tener un grado de asociación con respecto a la obesidad, son los neurotransmisores, entre ellos se encuentra el neuropéptido Y (NPY), la serotonina (5 HT), el factor liberador de la corticotrofina (CRF) y la colecistokinina (CKK).⁽¹⁶⁾

También es importante destacar la contribución de factores ambientales, en los que se incluyen estilos de vida sedentarios, presencia de ansiedad-depresión y hábitos alimentarios inadecuados, estos dos últimos se desarrollaran a continuación.

HÁBITOS ALIMENTARIOS COMO DESENCADENANTES DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Los hábitos alimentarios son el conjunto de conductas adquiridas por un individuo por la repetición de actos en cuanto a la selección, preparación y consumo de alimentos. Se relacionan con la disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria, el acceso a los mismos y características culturales de una población.⁽¹⁷⁾

El origen de los hábitos alimentarios es el entorno familiar, estos implican una secuencia aprendida de actos que han sido reforzados tras el paso del tiempo, a través de experiencias gratificantes internas brindadas por el medio ambiente⁽¹⁸⁾ dando lugar a un comportamiento que se activa automáticamente por señales específicas que van más allá de la conciencia.⁽¹⁹⁾

Sufren la influencia del marketing y la publicidad, que utiliza, como motivaciones de venta, expresiones que estimulan al consumidor a la adquisición de alimentos, que no siempre son coincidentes con las normas y recomendaciones de una adecuada nutrición⁽²⁰⁾

La mayor parte de las patologías que provocan mayor morbilidad y mortalidad tienen relación con los hábitos. Los hábitos saludables que conducen a estilos de vida positivos tendrán como finalidad incrementar los años de vida bajo unas adecuadas condiciones de calidad de vida.

Estos están influenciados por la familia, escuela, amigos, medios de comunicación, trabajo y organización social.⁽¹⁷⁾

Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo⁽¹⁾. El estilo de vida saludable es aquel que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana mejoran su calidad de vida. Tanto hábitos como un estilo de vida saludable, hacen referencia a como el peso corporal, la actividad física, la buena higiene personal y un ambiente limpio influyen en nuestra salud.⁽²¹⁾

Estudios científicos respaldan la asociación entre el aumento de peso corporal y el consumo de productos ultraprocesados, la ingesta habitual de bebidas con alto contenido en azúcar y la actividad física insuficiente⁽¹⁰⁾. Si bien es indudable el beneficio que aporta a la salud la realización de actividad física, los dos primeros han sido descriptos como los determinantes clave de la obesidad.

Los productos ultraprocesados son formulaciones industriales producidas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas. Si bien tienen ventajas ya que son productos durables, agradables al paladar y listos para consumir, no se puede dejar de lado que estos son altamente calóricos, con un alto contenido de azúcares, sal y grasas y un bajo contenido de fibras y micronutrientes. Ejemplos de este tipo de productos son los snacks, galletitas, golosinas, bebidas azucaradas, entre otros.

El consumo de este tipo de productos aumentó rápidamente a nivel global, y en regiones como América Latina desplazando así los patrones alimentarios establecidos⁽²¹⁾.

En Argentina, como en el resto de los países de la región, el desarrollo de la industria de los alimentos favoreció la segmentación del mercado de acuerdo con el nivel de ingresos, ofreciendo productos masivos, de baja calidad y con mayor contenido en grasa y azúcares, a la vez que siguió ofertando alimentos artesanales y de alta calidad para los sectores de ingresos altos⁽²¹⁾. La oferta de productos agroindustriales ricos en carbohidratos refinados y grasas saturadas no beneficia la salud de la población ya que producen un mayor aporte calórico que el requerido, a expensas de calorías pobres nutricionalmente.

Estos condicionantes de la alimentación junto con el desarrollo de hábitos poco saludables como la no planificación de lo que se va a consumir o el salteo de comidas principales influyen y condicionan la presencia y el grado del sobrepeso y/o de la obesidad.

DIAGNÓSTICO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD

La definición de obesidad está muy ligada a la proporción de masa grasa corporal, por lo cual es necesario conocer los valores normales para su diagnóstico. Para esto existe evidencia que comprueba que las mujeres por lo regular poseen de 18% a 24% de grasa almacenada y en los hombres es normal tener entre 12-18% de grasa. Cuando la mujer supera el 28-30% de grasa y el hombre supera el 25% de grasa esto representa que la salud del individuo está en riesgo.⁽¹⁾

Sin embargo, el proceso de estimación de la masa grasa, que se puede llevar a cabo mediante métodos precisos, como la psicometría y la bioimpedancia no son métodos prácticos a la hora de realizarlos en la clínica diaria.

Además de conocer el porcentaje de masa grasa para determinar exceso de peso, es importante conocer la localización. La grasa visceral, grasa que se encuentra en el abdomen y que rodea los órganos internos, se ha definido como la de mayor riesgo por su alto impacto a nivel metabólico y vascular.⁽¹⁴⁾ Un indicador que ha mostrado un buen nivel de correlación con esta distribución de la grasa, es el perímetro de la cintura. Según la OMS, el aumento del perímetro de la cintura es un fuerte factor de riesgo para el desarrollo de diabetes y enfermedad cardiovascular. Este establece que el riesgo asociado al aumento de la cintura abdominal es muy importante cuando supera los 102cm en hombres y los 88 cm en mujeres. (Tabla 2)

Sin embargo, lo que se utiliza con mayor frecuencia para el diagnóstico de la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC). Este índice se expresa el peso en Kg y se divide por la talla elevada al cuadrado (en metros) y aunque sea el indicador más usado y reconocido según algunos estudios debe utilizarse con cuidado ya que no informa sobre la distribución de la grasa.

A pesar de ello su correlación con la grasa corporal parece buena y se trata de un indicador simple que requiere de mediciones que pueden ser fácilmente tomadas en una consulta médica.

Se considera a las personas que tienen sobrepeso, a todas aquellas que presentan un IMC entre 25 y 29.9 kg/m². Se puede decir que son personas propensas a desarrollar obesidad.

Y las personas que tienen un IMC ≥ 30 Kg/m² presentan obesidad. (Tabla 2)

Tabla 2. Clasificación de peso de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de la cintura en relación al riesgo de comorbilidades

Clasificación OMS	Rango (Kg/mt²)		Riesgo Aumentado	Riesgo Severo
<18,5	Delgadez o bajo peso			
18,5 – 24,9	Normal	Hombre	≥ 94 cm	≥ 102 cm
25-29,9	Sobrepeso			
30-34,9	Obesidad I	Mujer	≥ 80 cm	≥ 88 cm
35-39,9	Obesidad II			
≥ 40	Obesidad III o mórbida			

Fuente: OMS Tabla adaptada

POLITICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A LA OBESIDAD

En los últimos años la Argentina ha desarrollado políticas públicas en cuanto al tratamiento de esta problemática en salud pública, destinadas a mejorar la calidad y cantidad de vida de la población, desarrollando encuestas a nivel nacional (ENFR y ENNyS), e implementando programas nacionales e internacionales de prevención que fomenten cambios conductuales y estilos de vida saludable como el “Programa Nacional de Alimentación Saludable”, el “Programa Nacional Argentina

Camina” (coordinado por el gobierno nacional, se desarrolla en el ámbito provincial y municipal) y la “Red Panamericana CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles) creado e impulsado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) es una estrategia en que se ajusta el gobierno nacional. La finalidad de esta iniciativa es mejorar la salud de las poblaciones en el continente americano mediante la reducción de los factores de riesgos asociados a las enfermedades no trasmisibles.

A nivel mundial el exceso de peso ha ido aumentando con el tiempo, y se pronostica según los datos de la OMS para los años 2020-2025 que el 50% de la población total está afectada por obesidad, pudiendo llegar, con estas tendencias actuales, a la totalidad de la población mundial obesa en el año 2230. ⁽¹⁴⁾

La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, adoptada en septiembre de 2011, reconoce la importancia de reducir el nivel de exposición de las dietas poco sanas y al sedentarismo. En dicha Declaración se manifiesta el compromiso de promover la aplicación de la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, incluidas las políticas y medidas orientadas a promover la alimentación saludable e incrementar la actividad física en toda la población ⁽¹⁴⁾.

SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA MUJER

Según los datos epidemiológicos vistos, la mujer encabeza las cifras de prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel mundial. Dicho esto y teniendo en cuenta también la existencia de mujeres que aún no tiene sobrepeso, pero se encuentran preocupadas por tenerlo, no es casualidad de que alrededor del 70-80% de las consultas a especialistas sean de pacientes mujeres. ⁽¹¹⁾

TRATAMIENTO

Se propone en la mayoría de estudios que los objetivos generales del tratamiento deben ser: un plan de alimentación personalizado, balanceado, placentero, seguro y sostenible en el largo plazo, la realización habitual de actividad física, prevención de la ganancia de peso, mejoría de la salud física y emocional y por último la prevención y/o mejoría de las enfermedades asociadas. ⁽⁶⁾

Sin lugar a dudas el tratamiento de la obesidad es un verdadero desafío, el hecho de ser una enfermedad crónica demanda comprensión, constancia y perseverancia en el mismo.

Lo que se debe buscar es un abordaje multidisciplinario en cual se trate la obesidad y todos los factores implicados. Desde hace tiempo el tratamiento de la obesidad se basa en los planes de alimentación hipocalórico y la incorporación de actividad física. Si bien, estos son dos pilares importantes para que la persona reduzca el peso, para que pueda ser sostenido se debe considerar también otras variables, como los aspectos psicológicos y familiares, que poco se tienen en cuenta y son fundamentales en la precipitación y mantenimiento del sobrepeso u obesidad. ⁽⁴⁾

DEPRESIÓN

El trastorno depresivo es la desregulación repentina del estado de ánimo. Se caracteriza fundamentalmente por la presencia de ánimo triste, vacío o irritabilidad, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. ⁽²³⁾

En la tabla 3 se desglosan los síntomas emocionales, alteraciones somáticas y cognitivas característicos de la depresión y los que además son más frecuentes e su desarrollo.

Tabla 3. Síntomas emocionales, alteraciones somáticas y cognitivas de la depresión

Síntomas Emocionales	Alteraciones somáticas	Alteraciones de la función cognitiva
Tristeza patológica	Alteración de sueño	Falla de atención y memoria
Anhedonia	Alteración de apetito (Descenso o aumento de peso)	Dificultad para planear o tomar decisiones
Irritabilidad	Alteración en la energía física y motilidad	Ideas de culpa o minusvalía o de muerte
Ansiedad (no es síntoma de diagnóstico)	Dolores inespecíficos/ gastrointestinales o menstruales	Ideas pueden llegar a ser delirantes
Aplanamiento afectivo	Descenso de deseo sexual	

Fuente: Tabla adaptada APA 2013, DCM V

DIAGNÓSTICO

Para que el estado depresivo llegue a considerarse trastorno depresivo mayor, debe durar mínimo más de dos semanas, ser persistente en el día y a lo largo del tiempo.

A la hora de diagnosticarse se puede evaluar por la aparición de solamente un episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente.

Haciendo referencia al manual DSM V, dentro del episodio de depresión mayor, se encuentra la alteración en el apetito como uno de los criterios para su diagnóstico (Tabla 3). Esta alteración puede estar dada por la disminución del apetito o al contrario por el aumento del mismo. Normalmente, las personas que presentan este trastorno aumentan su apetito por ciertas comidas, como por ejemplo dulces u alimentos fuente de hidratos de carbono.⁽²³⁾

Estos alimentos tienen la característica dada su composición química de que aumentarían los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra con un déficit funcional en esta patología.⁽²⁴⁾

Estos síntomas detallados en la tabla de criterios de diagnóstico causan un malestar clínico significativo, deterioro en lo social, laboral u otras áreas trascendentes en la capacidad funcional de la persona.

Criterios Diagnósticos
<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>Nota. No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. Se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. Se le ve lloroso)2. Disminución importante del interés o el placer por toda o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. Modificación de más de 5% de peso corporal en un mes) o disminución o aumento de apetito casi todos los

días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros no simplemente la sensación subjetiva de enlentecimiento o lentitud)

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o observación de otros)

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo.

Fuente: APA 2013, DCM V

ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son los que comprenden características de miedo y ansiedad excesiva, así como alteraciones conductuales relacionadas. Donde la intensidad, la duración y la frecuencia, es desproporcionado ante el acontecimiento real que le sucede. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipada a una amenaza futura. ⁽²³⁾

Es así como los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o ansiedad propios del desarrollo por ser excesivos, persistentes y recurrentes en el tiempo.

Diagnóstico

El trastorno de ansiedad se diagnostica solo cuando los síntomas no son atribuidos a efectos fisiológicos de algún medicamento, afección médica o trastorno mental.

Según los criterios de diagnóstico del DCM V, que se presentan en la tabla deben ser consistentes durante seis meses o más.

La ansiedad, y los síntomas físicos llegan a causar síntomas clínicos que causan un deterioro social, laboral o en otras áreas importantes en el desarrollo de funcionamiento de la persona.

Criterios Diagnósticos
<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante mas días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.2. Facilidad para fatigarse3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.4. Irritabilidad5. Tensión Muscular6. Problema de sueño (dificultad para dormirse, o para continuar durmiendo, o sueño inquieto o insatisfactorio)

Fuente: APA 2013 DCM V

EPIDEMIOLOGIA ANSIEDAD-DEPRESIÓN

El trastorno de ansiedad en general tiene una población de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la atención primaria. Además es un trastorno que presenta prevalencia en personas de 40-50 años. Las mujeres son dos veces más afectadas por este cuadro que los hombres. ⁽²³⁾

En cuanto a al trastorno depresivo, según datos de la OMS la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Es un trastorno que prevalece al igual que la ansiedad en mujeres. Y aunque hoy en día hay tratamientos eficaces para la depresión más de la mitad de los afectados no recibe un tratamiento.

Los trastornos de ansiedad y depresión están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, se calcula que el número de personas con ansiedad o depresión aumento cerca del 50%, es decir de 416 millones a 615 millones. ⁽¹⁾

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD-DEPRESIÓN Y SOBREPESO

La relación entre ansiedad- depresión y sobrepeso tiene muchas discrepancias. La mayoría de estudios sobre el tema, en los últimos años fueron realizados en Estados Unidos. Donde si bien existen algunos estudios que indican que no pudieron detectar asociaciones significativas entre estos trastornos, otros estudios realizados en el mismo país han reportado que el 25% de riesgo de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son atribuidos a la obesidad. Esto concuerda con estudios previos que mostraron una relación entre los trastornos de ánimo y la obesidad. ^(24,25)

ESTADO DEL ARTE

DEPRESIÓN

En Chile se realizó un estudio donde el objetivo era investigar cuantitativamente síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad, ya que dicha asociación podría potenciar el riesgo de enfermedades cardiovasculares. En principio se estudiaron 100 pacientes que consultaron espontáneamente por sobrepeso y obesidad en un centro de atención de salud, este estudio se realizó entre los meses marzo- agosto del año 2005. En el mismo se incluyeron personas de ambos sexos, con edades entre los 18-72 años.. A partir de dichas medidas se pudo clasificar según el IMC (Índice de Masa Corporal). Por otra parte se realizó una evaluación psicológica. Se aplicó la subescala de Depresión del cuestionario de Goldberg en su versión validada en español.

Se obtuvo que del total de individuos el 89% era de sexo femenino. En relación a la edad de todo el grupo el promedio fue de 37,96 años. Del grupo total el 45,0% presento sobrepeso con un IMC promedio de 27,56 Kg/m²; los restantes presentaron distintos grados de obesidad.

En relación al grupo de las mujeres el 49,43% tuvo sobrepeso y el 50,56% obesidad, siendo 47,7Kg/m² el mayor IMC del grupo. Respecto a los resultados de la subescala de depresión, el 56,81 % de las mujeres con sobrepeso y el 68,8 % de mujeres obesas presentaban síntomas depresivos.

En el total del grupo se encontró que el 61.0% de los individuos con exceso de peso analizados posiblemente presenten un trastorno depresivo.⁽²⁶⁾

ANSIEDAD

En el año 2006 se realizó un estudio titulado “*Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad*”, en Chile. El propósito de este estudio fue evaluar cuantitativamente la presencia de síntomas de ansiedad en pacientes con sobrepeso y obesidad que concurrían a un centro de salud especializado en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad. Para esto se estudiaron 65 pacientes de ambos sexos, con edades entre los 18 y 72 años. En la primera consulta fueron evaluados mediante la Escala de Ansiedad del cuestionario de Goldberg, en su versión validada en español.

En cuanto a los resultados que se obtuvieron, se dice que el 89,2% de pacientes correspondía al sexo femenino. El promedio de edad del total de pacientes fue de 38,14 años. En el grupo total el 38,46% presento sobrepeso con un IMC promedio de 27,92Kg/m², y el resto del grupo (61,54%) presento obesidad en distintos grados.

Respecto a los síntomas de ansiedad se obtuvo que del total del grupo el 73,85% presentan un posible trastorno de ansiedad. Si los dividimos en dos grupos en cuanto al sobrepeso u obesidad, se puede decir que el 72% de los pacientes con sobrepeso y el 81,08% de los pacientes con obesidad presentan síntomas significativos de un posible trastorno de ansiedad.⁽²⁷⁾

RELACIÓN ANSIEDAD- DEPRESIÓN Y OBESIDAD

En Estados Unidos se realizó un estudio titulado: *“La obesidad y la depresión en las mujeres de EE.UU”* Los resultados son de los años 2005-2006. Este estudio se llevó a cabo por el Centro Nacional de estadísticas de Salud en los 50 estados y el Distrito de Columbia de los Estados Unidos. El objetivo fue evaluar la asociación entre la obesidad y depresión. El tamaño de la muestra final fue de 1.857 mujeres, de las cuales la edad promedio fue de 47,8±0,8. El 35,7% presentaba peso normal, el 25,8% sobrepeso, y el 35,9% obesidad, según el Índice de Masa Corporal. Los resultados fueron de una asociación positiva con la probabilidad de depresión moderada-severa. Se determinó que las mujeres con un grado de obesidad III (IMC≥40) presentan mayor riesgo que las que presentaban obesidad de grado I (IMC 30-34,9).⁽²⁴⁾

En el año 2006 se realizó un estudio epidemiológico de corte trasversal, en el mismo país, titulado *“Asociación entre obesidad y trastornos psiquiátricos en la población adulta de EE.UU”*. Uno de los objetivos fue evaluar la relación entre la obesidad, la ansiedad y distintos estados de ánimo. Los resultados que se obtuvieron fue que la obesidad se asocia con un aumento de aproximadamente 25% de probabilidad de trastorno de humor y de ansiedad.⁽²⁵⁾

METODOLOGÍA

ENFOQUE: el trabajo de investigación presenta un enfoque cuantitativo, ya que las variables ansiedad-depresión se midieron según la escala del cuestionario de Goldberg. Que se compone de nueve preguntas, todas ellas de respuesta dicotómica (Si/No) y de acuerdo a la cantidad de respuestas afirmativas o negativas, existen puntos de cortes numéricos para establecer la ansiedad o depresión probable. La variable hábitos alimentarios se midió con una encuesta con preguntas cerradas.

ALCANCE: la investigación tiene un alcance descriptivo, ya que luego de recolectar los datos y realizar mediciones, se describió la situación como se presentó y de forma objetiva.

DISEÑO: fue observacional, transversal ya que no se manipularon intencionalmente las variables y se evaluó en un momento dado, durante el mes diciembre 2016 y marzo del año 2017. Y por último prospectivo ya que se evaluó la presencia de ansiedad-depresión y los hábitos alimentarios.

UNIDAD DE ANÁLISIS/ OBSERVACIÓN: Mujeres de entre 30-50 años

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Inclusión:

- Mujeres que asisten a la Fundación de San Isidro

Exclusión:

- Mujeres que presenten enfermedades crónicas
- Mujeres que presenten bajo peso (Índice de Masa Corporal menor a 18,5 kg/mt)
- Mujeres que realicen una dieta especial
- Mujeres embarazadas
- Mujeres bajo tratamiento de trastornos de ansiedad depresión.

Eliminación:

- Aquellas cuyas encuestas no sean legibles o estén incompletas

POBLACIÓN: Mujeres de entre 30-50 años que asisten a la fundación de San Isidro.

MUESTREO: No probabilístico, por conveniencia.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Dimensión	Variable	Definición Conceptual	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
Edad	Edad	Tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Española, 2016)	Edad (Años)	- 30-34años - 35-39años - 40-44años - 45-50años	- Privada - Cuantitativa - Policotómica - Ordinal - Discreta	Entrevista /Cuestionario Estructurado
Estado Nutricional	Peso	Determina masa corporal, es decir la suma de tejido magro, adiposo, óseo y otros componentes menores. (O'Donnell,AM, PRONAP,2000)	IMC	Peso normal: 18,5-24,9 Sobrepeso: 25-29,9 Obesidad grado I: 30-34,9 Obesidad grado II: 35-39,9 Obesidad grado III: ≥ 40 OMS	- Privada - Cuantitativa - Policotómica - Ordinal - Intervalar - Continua	Balaza/ Tallímetro
	Talla	La estatura de un individuo es la suma de cuatro componentes: piernas, pelvis, columna vertebral y cráneo. (Aparicio M y col,2004)				

Hábitos alimentarios	Consumo semanal de Frutas	Los hábitos Alimentarios son un conjunto de costumbres que condicionan la forma de como los individuos preparan y consumen los alimentos, influidos por la disponibilidad de éstos, educación alimentaria y el acceso a los mismos.	Frecuencia semanal de consumo de Frutas	INADECUADO: <7 ADECUADO: 7	-Cuantitativa -Dicotómica -Discreta	Cuestionario Frecuencia de consumo
	Consumo semanal de Verduras (No papas,batata)		Frecuencia semanal de consumo de Verduras	INADECUADO: <7 ADECUADO: 7	-Cuantitativa -Dicotómica -Discreta	Cuestionario Frecuencia de consumo

	Consumo de alimentos con alto contenido graso		Frecuencia Semanal de consumo de alimentos con alto contenido graso	INADECUADO: ≥ 4 por semana ADECUADO: ≤ 3 por semana	-Cuantitativa -Dicotómica -Discreta	Cuestionario Frecuencia de consumo
	Consumo de alimentos con alto contenido de azúcar		Frecuencia semanal de consumo de alimentos fritos	INADECUADO: > 1 ADECUADO: ≤ 1	-Cuantitativa -Dicotómica -Discreta	Cuestionario Frecuencia de consumo
			Frecuencia Semanal de consumo de alimentos con alto contenido de azúcar	INADECUADO: ≥ 4 por semana ADECUADO: ≤ 3 por semana	-Cuantitativa -Dicotómica -Discreta	Cuestionario Frecuencia de consumo

			Consumo diario de Azúcar (Cdas tipo Té)	INADECUADO: ≥ 6 ADECUADO: ≤ 6	-Dicotómica -Discreta	
	Salteo de comida principal		Salteo de comida principal	INADECUADO: Si ADECUADO: No	-Cualitativa -Dicotómica -Discreta	Cuestionario
			Comida principal que saltea	Desayuno Almuerzo Merienda Cena	-Cualitativa -Ordinal -Policotómica	

	Planificación de comidas		Planificación de comidas	INADECUADO: No/ A veces ADECUADO: Si	-Cualitativa -Dicotómica -Discreta	Cuestionario
Ansiedad	Ansiedad	<p>Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad acompañado por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.</p> <p>(DSM-IV-TR, 2001)</p>	Presencia de Ansiedad	- Si - No	- Privada -Cuantitativa -Dicotómica -Ordinal	Cuestionario

Depresión	Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS,2013)	Presencia de Depresión	- Si - No	- Privada -Cuantitativa -Dicotómica -Ordinal	Cuestionario
-----------	-----------	---	------------------------	--------------	---	--------------

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El trabajo de campo se realizó durante el periodo comprendido entre los meses de febrero y abril del año 2017, en la Fundación de San Isidro, dirección Av. Centenario 460 provincia de Buenos Aires.

Se evaluaron mujeres que asisten a dicha fundación en el marco de participar de las actividades que se realizan allí, como por ejemplo talleres, grupos de asistencia psicológica familiar, entre otras.

Se evaluaron mujeres de entre 30-50 años de edad que concurren a dicha fundación en los horarios de la realización de las actividades.

Para la realización de las encuestas se pidió autorización a los encargados de la Fundación, la cual fue aceptada siempre y cuando las encuestas sean realizadas en la sala de espera una vez finalizadas las actividades.

Para evaluar el estado nutricional, se utilizó una balanza digital y un tallímetro mediante los cuales se obtuvieron los indicadores de peso y talla. En primer lugar se preguntó la edad de las mujeres. Luego se las midió y peso, para obtener los datos de peso y talla, a partir de los cuales se puede determinar el estado nutricional a través del Índice de Masa Corporal (IMC).

Para evaluar las variables de hábitos alimentarios, se utilizó un cuestionario. Este cuestionario fue construido para este estudio de investigación. Este indaga sobre la frecuencia de consumo de alimentos altos en contenido graso y alimentos con alto contenido en azúcar, frecuencia de consumo de frutas y verduras, planificación de comidas, y si se evita alguna comida principal.

Para evaluar las variables ansiedad-depresión se utilizó una entrevista con escalas de Goldberg. Dicha encuesta está compuesta por dieciocho preguntas puntuales, todas ellas de respuesta dicotómica (Si-No). En primer lugar se pregunta a la persona si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que se hacen referencia en los ítems. Se tuvo en cuenta que no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sea de leve intensidad.

Los cuestionarios de hábitos alimentarios fueron impresos y dado en mano a las participantes para su realización. La entrevista de ansiedad-depresión fue realizada por parte del entrevistador.

Se analizaron los resultados en una base de Excel.

RESULTADOS

La población estuvo compuesta por 100 mujeres. El total de la muestra quedó conformada por 98 mujeres.

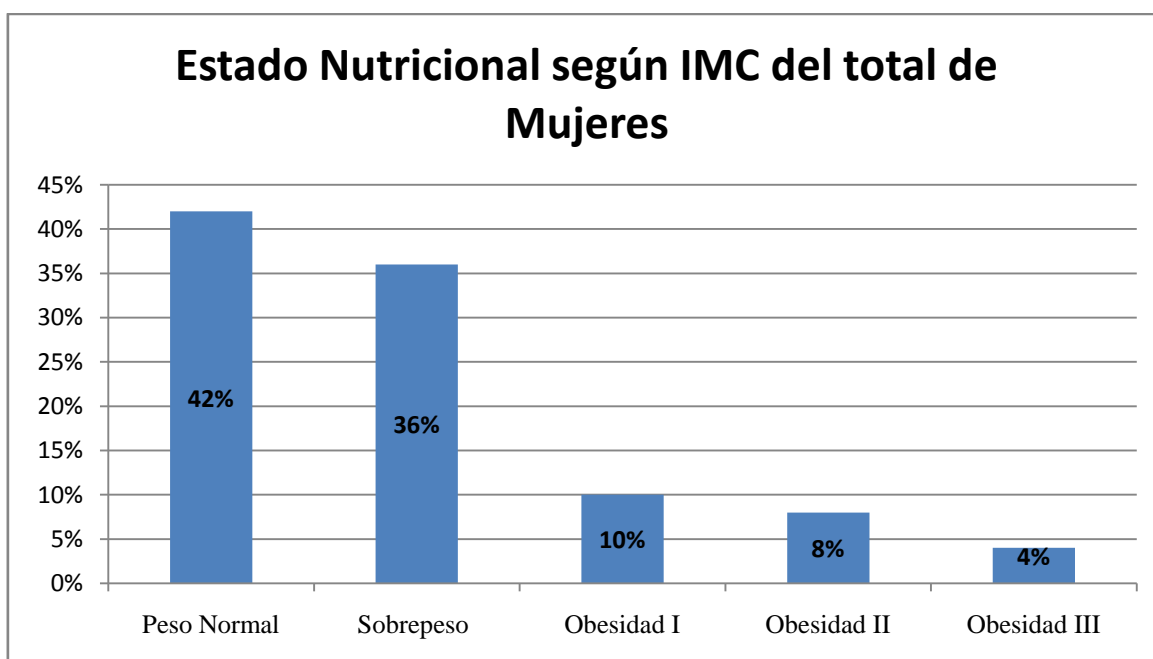
Del total de mujeres analizadas, la edad promedio fue de $39 \pm 6,19$ años.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Las mujeres presentaron un IMC (Índice de Masa Corporal) promedio de $25,9 \pm 5,54 \text{Kg/m}^2$, centrándose la mayoría de la muestra en mujeres con sobrepeso (36% n=35) y obesidad en sus distintos grados (22,4% n=22).

El 42%(n=41) de las mujeres presentaron un nivel de normalidad. (Gráfico N°1)

Gráfico 1: “Estado Nutricional según Índice de Masa Corporal” (n=98)



Fuente: Elaboración propia

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL SEGÚN LA EDAD DE LAS MUJERES

Las mujeres con edades entre 45-50 años presentaron valores más altos de obesidad 40,7% (n=11) en comparación con las mujeres de menor edad.

En cuanto al sobrepeso las mujeres de entre 35-39 años presentaron el valor más alto 51,9% (n=14).

Tabla 1. Estado Nutricional según la edad de las mujeres

Estado Nutricional	Edad (años)								Total	
	30-34		35-39		40-44		45-50			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Peso Normal	11	52,4	9	33,3	10	43,5	11	40,7	41	42
Sobrepeso	7	33,3	14	51,9	9	39,1	5	18,5	35	36
Obesidad	3	14,3	4	14,8	4	17,4	11	40,7	22	22
Total	21	100	27	100	23	100	27	100	98	100

Fuente: Elaboración propia

HÁBITOS ALIMENTARIOS

En la siguiente tabla se puede observar que las mujeres con peso normal presentaron un consumo inadecuado de frutas 58,5% (n= 24) y de verduras el 63,4% (n=26).

El 56,1% (n=23) de mujeres presentó un porcentaje inadecuado en cuanto a la planificación de comidas.

Cabe destacar que reportaron porcentajes de consumo adecuados en relación a los alimentos con alto contenido graso (snacks o bizcochitos salados) 85,4% (n=35), los alimentos fritos 65,9% (n=27), gaseosas o jugos comunes 65,9% (n=27), galletitas dulces 56,1% (n=23), golosinas 65,9% (n=27), consumo de azúcar 56,1% (n=23), salteo de comida principal 51,2% (n=21).

Tabla 2: “Hábitos Alimentarios en mujeres con peso normal” (n=41)

Hábitos Alimentarios	Adecuado		Inadecuado	
	n	%	n	%
Consumo de Frutas	17	41,5	24	58,5
Consumo de Verduras	15	36,6	26	63,4
Consumo de Alimentos con alto contenido graso	35	85,4	6	14,6
Consumo de Alimentos fritos	27	65,9	14	34,1
Consumo de Gaseosas o jugos comunes	27	65,9	14	34,1
Consumo de Galletitas Dulces	23	56,1	18	43,9
Consumo de Golosinas	27	65,9	14	34,1
Consumo de Azúcar	23	56,1	18	43,9
Salteo de comida principal	21	51,2	20	48,8
Planificación de Comida	18	43,9	23	56,1

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las mujeres con sobrepeso u obesidad, se obtuvieron porcentajes inadecuados en cuanto al consumo de frutas 84,2% (n=48), consumo de verduras 75,4% (n=43), consumo de alimentos con alto contenido graso (snacks o bizcochitos salados) 52,6% (n=30), consumo de alimentos fritos 54,4% (n=31), consumo de galletitas dulces 66,7% (n=38), consumo de golosinas 73,7% (n=42), consumo de azúcar 64,9% (n=37). También se obtuvieron porcentajes inadecuados en relación al salteo de comidas principales 63,2% (n=36), y a la planificación de comidas 78,9% (n=45).

En cambio en contraste con los porcentajes presentados anteriormente se registró un porcentaje de consumo adecuado en cuanto a las gaseosas y jugos comunes 63,2% (n=36).

Tabla 3: “Hábitos Alimentarios en mujeres con Sobrepeso y Obesidad” (n=57)

Hábitos Alimentarios	Adecuado		Inadecuado	
	n	%	n	%
Consumo de Frutas	9	15,8	48	84,2
Consumo de Verduras	14	24,6	43	75,4
Consumo de Alimentos con alto contenido graso	27	47,4	30	52,6
Consumo de Alimentos fritos	26	45,6	31	54,4
Consumo de Gaseosas o jugos comunes	36	63,2	21	36,8
Consumo de Galletitas Dulces	19	33,3	38	66,7
Consumo de Golosinas	15	26,3	42	73,7
Consumo de Azúcar	20	35,1	37	64,9
Salteo de comida principal	21	36,8	36	63,2
Planificación de Comida	12	21,1	45	78,9

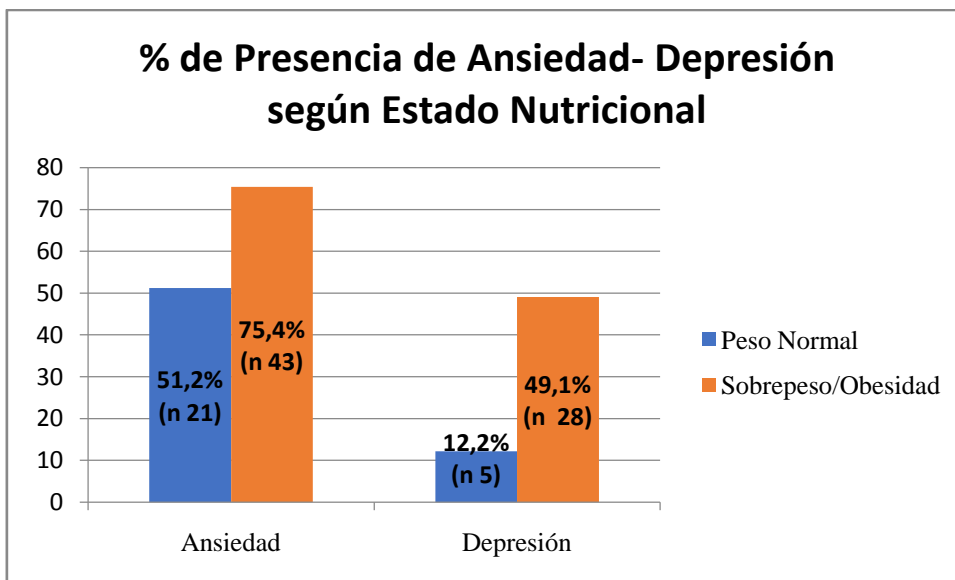
Fuente: Elaboración propia

ANSIEDAD –DEPRESIÓN

En cuanto las mujeres con peso normal el 51,2% (n=21) presentó ansiedad y sólo el 12,2% (n 5) de mujeres presentaron depresión.

De acuerdo al grupo de mujeres con sobrepeso u obesidad se puede observar que el 75,4% (n=43) registro presentar ansiedad y el 49,1% (n=28) presentó depresión. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Presencia de Ansiedad- Depresión según el estado nutricional de las mujeres (n=98)



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIÓN

En este estudio de investigación se intentó observar las diferencias que existen en cuanto a la presencia de ansiedad y depresión según el estado nutricional de las mujeres.

Además se describieron hábitos alimentarios que presentan, y se identificaron los hábitos alimentarios inadecuados según su estado nutricional.

De los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir que:

- El 22% de las mujeres presentó obesidad en sus distintos grados. A mayor edad mayor prevalencia de obesidad.
- La presencia de ansiedad en mujeres con exceso de peso fue de 75,4% (n=43) y en mujeres normopeso fue de 51,2% (n=21).
- La presencia de depresión en mujeres con exceso de peso fue de 49,1% (n=28) y en las mujeres con normopeso fue de 12,2% (n=5).
- En cuanto a los hábitos alimentarios, las mujeres con sobrepeso u obesidad presentaron valores más elevados de hábitos alimentarios inadecuados en comparación a las mujeres con peso normal.
- Los valores de hábitos alimentarios inadecuados más elevados en mujeres con exceso de peso, fueron consumo de frutas el 84,2% (n=48), el consumo de verduras 75,4% (n=43), el consumo de alimentos altos en grasas 52,6% (n=30), el consumo de azúcar 64,9% (n=37), la planificación de comidas el 78,9% (n=45), el salteo de comidas principales 63,2% (n=36).
- En mujeres con peso normal los valores inadecuados fueron el consumo de frutas 58,5% (n=24), el consumo de verduras 63,4% (n=26) y la planificación de comidas 56,1% (n=23).

DISCUSIÓN

Una de las contribuciones de la investigación fue determinar la presencia de ansiedad- depresión y describir los hábitos alimentarios según el estado nutricional de las mujeres.

De los resultados obtenidos en la presente investigación se puede destacar que el 59% registra sobrepeso u obesidad en sus distintos grados y que a mayor edad mayor es la presencia de obesidad, dato que coincide con los resultados obtenidos en la tercera edición de la ENFR (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo) de nuestro país.

En cuanto a la presencia de ansiedad este estudio coincide con otras investigaciones,⁽²⁸⁾ en las cuales se encuentra que hay mayores niveles de ansiedad en mujeres con exceso de peso (75,4%) en comparación con mujeres que presentan peso normal (51,2%), siendo igualmente importante destacar que en la presente investigación hubo un alto porcentaje de presencia de ansiedad en mujeres con peso normal.

Por otra parte respecto a la depresión, el grupo de mujeres con exceso de peso registra un mayor porcentaje, con una amplia diferencia , con respecto a las mujeres con peso normal. Este resultado coincide con los datos aportados en estudios realizados en Chile.⁽²⁷⁾ Asimismo estudios extranjeros reportaron un grado de asociación positiva con respecto a ambas variables.⁽²⁵⁾

Si bien se esperaba que los porcentajes en mujeres con exceso de peso sean mayores en comparación con las mujeres con peso normal, en este estudio se encontró que ambos grupos comparten porcentajes elevados de hábitos alimentarios inadecuados con respecto al consumo de frutas y verduras y a la planificación de comidas.

En cuanto a las limitaciones que se presentaron en el estudio, se puede decir que una de ellas se refiere a que no se hallaron estudios realizados en el país que estudiaran las variables ansiedad- depresión según su estado nutricional en mujeres, pudiendo existir un sesgo dadas las diferencias de nuestro país con otras poblaciones.

Otra de las limitaciones fue que el presente estudio se clasificó el estado nutricional según el IMC (Índice de Masa Corporal), el cual no indica la distribución de masa grasa. Siendo interesante para un próximo estudio medir el perímetro de cintura para hacer un diagnóstico nutricional más completo.

Este estudio permitió describir la presencia de factores tales como la ansiedad - depresión y hábitos alimentarios inadecuados que se suman al espectro de factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad en mujeres. Esto no solamente permite ampliar conocimientos en cuanto a la multifactorialidad de la obesidad, sino que también colabora para mejorar las posibles estrategias e intervenciones en pacientes con exceso de peso.

Ante los valores significativos de ansiedad-depresión y la presencia de hábitos alimentarios inadecuados en mujeres con obesidad, es clara la importancia su inclusión en el tratamiento. Como nutricionistas debemos proveer apoyo, información y educación alimentaria al paciente. El tratamiento debe ser integral, para ayudar no solamente brindando herramientas que permitan un cambio de hábitos alimentarios sino también estrategias para el manejo de la ansiedad- depresión en conjunto con otros profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Internet. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [Consultado el 10 de septiembre del 2016]
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Encuesta nacional de factores de riesgo 2013: resultados principales de factores de riesgo en la Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf [Consultado el 10 de septiembre del 2016]
3. Elgart J. “Obesidad en Argentina: Epidemiología, morbimortalidad e impacto económico” *rev argent salud pública* 2010;1:6-12 Disponible en: <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen5/obesidad-en-argentina.pdf> [Consultado el 7 de Abril del 2017]
4. Katz M. “Análisis crítico de la dietoterapia anti-obesidad: hacia una posición san” *actualización en nutrición* 2010; 11(4):258-272
5. Garcia-garcia E.” La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. una reflexión”. *rev salud pública de México* 2008;50 86:530-547
6. Silvestri, E. “Aspectos psicológicos de la obesidad: importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario”. tesis inédita. Córdoba (Argentina) 2005: Universidad autónoma de Favaloro.

7. Cofré. “Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología”. *summapsicologicaust* 2014, voln°1,8998. Internet. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a08.pdf> [Consultado el 3 de Abril del 2017]
8. Rojas C. “Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica”. *rev.méd. chile* [internet]. 2011 139(5): 571-578. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-98872011000500002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872011000500002>. [Consultado el 16 de Mayo del 2017]
9. Silva R. “Sobrealimentación inducida por la ansiedad” parte ii: un marco de referencia neurocientífico para el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas y programas de prevención. *terapia psicológica* 2008, 26 (1) ,99-115
10. Bresh, s. “La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales”. *revista colombiana de psiquiatría*, (2006). 35(4), 537-546. Internet. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635407.pdf> [Consultado el 13 de Abril del 2017]
11. Braguinsky j. “Obesidad: diagnóstico y tratamiento” (1996) cap 3. el ateneo i.s.b.n : 9500203669
12. Nammi, T “Obesity: an ove viewon its current perspectives and treatment options.” *nutrition journal* 3 (2004): Internet Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc421736/> [Consultado el 10 de Abril del 2017]
13. Klein s, burke l. et al “clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease a statement for professionals from the american heart association council on nutrition, physical activity, and metabolism. *circulation* 2004; 110: 2952-2967

Disponible en: http://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1355&context=sph_epidemiology_biostatistics_facpub [Consultado el 13 de Abril del 2017]

14. Tarragona S. “El peso de la obesidad: una revisión sobre el impacto socioeconómico y algunas aplicaciones para Argentina” serie de estudios 2007 (3) isbn:978-978-9413-41-8m disponible en: <https://www.isalud.edu.ar/pdf/se03-tarragona.pdf> [Consultado el 10 de Abril del 2017]
15. González-Jiménez E., Schmidt Río-Valle J.. Regulación de la ingesta alimentaria y del balance energético: factores y mecanismos implicados. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Dic [consultado el 12 de Abril del 2017]; 27(6): 1850-1859. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6099>.
16. Tapia A. “Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad”. rev.chil. nutr. Internet. 2006 ; 33(suppl2): 352-357. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-75182006000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182006000400003> [Consultado el 20 de agosto del 2016]
17. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) Hábitos Alimentarios. Internet. Disponible en <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf> [Consultado el 13 de Abril del 2017]
18. Lally P. “How are habits formed: modelling habit formation in the real world” European journal of social psychology 2010; 40(6), -1009.
19. Neal D. “How do habits guide behavior” Perceived and actual triggers of habits in daily life. journal of experimental social psychology, 2012; 48(2) 492-498

20. Cruz j. “Razón dietética: gusto, hábito y cultura de la conducta alimentaria. "Sociedad navarra de estudios gastronomicos” España (1999)
21. Boletín de vigilancia n° 8. “Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo”. obesidad: determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública. [internet]. [consultado el 13 de febrero de 2017]. Disponible en://www.msal.gob.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/boletines-del-ent
22. WorldHealthStatistics. WorldHealthOrganization 2010. citado en Torresani M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. Diaeta [internet]. 2011 dic ; 29(137):31-3
23. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (dsm-5), 5ta ed. Arlington, va, Asociación Americana de psiquiatría España.(2014)
24. “Obesity and depresión in us woman: results from the” (2005-2006) National health and nutritional examination survey 10.1038/0 by 2009.213m Disponibleen: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2009.213/full> [Consultado el 10 de Abril del 2017]
25. “Association be tween obesity and psychiatric disorders in the us adult population” arch gen psychiatry(2006);63:82430. Disponibleen:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16818872> [Consultado el 10 de Abril del 2017]
26. Tapia A. “Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad” rev.chil. nutr. [internet]. 2006 ago; 33(2): 162-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php=sci_arttext&pid=s071775182006000200005&lng=es_&http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182006000200005. [Consultado el 20 de Agosto del 2016]

27. Tapia A. “Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad”. *rev.chil. nutr.* [internet]. 2006 nov ; 33(suppl2):352357. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s071775182006000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182006000400003>. [Consultado el 20 de Agosto del 2016]
28. Goldberg d. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *br me j* (1988); 97:897-899 Versión Español: Monton, c, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *aten primaria* (1993); 12: 345-349

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada:

Mediante la presente, te invitamos a participar voluntariamente de un estudio de investigación, sobre la relación de los malos hábitos alimentarios y la presencia de la Ansiedad- Depresión.

Este se realizara para la carrera Licenciatura en Nutrición, de la Universidad ISALUD, que se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En caso de querer participar, se le harán responder dos cuestionarios .Los mismos son anónimos, se garantiza total confidencialidad de los datos que serán analizados en forma conjunta con fines estadísticos.

Fecha:

Autoriza a la realización de los cuestionarios: SI NO

Firma:

Firma del investigador:

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS

Edad: Peso: Talla: IMC:

(Esta sección será completada por el encuestador)

1. ¿Planifica lo que consumirá en cada comida?

- Sí
- No
- A veces

2. ¿Saltea o evita alguna comida principal (Desayuno, almuerzo, Merienda, y/o cena)?

- Sí
- No

En caso de ser afirmativa la respuesta, indicar que comida principal evita generalmente

(Marcar solo una opción)

- Desayuno
- Almuerzo
- Merienda
- Cena

DE ACUERDO A LA FRECUENCIA

3. ¿Cuántos días consume en la semana...? (Marcar solo una opción)

Frutas

0 1 2 3 4 5 6 7

¿Cuántas veces al día?

0 1 2 3 4 >5

Verduras (no papas, batatas)

0 1 2 3 4 5 6 7

¿Cuántas veces al día?

0 1 2 3 4 >5

¿Cuántas veces a la semana consume...?

Gaseosas o Jugos (comunes o azucaradas)

0 1 2 3 4 5 6 7

Galletitas Dulces (Simples o rellenas)

0 1 2 3 4 5 6 7

Golosinas (Caramelos, alfajores, chocolates...etc.)

0 1 2 3 4 5 6 7

Snacks, (Papas fritas, palitos salados, batatas fritas o bizcochitos salados)

1 2 3 4 5 6 7

4. ¿Cuántas veces a la semana consume alimentos fritos?

0 1 2 3 4 5 6 7

5. ¿Cuántas cucharadas de azúcar consume en el día? (cucharadas tipo té)

- A) Menos de 6
- B) Entre 6- 12
- C) Entre 12 -20
- D) Más de 20

ANEXO 3

ENTREVISTA CON ESCALAS PARA EVALUAR PRESENCIA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN

Se pregunta a la persona sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que se hacen referencia en los ítems. No se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sea de leve intensidad.⁽²⁸⁾

Indique SI o NO en cada caso

Escala Ansiedad	SI/ NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando. Subtotal:	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

≥4: Ansiedad Probable

Escala Depresión	SI/NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanza?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores continuar preguntando. Subtotal:	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (A causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	

≥2: Depresión probable