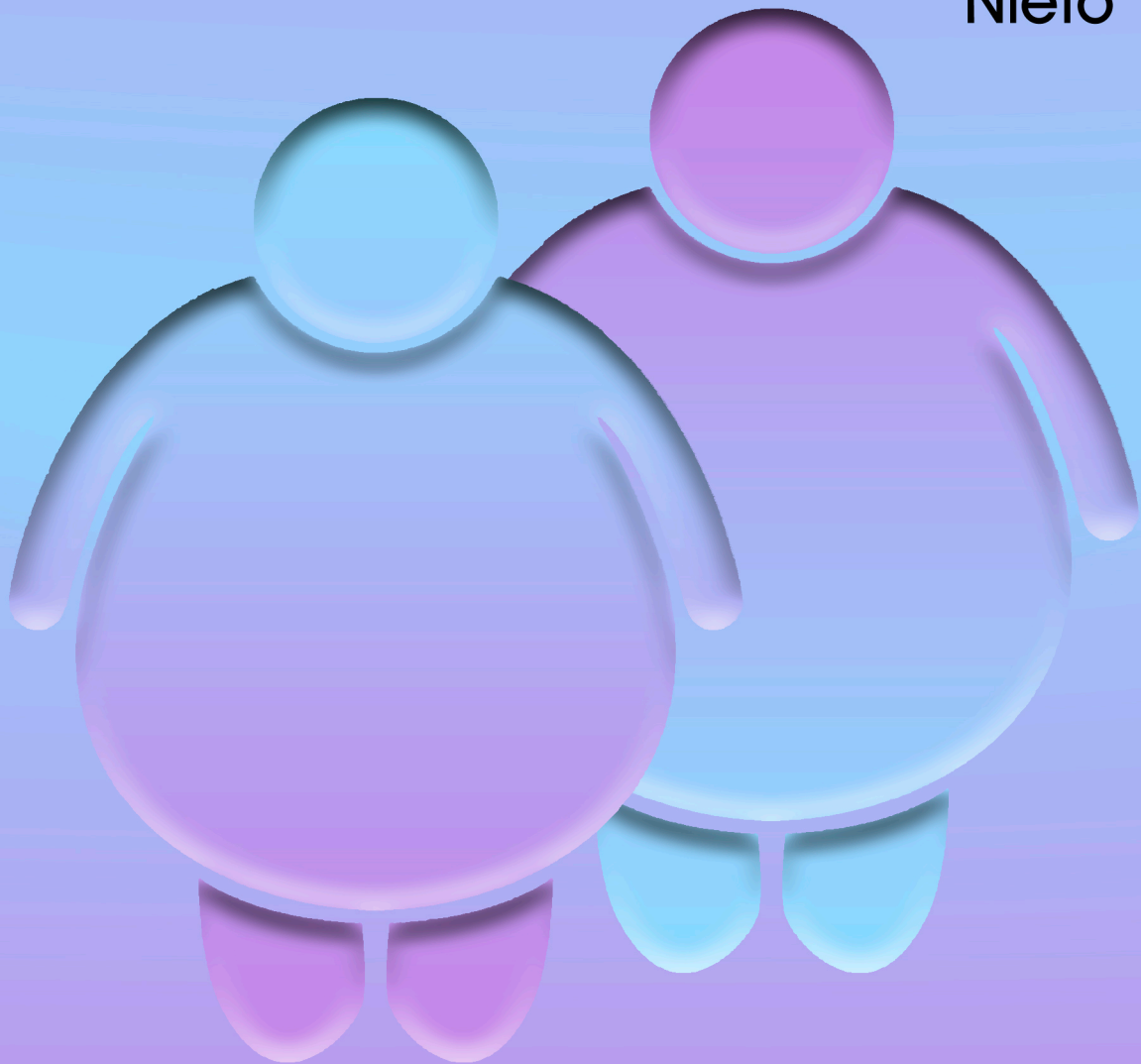




OBESIDAD MÓRBIDA

*Ansiedad, Depresión y
Conducta alimentaria*

Tesis de
Licenciatura
**Clara Evelina
Nieto**



20
16

Tutora: Lic. Guillermina Rivas
Asesoramiento Metodológico:
Dra. Mg. Vivian Minnaard

*“Si quieres ser grande, comienza por ser pequeño;
si quieres construir un edificio que llegue hasta el cielo,
piensa primero en poner el fundamento de la humildad.*

*Cuanto mayor sea la mole que se trate de levantar y la altura del edificio,
tanto más hondo hay que cavar el cimiento.*

*Y mientras el edificio que se construye se eleva hacia lo alto
el que cava el cimiento se abaja hasta lo más profundo.*

“El edificio antes de subir se humilla, y su cúspide se erige después de la humillación”

San Agustín.



A mi mamá, a mi hermana y a mi hijo con todo mi amor.



A mi mamá Sunni y mi hermana Belén por cuidar de mi hijo para que pudiera estudiar, por ayudarme en todos los momentos que lo necesité, incluso en los más difíciles, por confiar en mí sin dudar ni un momento en brindarme todo, a mi hermano Ariel por su ayuda incondicional, a mi hijo Manuel que ilumina mi vida, por compartir toda esta etapa a mi lado sin reproches ni quejas por mis faltas de tiempo, a Pablo por ayudarme mientras estudiaba y a darme ánimos para no rendirme,

A Hugo, mi jefe, por darme la oportunidad de cursar a pesar de mis horarios laborales, por hacer hasta lo imposible para que pudiera asistir a clases y a mis compañeros por los cambios de horarios.

A mi tutora de Tesis Guillermina Rivas, por toda la ayuda brindada y su predisposición para conmigo, al Dr. Jorge Picardo por darme la posibilidad de realizar las prácticas profesionales, los profesionales que lo acompañan y las secretarias que trabajan en su institución que me hicieron sentir muy cómoda y me brindaron toda la ayuda que estuvo a su alcance.

A Vivian Minnaard, por estar siempre dispuesta, por su buen trato y amabilidad, por recibirme con una sonrisa cada vez concurría a una consulta, y por orientarme cada paso para llegar al final.

A mis dos amigas Alejandra y Verónica, que transitaron conmigo este camino, me brindaron todo su apoyo y ayuda cuando la necesité, siempre a mi lado.

A Eduardo y todo su equipo de la fotocopidora, por su paciencia, buena onda y predisposición.

A la Universidad Fasta por aportarme los conocimientos necesarios para convertirme una profesional de la Salud.

A todos los que transitaron este camino y me acompañaron y me dieron fuerzas para no rendirme. A todos muchas gracias.



La obesidad tiene causas multifactoriales, genéticas, metabólica, psicológica, social, cultural; por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema y debe atenderse de forma simultánea con los programas de control de peso¹ (Synnott,1992). Así mismo los tratamientos médicos de la obesidad han demostrado baja efectividad, lo que ha llevado a que la cirugía bariátrica se haya establecido como una alternativa de tratamiento cada vez más frecuente² (Dziurawicz, 2006).

Objetivos: Evaluar el nivel de ansiedad, depresión y las conductas alimentarias de los pacientes con IMC 40 previo a la cirugía bariátrica que asisten a centros de asistencia públicos y privados de Salud de la Ciudad de Mar del Plata.

Material y métodos: el presente trabajo corresponde a una investigación de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo en pacientes que concurren a su primera entrevista, está dirigido a evaluar el nivel de ansiedad, depresión y conductas alimentarias de los pacientes con IMC 40 previo a la cirugía bariátrica que asisten a centros de asistencia públicos y privados de Salud de la ciudad de Mar del Plata.

Resultados: Del total de la muestra de sexo femenino se observa que el 85% presenta síntomas depresivos y el 15% restante no; el 60% posee ausencia de ansiedad y el 40% restante ansiedad moderada; el 40% presenta conductas y hábitos alimentarios no saludables, el 50% poco saludables y el 10% restante saludables. De la muestra de pacientes de sexo masculino se presenta que el 90% presenta síntomas depresivos y el 10 % restante no, el 60% tiene ausencia de ansiedad y el 40% restante posee ansiedad moderada; el 50% presenta hábitos y conductas alimentarias poco saludables y el 50 % restante tiene conductas no saludables.

Conclusiones: Es de vital importancia encarar el tratamiento para la obesidad de forma interdisciplinaria para que el paciente sea tratado en todos sus aspectos y de esta forma evitar las recaídas que son tan frecuentes en esta enfermedad.

Palabras claves: cirugía bariátrica - ansiedad - depresión - conductas alimentarias - obesidad.

¹ Los pacientes deben acudir a diferentes especialistas médicos para ser tratados en forma adecuada, lo que sugiere algoritmos de diagnóstico y tratamientos que deben basarse en la etiopatogenia de la enfermedad.

² Los trastornos de personalidad, están frecuentemente asociados con menor flexibilidad y menor adaptabilidad a los cambios, pobre adherencia a la dieta y al ejercicio, bajo porcentaje de asistencia a las visitas programadas y menor cantidad de pérdida de peso en el corto plazo.



Obesity is multifactorial causes, genetic, metabolic, psychological, social, cultural; thus arises the need to psychologically deal with this problem and must be addressed simultaneously with weight¹ control programs (Synnott, 1992). Also medical treatments of obesity have demonstrated low effectiveness, which has led to bariatric surgery has been established as an alternative to increasingly frequent² treatment (Dziurawicz, 2006).

Objectives: To assess the level of anxiety, depression and eating behaviors of patients with BMI 40 prior to bariatric surgery centers attending public and private assistance of Health of the City of Mar del Plata.

Material and Methods: The present work corresponds to a quantitative research, transversal and descriptive in patients attending his first interview is aimed to assess the level of anxiety, depression and eating behaviors of patients with BMI 40 prior to surgery bariatric centers attending public and private health care in the city of Mar del Plata.

Results: Of the total sample female is observed that 85% presented depressive symptoms and the remaining 15%; 60% have no anxiety moderate anxiety and 40 remaining%; 40% have behaviors and unhealthy eating habits, 50% unhealthy and healthy remaining 10%. Sample of male patients is presented that 90% presented depressive symptoms and the remaining 10% no, 60% have no anxiety and 40% have moderate anxiety; 50% have habits and unhealthy eating behaviors and the remaining 50% have unhealthy behaviors.

Conclusions: It is vital to address the obesity treatment in an interdisciplinary way for the patient to be Strive in all its aspects and thus avoid relapses are so frequent in this disease.

Keywords: bariatric surgery - anxiety - depression - eating behaviors -Obesity.

¹ Patients should go to different doctors to be treated properly specialists, suggesting logarithms of diagnosis and treatments should be based on the pathogenesis of the disease.

² Personality disorders are often associated with less flexibility and less adaptability to change, poor adherence to diet and exercise, low percentage of attendance at scheduled visits and fewer weight loss in the short term.



Introducción	1
Capítulo I	
<i>Estigmas de la obesidad y bienestar emocional</i>	4
Capítulo II	
<i>Conductas y Aspectos psicosociales de la obesidad mórbida</i>	15
Diseño Metodológico	26
Análisis de Datos	29
Conclusiones	113
Bibliografía	116
Anexos	121





Introducción

La obesidad es un problema que afecta a un elevado porcentaje de la población general, entre un 6 y 26 % de la población adulta española (SAEDO1997), y se incluye el sobrepeso el nivel de afectación alcanzaría hasta un 55% de la población en USA (Iruarrizaga,1994)¹ La mirada y el abordaje terapéutico de la obesidad tienen, entonces, múltiples facetas. Si se sitúa en el terreno clínico, parece necesario disponer de un equipo multidisciplinario que aborde el problema. La cirugía bariátrica se ha convertido en la opción de tratamiento para la obesidad mórbida, considerando la ausencia de respuesta de ésta a manejos conservadores. Sin embargo, es necesario entenderla como el inicio del tratamiento y no como la solución definitiva, cuyo objetivo ha de ser la mantención del peso dentro de los límites compatibles con la salud y no sólo la disminución conseguida en fases iniciales del tratamiento.

La investigación sobre la obesidad ha descrito variables psicosociales a considerar en el tratamiento y evolución de esta patología. Se ha empezado a conocer el comportamiento de éstas en relación con la obesidad y la cirugía, en un esfuerzo por comprender y abordar mejor el fenómeno. El propósito es generar las condiciones para lograr resultados satisfactorios y sostenidos en el tiempo (Montt, 1997)² Es relevante el abordaje de los pacientes obesos con trastornos mentales y del comportamiento, ya que se constituye en un reto importante para la psiquiatría contemporánea, debido a la dimensión y repercusiones que tiene este trastorno metabólico en grandes sectores de la población. Al aumentar el número de personas con exceso de peso, ha crecido la preocupación social por la obesidad, los científicos alertan sobre las graves consecuencias que puede producir la gordura, aparecen cada día nuevos métodos mentirosos en corto tiempo y sin mayores esfuerzos; y en el contexto de alarma médica y mercantilización de la figura, el obeso puede percibirse anormal y a su vez desarrollar cogniciones y comportamientos mal adaptativos que podría facilitar la aparición y empeoramiento de los cuadros psicopatológicos, en los últimos años la obesidad ha dejado de ser vista como un problema estético, para ser asumida como un gran desafío médico para el siglo XXI (Tobal 1986).³

La modificación de la conducta es imprescindible en el tratamiento de la obesidad ya que condiciones ambientales actuales de nuestra sociedad promueven el aumento del consumo de calorías y la disminución del gasto de energía. Entre los factores ambientales

¹ Estos autores indican que aumenta la probabilidad de sufrir determinadas enfermedades constituyendo no sólo un problema médico, sino también social.

² Los autores se refieren a un abordaje multidisciplinario, en el cual la cirugía de forma relevante los aspectos psicológicos (cogniciones/ comportamientos) y aspectos psiquiátricos que puedan estar implicados.

³ La Obesidad" es uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los sistemas sanitarios, no solo por el costo humano sino también por el gasto económico a nivel de Salud pública. El gasto económico es derivado de los tratamientos de las enfermedades asociadas y conflictos relacionados con la reinserción laboral, escolar y psicológica.

que explican el exceso en el ingreso calórico se incluye la amplia disponibilidad de alimentos de alto contenido en grasa y elevado valor calórico baratos y servidos en raciones cada a (SAEO) y de otras sociedades internacionales, toda intervención terapéutica sobre el paciente obeso o con sobrepeso destinada a perder peso debe basarse siempre en un programa de modificación del estilo de vida que incluya dieta, incremento de la actividad física y técnicas de modificación de la conducta. La consecución de los objetivos de pérdida de peso, y sobre todo, el mantenimiento del peso a largo plazo dependerán de la capacidad del paciente de modificar de forma eficaz y mantenida sus hábitos de vida (Pardo1998).⁴

Ante lo expuesto anteriormente:

¿Cuál es el nivel de ansiedad, depresión y las conductas alimentarias de los pacientes con IMC 40 previo a la cirugía bariátrica que asisten a centros de asistencia públicos y privados de Salud de la ciudad de Mar del Plata?

El objetivo general es:

- ✓ Evaluar el nivel de ansiedad, depresión y las conductas alimentarias de los pacientes con IMC 40 previo a la cirugía bariátrica que asisten a centros de asistencia públicos y privados de Salud de la Ciudad de Mar del Plata.

Los objetivos específicos del problema son:

- ✓ Analizar el nivel de ansiedad utilizando el Test de I.S.R.A
- ✓ Identificar la presencia de síntomas depresivos aplicando la Sub escala de depresión del Cuestionario de E.A.D.G.
- ✓ Determinar las conductas alimentarias de esta patología a través del cuestionario TFEQ/EL.

⁴ Estos autores se refieren a la investigación psicológica de la conducta en la obesidad que se ha dirigido sobre todo al estudio de la conducta alimentaria utilizando para ello el cuestionario de valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad.



Capítulo I

*Estigmas de la obesidad
y bienestar emocional*

La obesidad es una importante epidemia mundial, cuya incidencia está aumentando no solo en el mundo desarrollado sino también en los países en desarrollo. Trae consigo innumerables problemas médicos, entre ellos, una mayor incidencia de diabetes mellitus, hipertensión, dislipemia, enfermedad cardiovascular, artritis y ciertos tipos de cáncer. La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, con implicación de determinantes tanto genéticos como ambientales, que se manifiesta por la alteración en la composición corporal caracterizada por un aumento del compartimento graso. Este aumento en los depósitos de tejido adiposo, en la mayoría se acompaña de un incremento del peso corporal y supone un considerable aumento de riesgo de aparición de complicaciones o comorbilidades que afectan la calidad y la esperanza de vida (Vague 1947).¹

La definición normativa es la que considera que hay obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor o igual a 30. Este momento en el que se vive un cambio en el paradigma de la obesidad, con un enfoque más clínico, a partir de definir obesidad enfermedad como resultado de las alteraciones originadas por el aumento del tejido adiposo, sobre todo de tipo hipertrófico, lo que determina: en primer lugar: aumento de la salida de ácidos grasos libres; en segundo lugar: aumento de las adipocinas procoagulatorias e inflamatorias y en tercer lugar: depósito extra adiposo de las grasas por ejemplo: en músculo, hígado, entre otros. Generalmente el diagnóstico surge de inmediato con solo observar al paciente, sin embargo, no permite el diagnóstico en los casos intermedios, ni en los de sobrepeso moderado, como tampoco la ubicación del paciente dentro de una escala reconocida de riesgo clínico. Tampoco es posible tener precisión para evaluar la progresión del tratamiento o de los procesos de adaptación al nuevo peso “mantenimiento”, por lo tanto, se requieren mediciones (Bray1994).²

Para determinar si un individuo es obeso o simplemente está excedido de peso, además de la simple inspección se requieren técnicas para medir o estimar la GC y modelos o estándares con los cuales compararla. El perímetro de la cintura (PC) es un factor independiente y determinante de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Evalúa la grasa abdominal para estimar el riesgo de diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia aumento de colesterol, triglicéridos, etc. y enfermedad cardiovascular, cuando el índice de masa corporal (IMC) está también elevado. El PC es un parámetro muy útil y de alto valor en clínica para personas que tienen un peso normal o con sobrepeso. También tiene valor en clínica para ver la evolución de los pacientes porque los cambios en la medición de la

¹ Este autor indica además que el IMC puede a veces dar lectura engañosa, se debe usar en esos casos otros parámetros antropométricos: biomedancia: comportamiento de los diferentes tejidos ante el paso de una corriente eléctrica. La grasa es el tejido que peor conduce.

² Los autores reafirman que los depósitos de grasa abdominal están ubicados inmediatamente por debajo de la piel regional y su reducción disminuye los factores de riesgo para enfermedad macrovascular. La grasa corporal puede estimarse con ciertas fórmulas derivadas de los datos antropométricos (con equipos relativamente accesibles (biomedancia).

cintura indican aumento o descenso de la grasa abdominal. Es importante la forma de medir el PC, pues según el modo o la persona que mida, los resultados pueden ser diferentes. La Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO) establece unos criterios para realizar esta medida: se toma como referencia para medir el borde superior de la cresta ilíaca, con el paciente de pie, con cinta métrica no extensible, con la ropa aflojada y tomando como referencia las estructuras óseas citadas. También se puede medir al paciente de en supino (Naos 1997).³

Los valores de corte según el NIH para establecer el riesgo cardiovascular potencial son:

Cuadro N°1. Riesgo cardiovascular según sexo.

Sexo	Riesgo aumentado	Riesgo muy aumentado
Hombre	Más de 95cm	Más de 102 cm
Mujer	Más de 82cm	Más de 88cm

Fuente: Sociedad Española (SEEDO)

En Europa las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, tienen una alta incidencia, son una fuente muy importante de discapacidad y tienen una gran repercusión en los costes de la asistencia sanitaria. Las causas de la obesidad son múltiples y complejas. Contrario a lo que se puede creer, no es simplemente el resultado de comer en exceso. La experiencia demuestra que, en muchos casos, una causa subyacente significativa de la obesidad mórbida es de origen genético. Los estudios de la población adulta (SEEDO 1997), revelan que una vez instalado el problema, es poco lo que pueden lograr esfuerzos tales como los regímenes dietéticos y programas de ejercicios para alcanzar una mejora eficaz a largo plazo. Hasta tanto no se entienda mejor la enfermedad, el control del sobrepeso es un problema que los pacientes deben trabajar toda la vida. La obesidad es un padecimiento metabólico crónico resultante del balance energético positivo que se manifiesta por el depósito de tejido graso en el cuerpo, con el consecuente incremento en el peso corporal y un cortejo de manifestaciones físicas, fisiológicas y psicopatológicas.

La obesidad es mórbida cuando alcanza el punto en que eleva de manera significativa el riesgo de muerte o incapacidad física al presentarse o agravarse enfermedades

³ Los autores indican que desde el punto de vista clínico el perímetro de cintura no distingue entre exceso de grasa subcutánea y perivisceral. Nuevas técnicas de imagen como TAC o la RNM, permiten realizar medidas de superficie de grasa regional. Tumbado boca arriba, tomando como referencia el ombligo.

asociadas y deteriorarse las condiciones generales de la salud (Looking 1997)⁴ Se desconoce cuáles son las causas subyacentes de la obesidad grave. Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de la obesidad, entre los cuales se encuentran los trastornos de tipo genético, hereditario, ambiental, metabólico y alimentario. Asimismo, hay ciertas condiciones médicas que pueden producir obesidad, como el consumo de esteroides y el hipotiroidismo.

El tratamiento de la obesidad mórbida ha sufrido una notable evolución en los últimos años. Inicialmente, el tratamiento propuesto consistía en la mera restricción calórica y el ejercicio físico. El altísimo índice de fracasos de tratamientos y abandono de los mismos, motivó a que el abordaje fuese complementado con técnicas de modificación de la conducta con psicoterapia (Spielberg 1991)⁵ Cuando se habla de obesidad, hay que diferenciar bien las causas de las consecuencias, algo que no siempre se hace en forma adecuada. Por ejemplo, un gran número de pacientes obesos tienen sintomatología depresiva, pero en la mayoría de ellos dicha sintomatología es consecuencia de la enfermedad, no la causa (Interpsiquis 2001).⁶

La falsa creencia de que la obesidad es controlable y reversible alimenta la creencia de que las personas con sobrepeso “reciben lo que se merecen y merecen lo que reciben” cuando sufren discriminación, el obeso se siente desmotivado por un sentimiento inseguridad personal, de desconfianza en sí mismo (Yepez, 2007).⁷

Es fundamental no clasificar al paciente obeso adjuntándole un determinado perfil que no tendrá validez científica y que no cerrará la posibilidad de abordar cada caso en forma individual. Es obvio que existen numerosas causas que generan la obesidad, pero en la gran mayoría de los casos es el resultado de una sola causa: el comer demasiado. Los científicos alertan sobre las graves consecuencias que puede producir la gordura, aparecen cada día nuevos métodos mentirosos que prometen una figura esbelta en corto tiempo y sin mayores esfuerzos. La obesidad ha dejado de ser vista solo como un “problema estético”, para ser asumida como un gran desafío médico (Tobal 1994).⁸

En la actualidad, existe más del 50% de probabilidades de que los pacientes de un médico, cualquiera sea su especialidad, tengan sobrepeso. Por ello el clínico general, el

⁴ Obesidad Mórbida: condición en la cual una persona pesa 45 kilos o más por encima de su peso corporal idea tiene un índice de masa corporal de 40 o superior.

⁵ Los investigadores de la obesidad plantean la teoría llamada “punto límite”, es una especie de termostato interno del cerebro y que las personas sean resistentes a subir o bajar de peso.

⁶ Se hace referencia a que por consecuencias psico-sociales, el paciente obeso experimenta sentimientos de baja autoestima, aislamiento social, discriminación y podrá presentar patrones anormales de la conducta.

⁷ Se puede considerar la perspectiva que las personas con sobrepeso pueden aceptar que lo merecen. Esto es peligroso, así como el culparse, ya que pueden conducir al distress psicológico, y la depresión.

⁸ La obesidad y los costos económicos derivados de los tratamientos de las enfermedades asociadas constituyen uno de los mayores problemas a nivel de Salud pública.

pediatra el ginecólogo, el ortopedista, etc. debe conocer estas afecciones y estar preparados para estudiar a estos pacientes. La relación obesidad –cáncer, que es compleja y variable según el tipo de cáncer. Es importante concebir a la obesidad como enfermedad para crear conciencia de que es una situación “maligna” de la vida moderna que puede ser evitada o revertida con sustanciales beneficios no sólo para el individuo sino también para la sociedad. Al ser la obesidad genéticamente poligénica, es inevitablemente heterogénea en sus manifestaciones. Sus diversos fenotipos tienen diferentes manifestaciones clínicas y pronósticos (Kaplan 2004).⁹

Las manifestaciones clínicas se expresan también: en el aparato cardiovascular, no sólo con las alteraciones isquémicas sino también con las alteraciones miocárdicas, en el aparato respiratorio, con los cuadros de hipoventilación alveolar y de apnea durante el sueño, en el sistema venoso, con la presencia de várices: tromboflebitis, en el sistema articular, con manifestaciones muy diversas; la artrosis bilateral de rodillas, más (Kopelman 2001).¹⁰

El vínculo que se establece entre el médico o nutricionista y el enfermo obeso es la clave del tratamiento de la obesidad. El consultorio no debe ser un juzgado, sino un taller en el paciente trabajará en su tratamiento. Se debe dejar en claro en la primera consulta que la obesidad es una entidad crónica, por ello no deben esperarse soluciones rápidas o fáciles y no debe buscarse sólo simplemente un descenso de peso sino el logro del mejor peso posible y estable en el contexto de una mejoría en la salud global (Mc 1957)¹¹ Las formas clínicas de la obesidad son diversas, por ello los pacientes obesos pueden ser clasificados de diferentes maneras: obesidad de comienzo en la infancia: es la que comienza entre los 4 y 9 años puede proyectarse luego hasta la adultez, obesidad progresiva. Esta forma de obesidad se caracteriza por ser hiperplásica, o sea involucra un aumento del número de adipositos. Los adultos con esta forma de obesidad tienden a permanecer en ella, ya que no hay evidencias de disminución del número de adipositos por adelgazamiento si de volumen. La obesidad de comienzo en la adultez: puede estimarse que sólo un tercio de los adultos de los obesos lo fueron también en la infancia. Esta obesidad es de tipo hipertrófico, o sea, predomina el aumento del volumen de los adipositos, no su número. En las mujeres, el punto de partida frecuente para esta forma de obesidad es el embarazo. En los hombres, el

⁹ Gran parte de las afecciones metabólicas asociadas (o secundarias) a la obesidad están más relacionados con el tipo de distribución de la grasa corporal, la localización intraabdominal es la de mayor riesgo metabólico y vascular.

¹⁰ Se debe lograr que los programadores de los planes de salud, las autoridades sanitarias y los gobiernos reconozcan el carácter epidémico de la obesidad.

¹¹ Se hace referencia en este punto que no conviene olvidar que el peso e se tiene en un momento dado no es accidental, sino que se da un cúmulo de circunstancias que tienen que ver con el patrimonio genético, la historia personal, el modo de vida, etc.

aumento de peso en la adultez debe relacionarse con principalmente con el cambio de vida (Bray 1992).¹²

En cuanto a la clasificación de la obesidad por el número de células: esta forma se superpone a la anterior, ya que la obesidad de comienzo en la infancia es generalmente de tipo hiperplásica y la que comienza en la adultez es de tipo hipertrófica. Por los factores etiológicos: hasta el presente es difícil señalar un factor etiológico en la obesidad simple, quizás en el futuro puedan caracterizarse mucho mejor las obesidades, por ejemplo, a partir de la tipificación genética, polimorfismos y alteraciones en el sistema de alteraciones en el sistema melanocortina. Por la distribución del tejido adiposo: existen diferentes formas clínicas entre las distintas formas de distribución del tejido adiposo: abdominal o androide y la ginoide o fémoro glútea. El diagnóstico de estas dos formas - más allá de la simple vista- puede darlo con precisión la medición de las circunferencias del abdomen y de la cadera (Modan 1985)¹³ Es ampliamente sabido que la obesidad impacta adversamente sobre varios aspectos de la calidad de vida en general, entre ellos; la salud física, el bienestar emocional y el funcionamiento psicosocial. Las personas obesas se enfrentan no sólo al extenso conjunto de complicaciones médicas, sino que también presentan retiros laborales a edades más tempranas, mayores tasas de ausentismos y mayor discapacidad laboral. (Rodríguez 2004)¹⁴ Dentro de los factores que influyen en la morbilidad asociada a la obesidad, se puede mencionar el IMC, se correlaciona significativamente con la cantidad de grasa corporal, es un indicador de alta morbimortalidad. El riesgo de complicaciones médicas aumenta a medida que éste índice se incrementa. Un IMC de 25kg/m es generalmente aceptado como el punto de corte a partir del cual se identifican los pacientes con mayor riesgo de presentar enfermedades relacionadas con la obesidad, principalmente DM2, la hipertensión arterial, la dislipemia y la enfermedad cardiovascular (Mc Keown 1957).¹⁵

La relación obesidad-enfermedad no es idéntica en todas las razas; existen diferencias raciales en la prevalencia de las complicaciones médicas asociadas a la obesidad. El riesgo cardiovascular es más intenso en grupos afroamericanos que en caucásicos. Los afroamericanos tienen un perfil lipídico menos aterogénico en relación con los caucásicos,

¹² La corpulencia, cuando existe en grado extraordinario, puede ser considerada una enfermedad, ya que en cierta medida obstruye el ejercicio de las funciones diarias y tiende a acortar la vida, al preparar el camino hacia estados de ánimos peligrosos.

¹³ Es probable que la obesidad ginoide no tenga riesgo metabólico. Puede haber riesgo cardiovascular. Todo aumento de tejido adiposo estimula el incremento de la producción pancreática de insulina y provoca hiperinsulinemia, en cambio en la obesidad andrógeno el riesgo metabólico es mayor.

¹⁴ Estimar e interpretar la relación entre obesidad y mortalidad es un tópico de considerable controversia, la obesidad se asocia con un mayor riesgo de muerte precoz según su forma clínica.

¹⁵ Las complicaciones digestivas también se asocian al IMC: el riesgo de litiasis biliar aumenta marcadamente a partir de 30 de IMC, lo que convierte a éste índice en un factor de mal pronóstico en la evolución de la pancreatitis aguda y también en un indicador de mayor prevalencia de hernia de hiato y esofagitis por reflujo.

pero mayor prevalencia de enfermedad coronaria y de accidente isquémico cerebrovascular. La prevalencia de IR no refleja los mismos patrones de prevalencia de la obesidad. En adultos con síndrome metabólico, pese a que las mujeres afroamericanas tuvieron las tasas de obesidad más altas la prevalencia de IR fue más elevada en las Méjico americanas, seguidas por los varones de igual procedencia. La menor prevalencia de IR se observó en varones afroamericanos (Vague 1947).¹⁶

En relación con el medio ambiente y factores que determinan la obesidad, se puede observar diferencias marcadas en relación de la obesidad en la pobreza y obesidad en los ricos. Igualmente se deben tener en cuenta factores de diferente naturaleza, como los genéticos adaptativos, teoría del fenotipo ahorrador, o teoría del Neel, los sociales, entre los cuales se encuentran económicos, como cambios en los patrones dietéticos y reducción de la capacidad de compra o accesibilidad a los alimentos, los socioculturales junto con una reducción de la actividad física, cambios culturales a distancia, manipulada por la industria de consumo que tiende a despertar en los individuos la necesidad de incorporar algunos elementos de la imagen proyectada los factores de género, las diferencias entre los “dos tipos de obesos” se marcan más en la mujer, ya que sus oportunidades son más limitadas: las cargas sociales más pesadas, la imagen subvalorada que tiene de su cuerpo, además de la tradicional subordinación al hombre (Chopra, Tobacco 2004).¹⁷

Los pobres no comen lo que quieren ni lo que saben que deben comer sino lo que pueden. Los pobres están desnutridos porque no tienen lo suficiente para alimentarse y son obesos porque se alimentan mal, con un desequilibrio energéticamente importante (Aguirre 2000)¹⁸ Teniendo en cuenta los factores que se relacionan con la obesidad, otro aspecto que no se puede pasar por alto es la conducta alimentaria a nivel psiconeuroendocrino. El hipotálamo recibe e integra mucha información y la devuelve con neuroquímicos que dan señales en un sentido u otros a los sitios superiores donde se determinan las conductas. Se destacan cuatro hechos esenciales: la conducta alimentaria no está separada de las demás conductas humanas básicas. Un ejemplo concreto sería la actividad de los diferentes neuroquímicos. El Neuropeptido Y principal orexígeno, la LEP, esencial en varios aspectos endócrinos, y la grelina, la homeostasis energética, el ingreso y el gasto energético conforman un solo y complejo proceso que interactúa en forma permanente (Erickson

¹⁶ Factores ambientales relacionados con el estilo de vida, los cuidados de la salud o de las desventajas económicas contribuyen objetivamente a las diferencias étnico/raciales en la prevalencia de enfermedades asociadas con la obesidad.

¹⁷ La exposición al hambre en el período prenatal o al comienzo de la vida ocasiona un mayor riesgo de obesidad en el transcurso de la vida, y aumenta los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial diabetes 2, dislipemias, obesidad y obesidad central.

¹⁸ Los países que todavía siguen luchando para alimentar a gran parte de su población tienen que hacer frente ahora a los costos del tratamiento de la obesidad y las enfermedades crónicas graves relacionadas con ella.

1996)¹⁹ Se ha dejado de lado el un modelo centrado sólo en el hipotálamo para aceptar un notorio papel de las demás estructuras cerebrales que participan de la conducta alimentaria; por ejemplo, la amígdala el núcleo accumbens y la corteza cerebral. La conducta alimentaria es crítica para la supervivencia por el aporte de los macronutrientes y micronutrientes indispensables para la vida, por ser un componente esencial de la homeostasis energética, el proceso por el cual el sustrato energético, grasa, que el organismo atesora en forma de tejido adiposo se mantiene casi constante durante largos períodos. El balance energético es la separación entre el ingreso y el gasto, son dos procesos interactuantes. Clínicamente, si el obeso no hace dietas, puede mantener su peso en forma prolongada. Pero quienes bajan de peso mediante un plan hipocalórico tienden a recuperar el peso inicial. Los mecanismos de esta regulación son diversos y no todos conocidos. El organismo ejerce una defensa más fuerte contra la desnutrición y el bajo peso que contra el sobreconsumo y el peso alto (Kennedy 1953)²⁰ Los seres humanos desarrollan mecanismos adaptativos fisiológicos ante los cambios en las condiciones del medio. Así, en situaciones de escasez de alimentos el organismo se convierte en “atesorador”; a la inversa, ante el ingreso alimentario excesivo, la respuesta es “no atesoradora”. Existen mecanismos por los cuales los ácidos grasos o la glucosa que ingresan en ciertas células funcionan a nivel mitocondrial como sensores de necesidad o no de nutrientes. Un porcentaje de personas, sin embargo, no logra compensar el exceso de ingreso y gana peso, grasa corporal. En la regulación del ingreso alimentario intervienen señales que llegan al cerebro desde la periferia: vía vagal al Núcleo del tracto solitario y de allí a los centros hipotalámicos. El péptido PY3-36, emerge como fuerte inhibidor de la conducta alimentaria. Prácticamente todas las señales periféricas son inhibidoras de la ingesta, excepto la grelina (Levine 2005)²¹ El gasto energético es otro componente importante del balance calórico. Algunas personas ganan peso rápidamente y otras permanecen delgadas sin importar lo que coman. Con respecto al gasto metabólico en reposo existen diferencias de origen genético que justifican que en cualquier nivel de masa magra algunos individuos tienen un gasto metabólico relativo alto, normal o bajo (Astrup 1999)²² El otro componente del gasto es el efecto térmico de los alimentos, compuesto por la termogénesis obligatoria y la adaptativa. La alimentación puede elevar hasta un 25%- 40% el gasto metabólico. El hecho de que sea mayor cuando existe un exceso en la ingesta

¹⁹ LEP: hormona reguladora, originada en el tejido adiposo.

NPY: principal orexígeno fisiológico que participa en acciones como locomoción, conductas de aprendizaje y cuadros de depresión y ansiedad.

²⁰ El organismo recurre al descenso del gasto basal, a la disminución de la triiodotironina, etc. Pero son menos adaptativos al ingreso alto de calorías.

²¹ Los estudios respecto al ingreso alimentario resultan difíciles por la variabilidad diaria del ingreso, la dificultad de hacer mediciones precisas y la subjetividad de las encuestas que deriva en un subregistro. Debido a esto se ha tendido a poner el acento en el gasto energético.

²² Un grupo interesante en este aspecto son los post-obesos. Presentan un gasto metabólico de un 3% a 5% menor a sus pares nunca obesos.

podría constituir un rasgo defensivo contra el desarrollo de la obesidad. La activación del mecanismo adaptativo ante una sobre ingesta de alimentos permitiría eliminar algo de ese excedente en forma de calor, evitando el sobrepeso. La termogénesis inducida por la dieta, está mediada por el simpático y la estimulación de los receptores B- adrenérgicos sobre tejidos blanco termogénicamente activos. El tercer componente del GE es la actividad física. Dentro de ellas coexisten la “voluntaria”, que es la más variable, ya que depende de que el individuo quiera hacer un gasto calórico, y la que está relacionada con las posturas y los movimientos espontáneos, llamada termogénesis relacionada con actividades diferentes de la física (Levine 2005).²³

Entre los factores de riesgo para la ganancia de peso, un gasto metabólico bajo en la infancia podría predecir obesidad en la adolescencia o adultez, también los bajos niveles de oxidación de grasa y también el sedentarismo (Stock 1982).²⁴

Las conductas sedentarias pueden definirse operativamente como aquellas que gastan menos del 10% de su energía diaria en la realización de actividades de intensidad moderada-alta por lo menos cuatro veces el gasto metabólico basal. O quien hace menos de 30 minutos por día de AF moderada intensidad la mayoría o todos los días de la semana. O quien gasta menos de 150 Kcal/día en actividades moderadas/intensas. Actualmente el 60% de la población mundial no llega a los 30 minutos de actividad física especial por día. En relación al sedentarismo, es importante tener una visión al respecto (Rojin 1993)²⁵ En los individuos obesos la oxidación de grasas no varía como consecuencia del ejercicio de baja intensidad, que es el que se recomienda por razones obvias. Sin embargo, a medida que aumenta la intensidad de los ejercicios, también aumenta la fracción de lípidos de la mezcla por metabolizar. En ejercicios de intensidad moderada, a partir de la hora y media de ejercicio, los AGL se convierten en el sustrato predominante. En un ejercicio aeróbico como el trote, de intensidad sub máxima y prolongado, el sustrato metabólico predominante es la grasa corporal, que es el objetivo buscado (Van Baak 1998)²⁶ Con solo mejorar la aptitud física o la capacidad de consumo de oxígeno es posible tratar, corregir y prevenir una gran cantidad de variables fisiológicas que guardan relación con diferentes patologías. El efecto combinado de dieta y ejercicio puede potenciar el efecto sobre el control metabólico. Estos cambios también se evidencian cuando el sujeto disminuye de peso, pero no siempre este

²³ Este autor halló que los obesos se movían menos que los normopesos y, si los obesos bajaban de peso, mantenían un NEAT (non exercise activity termogénesis). Menor lo que sugería un origen genético.

²⁴ El medio obesogénico facilita la disponibilidad alimentaria y la variedad de oferta de comidas diversas, es un factor de riesgo comprobado de ganancia de peso.

²⁵ Desde el momento en que el individuo cambia su estado de reposo por la actividad física se suceden una serie de modificaciones metabólicas, circulatorias y nerviosas que se relacionan con los requerimientos energéticos que implica trabajo muscular.

²⁶ El ejercicio físico produce movilización de los AGL de los depósitos grasos en relación con señales nerviosas, cambios en el estado hormonal y aumento del flujo sanguíneo al tejido adiposo.

descenso es sólo a costa de dietas rigurosas o fármacos. El ejercicio es un movilizador de la grasa abdominal y de la depositada en la parte superior del tronco, que se asocia con el grado de sensibilidad a la insulina. Para lograr beneficios, la AF debería generar al menos un gasto energético adicional diario de 200 Kcal. La mayoría de los trabajos coinciden en que los niveles de actividad física son menores en los obesos, el costo energético de una actividad dada es proporcional al peso corporal y, por lo tanto, es mayor en los individuos obesos. (Goldberg 1987)²⁷ Al respecto, se requiere aclarar las diferencias entre AF, ejercicio y entrenamiento: la actividad física cotidiana o habitual usualmente no permite generar cambios o adaptaciones a nivel de las células, los órganos o los sistemas corporales. El ejercicio físico es aquella actividad que puede o no estar dentro de los parámetros o umbrales con los efectos positivos para la salud. El entrenamiento físico es una actividad compuesta por ejercicios dosificados en volumen e intensidad que permiten mejorar los niveles de capacidad funcional del individuo (Braguinsky 1986).²⁸

La inclusión de los planes de AF en el tratamiento son de cumplimiento azaroso en el mediano, largo plazo y la deserción es alta. El profesional debe reforzar la motivación del paciente para la actividad física, ya que esta es esencial para la pérdida de peso en todos los pacientes (Wahren 1979).²⁹

En las personas obesas se deben manejar cargas de trabajo que mejoren la calidad de las estructuras acuerdo con los progresos que el paciente vaya experimentando con el fin de lograr un nivel de exigencia sostenido en el tiempo. Con ejercicio intenso en pacientes obesos lo recomendable sería indicar sesiones cortas y frecuentes. Los participantes en el deporte o las personas con sobrepeso se desalientan por los grandes esfuerzos que deben realizarse en otros deportes de resistencia. Por esta razón la caminata rápida ofrece a las personas con sobrepeso una oportunidad excelente para iniciar luego otras actividades que no las fatiguen en exceso. Un factor muy importante que influye sobre la adherencia y la motivación es que estas actividades se realicen en forma grupal, ya que la educación física atañe a tres aspectos: físicos en el GE, cambios fisiológicos, morfológicos; personal: aumento de la autoestima, aprendizaje motor a partir de la experiencia previa y social: la interacción humana también es un objetivo de la educación física (Blair 1999).³⁰

²⁷ Información acerca de la fisiología del ejercicio permite ver que los beneficios se logren únicamente cuando se mejora la condición física del sujeto, mientras que el gasto de energía por actividad permite acercarse al logro del balance energético.

²⁸ El ejercicio dosificado puede caracterizarse por ser de una actividad leve y corresponde a actividades por debajo del 35% de la capacidad aeróbica máxima.

²⁹ La actividad Física regular es la que se realiza, por lo menos, durante media hora con una intensidad moderada 4 veces por semana, además direcciona la pérdida de peso hacia la masa grasa y ahora masa magra que está siendo estimulada por el ejercicio.

³⁰ Para el adelgazamiento es necesario crear un balance calórico negativo. Si el requerimiento del individuo es 2500Kcal se debe lograr un plan de 1300Kcal. Sin embargo, con AF de apreciable intensidad el déficit energético es de algunos centenares de calorías.

En relación a los cambios asociados a la actividad física, puede señalarse insulina: en personas adultas con entrenamiento físico se observan niveles plasmáticos de insulina significativamente bajos. Está demostrado que con el comienzo mismo disminuyen los niveles de insulinemia, posiblemente a través del sistema adrenérgico. En paralelo, aumentan los niveles circulantes de catecolamina y somatotrofina (Van Baak 1998)³¹ Antes de empezar a trabajar se debe realizar una evaluación física inicial, por un médico clínico y cardiólogo, para conocer aquellas enfermedades que puedan impedir la realización de algún esfuerzo. Se puede comenzar trabajar en una silla sentados, por ejemplo, utilizando el propio peso del cuerpo, luego agregar bandas elásticas y/o pesitas, realizando ejercicios que fortalezcan la musculatura. El trabajo aeróbico es muy importante, como la caminata y la natación (Penutto 2007)³².

Con respecto al tema actividad física, se elaboran las Guías de Vida Activa (12), por el INTA en conjunto con la FAO constituidas por seis mensajes muy simples: caminar por lo menos 30 minutos al día; realizar ejercicios de estiramiento; recrearse haciendo ejercicio; realizar pausas activas en el trabajo a realizar, como ideal, 30 minutos de ejercicio físico más intenso, por lo menos tres veces a la semana y adecuar su intensidad al ritmo personal. (Castillo 1997)³³ Si bien estas estrategias están en pleno desarrollo, debería existir una política de Estado más agresiva respecto a la obesidad, cuyas consecuencias económicas, sociales y sanitarias pueden llegar a ser muy graves. Por ejemplo, hoy no existen o son mínimas las regulaciones sobre publicidad de alimentos y la restricción al consumo de alimentos poco saludables en las escuelas; no se han incorporado los materiales educativos en alimentación y nutrición en los programas de educación básica; no existe apoyo a las actividades de educación física en los establecimientos educacionales ni se controla adecuadamente el explosivo aumento del hábito de fumar en niños y jóvenes (2004).

³¹ Las catecolaminas pueden regular la captación periférica de glucosa, al modificar el flujo capilar sobre el músculo, y aumentar la gluconeogénesis y la lipólisis.

³² Es fundamental que el paciente modifique su conducta sedentaria e incorpore el ejercicio físico en la vida cotidiana. Para esto se debe elegir junto con el profesional la actividad a seguir, y será aquella que proporcione placer, seguridad y sobre todo continuidad.

³³ Este material educativo es para capacitar a los profesores y alumnos de tercero a octavo básico, se está introduciendo de manera gradual en escuelas de todo el país y el objetivo es que se incorporen a los programas curriculares del Ministerio de Educación.



Capítulo II

*Conductas y aspectos psicosociales
de la obesidad mórbida*

La obesidad mórbida es, por sus repercusiones en la calidad de vida, salud física y psicológica. La mayoría de los programas de intervención apuntan directamente a la disminución de la masa corporal excluyendo o ignorando dimensiones centrales en la enfermedad, depresión o ansiedad que propician el comer en exceso, así como la baja autoestima y pesimismo asociado a lo relevante de la dimensión corporal en la construcción de la identidad individual y social lo que vincula con una menor interacción social. Se ha observado también que la obesidad genera una enorme carga psicológica (Álvarez 1998)¹.

Muchas personas refieren que comen cuando están deprimidas y ansiosas, de manera que la ingesta de alimentos reduce ansiedades y depresiones. Se verificó que la génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de la vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores que pueden además estar asociadas a prejuicio y la discriminación (Braguinsky1995)² Se considera que el estudio y tratamiento multidisciplinar de la obesidad constituye el acercamiento más pertinente que permite abarcar la enfermedad en toda su complejidad.

Los tratamientos actuales no se centran sólo en la educación sobre nutrición o el aumento de la actividad física, sino también en la consideración y evaluación de aspectos psicológicos asociados, ya que estos precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, por lo que deben ser considerados si se pretende mantener un peso luego de haber alcanzado el ideal o deseable (Donini 2009)³ Son varios los métodos psicológicos que se usan para procesar y ayudar a perder peso, los que pueden ser realizados en forma individual y/o grupal. Estos tratamientos implican un cambio global del estilo de vida, puesto que los logros a largo plazo requieren modificación de actitudes, creencias y comportamientos acerca de la alimentación y actividad física. Todo ello supone un proceso activo, en el que la persona deberá hacer un esfuerzo considerable para cambiar hábitos perpetuados en el tiempo.

Uno de los enfoques terapéuticos a nivel psicológico, ampliamente utilizado es el Modelo Transteórico de motivación al cambio (Prochaska 1997)⁴ El modelo está fundado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tiene diversos niveles de motivación , de intención de cambio , siendo que este se presenta

¹ Las personas con obesidad tienen dificultades para contactarse adecuadamente con sus emociones. Esto implica limitaciones para el reconocimiento y posterior modulación afectiva, especialmente de estados emocionales negativos, favoreciendo conductas de sobrealimentación.

² Junto a la pérdida de peso estable, se espera que las personas que forman parte de programas multidisciplinarios para el tratamiento de la obesidad, puedan modificar factores psicológicos asociados al origen y mantenimiento de la enfermedad.

³ El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento.

⁴ Modelo descrito como un marco de intervenciones efectivas para promover los cambios de conductas en salud a partir de características específicas de los grupos a quienes están dirigidas las acciones.

como una secuencia de etapas estables, pero abiertas al cambio (Prochaska 1997)⁵ Se sostiene que en la mayoría de las personas, los cambios ocurren en forma gradual a través del tiempo y se pasa progresivamente por las siguientes “Etapas de Cambio”:

Cuadro N°2. Etapas de cambio.

Pre contemplación	La persona no está motivada, no hay cambio.
Contemplación	Hay pensamiento sobre posibles cambios en el comportamiento en un plazo definido, por ejemplo 30 días.
Preparación para la acción	Planificación activa para cambiar el comportamiento en un plazo definido, por ejemplo 30 días.
Acción	Desarrollo de nuevos comportamientos.
Mantenimiento	Mantención del comportamiento modificado por 6 meses o más
Terminación	Llegar a un cambio sostenible de confianza en sí mismo para no volver a las etapas anteriores.

Fuente: Cabrera (2000)⁶

Los instrumentos utilizados para la medición de estas etapas son el IDARE y el DASS, ambos son auto-aplicados. Esto nos entrega la experiencia de poder utilizar de manera psicoterapéutica y cualitativa los síntomas, como una forma de reflexionar sobre los cambios en la sintomatología percibiendo más de lo que experimenta y experimentar más que aquello a lo que atiende conscientemente, no sólo permite identificar la sintomatología, sino también operar como un criterio constante (Guidano 1987)⁷ La obesidad mórbida no parece estar asociada a un trastorno psiquiátrico concreto, aunque si observamos un alto porcentaje de obesos mórbidos con grados de personalidad dependiente y obsesivo-compulsivo. Hay que señalar que el rasgo de personalidad dependiente se manifiesta principalmente en aquellas personas que inician la enfermedad en la adultez, por lo tanto, tienen que adaptarse, ya de mayores, a una nueva vida llena de limitaciones físicas y problemas psicológicos que antes desconocían. Las personas con obesidad mórbida más insatisfechas con su vida son aquellas que presentan problemas para establecer relaciones

⁵ Estos autores plantean que intervenciones no orientadas según estas etapas, los grupos permanecerán estancados, sin motivación, ni intención de participar en las intervenciones o grupos ofrecidos.

⁶ Este modelo de motivación en espiral propone que los individuos pueden avanzar y retroceder en estas etapas de cambio antes de alcanzarlo.

⁷ En el IDARE la forma de respuesta es de tipo Likert, que oscila entre 0 y 4 en ambas subescalas En el DASS se encuentra organizado en tres factores que corresponden a las dimensiones señaladas: depresión, ansiedad y estrés.

positivas con los demás. Se considera de vital importancia que se desarrollen planes de intervención integral que comprendan tratamientos psicológicos paralelos a la intervención médica (Lorence 2008)⁸ El obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer problemas de inferioridad, ser pasivo dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado. Diversos estudios han tratado de identificar un tipo de personalidad del obeso que, si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico, estos sufren, con gran frecuencia diversos trastornos psicológicos respecto de los sujetos no obesos. En aquellos individuos donde la psicogénesis predomina por encima de los factores constitucionales, biológicos, existiría un trastorno de la personalidad. La consecuencia de esto es el comer como respuesta a las emociones más diversas (Vázquez 2003)⁹ El obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer problemas de inferioridad, ser pasivo, dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado. Diversos estudios psicológicos han tratado de identificar un tipo de personalidad del obeso que, si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico, estos sufren con gran frecuencia diversos trastornos psicológicos respecto de los sujetos no obesos. En aquellos individuos donde la psicogénesis predomina por encima de los factores constitucionales, biológicos, existiría trastorno de la personalidad. La consecuencia de esto es el comer como respuesta a las emociones más diversas (Vázquez 2003)¹⁰ Una de las alteraciones psicológicas más frecuentes son: imagen corporal distorsionada: es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente a la apariencia real. Se la define como la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y es sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas (Slade 1994)¹¹ La otra alteración más frecuente es el atracón alimentario o Binge Eating: es un trastorno alimentario que se caracteriza por descontrol alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia nerviosa: como la autoinducción al vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno, entre otros. La persona afectada ingiere gran cantidad de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre que se come y cuanto se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo, desesperación de no

⁸ El inicio de la enfermedad parece ser una variable muy importante, y que debe ser tenida en cuenta para prever la adherencia al tratamiento de una persona. Existe una alta probabilidad de que este modelo de intervención de carácter interdisciplinar permita agilizar la recuperación del paciente y evitar posibles recaídas.

⁹ Si se buscan factores comunes en las distintas personalidades se encuentran construcciones subjetivas semejantes a la de los adictos y sufrientes de enfermedades crónicas por lo que se habla de personalidad adictiva.

¹⁰ Si se buscan factores comunes en las distintas personalidades se encuentran construcciones subjetivas semejantes a la de los adictos y sufrientes de enfermedades crónicas por lo que se habla de personalidad adictiva.

¹¹ La imagen corporal se define como representación consciente e inconsciente del propio cuerpo se realiza a través de tres registros: forma, contenido y significado.

poderse controlar, finalmente repercute sobre la idea de figura corporal afectando la disminuida autoestima (Mc Reynolds 1982).¹²

Las causas pueden ser restricción alimentaria: teniendo como factor interviniente la pérdida de peso, factores psicológicos como depresión: su presencia es mayor en este grupo de pacientes, ansiedad: angustia, aburrimiento podrán desencadenar el descontrol alimentario, trastornos obsesivo-compulsivo, TOC, del cual no se ha encontrado un aumento de la prevalencia entre SDA: síndrome de déficit de atención y conductas de gratificación alimentaria o conducta adictiva (Bruch 1973)¹³ Otros conflictos psicológicos ponen por ejemplo el valor simbólico y emocional por estar, muchos de ellos, asociados en nuestro cerebro a recuerdos buenos o malos, situaciones a personas, etapas de la vida, entre otros (Chandler 2002)¹⁴ El miedo a estar delgado también está dentro de estos conflictos, es una asociación entre perder peso, la delgadez y el sentir hambre, la enfermedad, el miedo y hasta la muerte. Son personas que suelen tener cierta tendencia a acaparar alimentos, tener una exagerada reserva de comida en su hogar a consumir cuanto se les ponga en el plato, ya que dejar comida en el plato o tirarla significa malestar. Otro miedo ocurre en los hombres, se da en la curiosa asociación que dificulta adelgazar cuando el médico así lo recomienda, o similar (Ravenna 2004).¹⁵

Una de las características de algunos pacientes con obesidad, es la percepción del cuerpo como impuro; permiten que su peso se incremente a tal grado que pierden la forma de su cuerpo femenino, con lo que se protegen de distintas amenazas. El sujeto ha recibido y recibe señales ambivalentes: el cuerpo es malo y bueno, hay que cuidarlo, hay que castigarlo es enemigo, es aliado, es hermoso, es horrible. La obesidad constituye uno de los principales estigmas sociales, disminuyendo las oportunidades de empleo y educación con el consiguiente costo psicológico individual (Lazarevich 2003)¹⁶ Se mantuvo por muchos años la teoría de los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de comer. La sobre ingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso para disminuir la ansiedad, pero todavía no es clara la relación entre obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias. La importancia de los factores psicológicos y el tratamiento de la obesidad son claros, los profesionales deben proveer de apoyo, información, educación, fortalecimiento y facilitación

¹² El atracón alimentario aparece principalmente en personas obesas en tratamiento en un porcentaje mayor a los obesos sin tratamiento.

¹³ Estos pacientes tendrían un mayor porcentaje de alteraciones psicológicas y prevalencia de enfermedades psiquiátricas particularmente trastornos afectivos.

¹⁴ El simbolismo del que está cargados algunos alimentos se da de manera individual para cada persona no pudiendo extrapolar nunca el significado que tiene una comida para una persona u otra.

¹⁵ Para ellos de forma no muy consciente se da de la siguiente igualdad: estar más delgado es igual a estar menos fuerte igual a ser menos viril igual potencia eréctil.

¹⁶ Los problemas psicopatológicos y psiquiátricos que acompañan la obesidad se pueden considerar factores causales, complicaciones o enfermedades intercurrentes.

de catarsis y expresión de conflictos por parte del paciente (Wadden 1999) Es posible considerar la obesidad como una manifestación de neurosis, con sus componentes depresogénicos, ansiedad y culpa. No existe una claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que es necesario abordar este problema psicológicamente con un enfoque que considere en la mantención de la obesidad variables cognitivas: creencias, variables ambientales: costumbres, hábitos familiares entre otros. Debe realizarse una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso (Wilson 1980).¹⁷

Un aspecto importante es considerar que los pacientes obesos tienden a subestimar la ingesta calórica real en comparación con las personas normales por lo que los controles deben ser mas acuciosos, incluyendo los registros cotidianos de ingesta, el ayudar al paciente a llenar los registros en la misma consulta puede ser de utilidad para mostrarle como su ingesta es mayor que lo que pensaban (Wadden 1995)¹⁸ El tratamiento de los trastornos afectivo: depresión y ansiedad, en pacientes obesos es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tendrá mayor dificultad para bajar de peso (Foreyt 1980)¹⁹ Respecto del tratamiento, se plantea que la pérdida de peso lograda exclusivamente a través del seguimiento de dietas hipocalóricas muestra un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento como por la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta. Es imprescindible la introducción de distintas técnicas cognitivo-conductuales: reestructuración cognitiva busca cambiar los pensamientos negativos o irracionales por pensamientos positivos o racionales, en la técnica autocontrol y autoestima, se trata de que la persona adquiera suficiente fuerza de voluntad para poder controlarse ante diferentes estímulos relacionados con el alimento (Álvarez 1998).²⁰

En cuanto a las técnicas cognitivos – conductuales: la reestructuración cognitiva: busca cambiar los pensamientos negativos o irracionales por pensamientos positivos o racionales, en la técnica autocontrol y autoestima se trata de que la persona adquiera suficiente fuerza de voluntad para poder controlarse antes diferentes estímulos relacionados con el alimento

¹⁷ El tratamiento integral debe facilitarle no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y estilo de vida, sino herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno que lo ayude a obtener resultados óptimos y confianza para enfrentar posibles situaciones de recaída.

¹⁸ El rol del psiquiatra puede ser desde efectuar el tratamiento hasta colaborar con un equipo especializado en seleccionar pacientes adecuados para realizar el tratamiento o cirugía.

¹⁹ Los pacientes con trastornos psicóticos crónicos son malos candidatos para cirugía, así como también aquellos que posee una historia de abuso y/o dependencia de alcohol o drogas no tratada.

²⁰ Las Técnicas cognitivo-conductuales se han usado como apoyo al cambio de hábitos alimenticios. Utilizando técnicas de relajación autocontrol reestructuración cognitiva.

(Golberg 2004)²¹ Es conocido que con tratamiento médico interdisciplinario en los pacientes con obesidad en obesidad mórbida (WHO 1997).²²

Antes de la cirugía, el planeamiento alimentario no debe apartarse de las recomendaciones generales de una alimentación hipocalórica estándar indicada para los pacientes obesos para que no continúen ganando peso, se ha observado que los obesos que no reciben una atención médica educacional continuada pueden ganar entre 10 - 30 kg antes de la cirugía. Para reducir posibles complicaciones médico quirúrgicas asociadas al exceso de peso, la periodicidad de las consultas debe mantenerse hasta mismo momento de la cirugía para conseguir que el paciente pierda peso dentro de lo posible. Aproximadamente el 80-90% de los pacientes con obesidad mórbida presentan esteatosis hepática; de éstos cerca del 30% muestran signos de inflamación, compatible con una esteatohepatitis no alcohólica (Rojas 2006)²³ Se ha observado que el tratamiento con dietas de muy bajo contenido calórico a base de productos comerciales hipocalóricos e hiperproteicos, se consigue reducir de manera ostensible el tamaño del volumen hepático y la grasa visceral permitiendo que la cirugía sea menos costosa de realizar . En general los estudios muestran que la cirugía bariátrica mejora la calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento psicosocial de los pacientes sometidos a este procedimiento. Sin embargo, cabe resaltar que, debido a la gran expectativa de los pacientes con respecto a los resultados del procedimiento, puede haber respuestas psicológicas poco favorables a la hora de enfrentarse con los efectos secundarios de éste, pues implican cambios de la vida y hábitos que el paciente poco asesorado desconoce (Malinowski 2006)²⁴. Cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad debe ir más allá que la reducción de peso. Es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de hábitos de alimentación y de factores psicológicos que permitan una mejor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante su problema.

El programa de aplicación grupal se divide en tres fases: en primer lugar, evaluación pre tratamiento, luego el tratamiento y finalmente pos tratamiento. (Agras 1981)²⁵ Partiendo

²¹ Reestructuración cognitiva: por ejemplo: ¿qué voy a hacer cuando llegue a mi peso meta? (voy a comprarme ropa más atractiva). Autocontrol y autoestima: por ejemplo: si voy por el buen camino, ¿por qué desistir ahora?

²² La cirugía bariátrica ha demostrado una reducción significativa y perdurable del exceso de peso y de las comorbilidades siendo una terapia efectiva para tratar la obesidad mórbida y las enfermedades crónicas asociadas.

²³ En los procedimientos laparoscópicos, el gran tamaño del hígado dificulta tanto la visualización del campo operatorio, como las maniobras de acceso a la zona de unión.

²⁴ Las secuelas del cambio físico como piel sobrante, vómitos, cambios por deficiencia nutricional (caída del pelo y cambios cutáneos) pueden tener un impacto desfavorable en la salud mental de los pacientes.

²⁵ Pre tratamiento: se evalúan tres aspectos: hábitos alimenticios, niveles de ansiedad y peso; tratamiento: se centra en el aprendizaje de una serie de técnicas cognitivo conductuales; y el pos tratamiento: se evalúan cambios producidos tras la fase de tratamiento.

de una buena educación en nutrición con el manejo de tablas de calorías de alimentos se pretende que el paciente obeso sea capaz de elaborar programaciones personales de su dieta. En el aprendizaje de elaboración de menús se hace énfasis en el tipo de alimento consumido y forma de preparación, es importante que el paciente no pase hambre ni esté sometido a constante pesaje de alimentos, que son factores que inciden de forma muy directa en el abandono de cualquier esfuerzo para perder peso (Bruce 1996)²⁶ El entrenamiento de habilidades sociales también es muy importante y tiene como objetivo central dotar a los pacientes del grupo de habilidades asertivas para la consecución de sus metas, por ejemplo: aprender a comer en situaciones sociales, pedir menús hipocalóricos, rechazar alimentos, aprender a decir NO, responder a las críticas, responder a un cumplido, entre otros (Kaplan 1995)²⁷ La actividad física también es otro factor importante a tener en cuenta y el papel que cumple el entrenador en el mismo. Son muchos los pacientes obesos que rehúyen inicialmente de la realización de la actividad física en lugares públicos como gimnasios por problema de imagen. Por otra parte, el paciente obeso presenta numerosas limitaciones físicas que le impiden sumarse a programas convencionales de ejercicios.

La monitorización personalizada ofrece las ventajas de motivar y obligar al paciente, hacerle consciente de sus posibilidades, evitar lesiones y obviar el impacto del inicio del programa de un ambiente extraño (Cole 1993)²⁸ En cuanto a la intensidad óptima del ejercicio se cree que lo ideal es la combinación de ejercicios aeróbicos y anaeróbicos es buena (Tremblay 1994)²⁹ Los investigadores consideran importante las variables psicosociales relacionados con el tratamiento y evolución de esta patología. La consideración social de la obesidad ha provocado una evidente estigmatización de sus portadores lo que ha derivado en diversos prejuicios. A menudo se traducen en discriminación, aislamiento social, depresión, incapacidad para realizar tareas deseadas, insatisfacción corporal, baja autoestima entre otras (Elizagarate 2001).³⁰

Los trastornos psiquiátricos aumentan la probabilidad de que estos pacientes sean más refractarios a los tratamientos para perder peso. Debido a la alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica y de intenso malestar psicológico en paciente que consultan para la cirugía de obesidad se debe realizar evaluación previa para determinar si el paciente es

²⁶ Es importante que el paciente se implique de forma activa en su tratamiento. Para lograrlo se utilizan técnicas de autocontrol y relajación.

²⁷ Con el ensayo conductual de Role-Playing se pretende que el paciente practique y ensaye las conductas que anteriormente fueron llevadas a cabo por los terapeutas.

²⁸ Respecto al momento óptimo de intervención del entrenador personal, estimamos que ha de ser antes de la cirugía por los cambios que deben generarse en forma progresiva y estimar el grado de motivación que tiene el paciente.

²⁹ El sedentarismo enfermedad del siglo XXI, es el factor fundamental en la propagación de la epidemia de obesidad.

³⁰ Se ha reportado que obesos que buscan intervención médica en centros de salud, tienen mayor tendencia a presentar historia de ansiedad y depresión, que individuos que siguen programas dietéticos o controles para peso normal.

candidato para dicha cirugía. Esta valoración persigue descartar la patología psiquiátrica concomitante a la obesidad, valorar la motivación y expectativas del paciente en torno a la cirugía y evaluar el entorno socio-familiar del paciente que pueda comprometer el éxito de la cirugía (Guisado 2002)³¹ El programa debe considerar que además del abordaje del malestar psicológico, el paciente obeso deberá realizar cambios de hábitos de alimentación para los cuales la mera apelación a la fuerza de voluntad no será suficiente. Gol clasificó tres mecanismos de patrón alimentario asociado al ajuste emocional que pueden observarse en la obesidad: la actividad oral: comer, funciona como mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; el hambre: reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira; comer actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social. (Lindsay 2002)³². Se habla de una socioenfermedad apoyándose en su desigual distribución: a un nivel bajo de educación y aun acceso más limitado a la información reducen la capacidad para elegir con conocimiento de causa (Le Guen 2005).³³

Las dietas tradicionales han sido reemplazadas por otras con mayor densidad energética combinado con la reducción de actividad física. La comida mala es demasiado fácil y barata como para no sucumbir a la tentación de encargarse algo rápido y evitarse las colas de los mercados, dinero y tiempo de preparación. Los problemas de salud relacionados con la alimentación adoptan un importantísimo carácter cultural que lleva a calificar a las sociedades modernas de obesogénicas o entornos tóxicos (Contreras 2010).³⁴

Los problemas de salud relacionados con la alimentación se conciben como globales y multifactoriales, exigen una respuesta unánime coordinada por los agentes que incluyen la industria alimentaria, el sector de la publicidad, la comunidad educativa, las diferentes administraciones y los propios padres. Se pone más énfasis en que los ciudadanos adquieran información nutricional a que se creen medidas que disminuyan las desigualdades sociales. Todas las guías alimentarias insisten en lo mismo: los hábitos alimentarios se inician a los tres o cuatro años y se establecen a partir de los once años con una tendencia consolidarse a lo largo de toda la vida (Badesvant 2004)³⁵ Se deben hacer intervenciones diferenciadas según diferentes edades de la vida, objetivar las acciones

³¹ Se utiliza entrevista estructurada que permite consignar dichas variables, así como instrumentos que respalden y amplíen la evaluación clínica.

³² Por este motivo se debe considerar no sólo un abordaje nutricional y /o quirúrgico, sino también psicológico, mediante técnicas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas que apuntan a la reestructuración de hábitos, patrón alimentario y apoyo emocional.

³³ En la mayoría de los países, la obesidad afecta a las poblaciones con menos recursos socioeconómicos y según en qué lugares y grupos de edad, más a las mujeres que a los hombres.

³⁴ Será necesario un esfuerzo continuo durante muchos años, se trata de formar ciudadanos con una más clara capacidad de elección y abordar reformas estructurales en los territorios urbanos que faciliten las prácticas deportivas.

³⁵ La familia como primera transmisora debe tener conocimientos básicos sobre alimentación saludable

sobre las poblaciones desfavorecidas a partir de tener en cuenta redes sociales a las acciones de educación para la salud y mejorar la ayuda alimentaria aportada a las personas en situación de precariedad. Se busca que el individuo sano o enfermo modifique su conducta por el convencimiento de que hay una racionalidad científica que lo puede ayudar. Se vivencia una enfermedad transnacional que podrá evitarse aprendiendo a comer bien y/o aumentando la actividad física.

Las exigencias diarias de la mayoría de las personas no permiten un régimen nutricional más saludable (Barquera 2006)³⁶ La alimentación como proceso humano básico, se complejiza al ser parte de la vida cotidiana, además las personas que se alimentan tienen grandes influencias de la experiencia y aprendizaje durante los primeros años de vida por lo cual resulta inalcanzable concretar su adquisición.

Los hábitos son comportamientos que se repiten con frecuencia en el tiempo y en ambientes similares pero van mucho más allá de una simple repetición de conductas, implican una secuencia aprendida de actos que han sido reforzados tras el paso del tiempo a través de experiencias gratificantes internas o brindadas por el medio ambiente dando lugar a un comportamiento que está más allá de la conciencia y que se activa automáticamente por señales específicas, incluyen más que ingerir alimentos, implican una sucesión de hechos y pensamientos que si bien culminan en el momento de la ingesta, tiene una serie de antecedentes que llevan a ese desenlace: la selección y compra de ingredientes, la preparación culinaria, la cantidad y frecuencia con que ingiere (Aguilar 2014)³⁷ Considerando que los hábitos se presentan en circunstancias ordinarias, las actividades que se enfocan en su modificación tienen dos posibles alternativas: modificar los estímulos ambientales o inhibir la respuesta habitual, el punto de partida es la toma de conciencia del hábito y los estímulos ambientales que lo evocan ya que sólo es posible detenerlo después de la visualización. El desarrollo de hábitos saludables requiere la repetición de la conducta a lo largo del tiempo y mucha voluntad del sujeto para mantenerse en la emisión de las mismas antes de que estas se automaticen (Azizi 2013)³⁸ Pese a la complejidad de su modificación, la comprensión de las características de los hábitos permite dirigir más eficazmente las intervenciones enfocadas a la prevención de la salud y de las enfermedades. El comportamiento habitual de un sujeto es un fuerte predictor del

³⁶ Para cambiar la dieta, es necesario cambiar la vida, lo cual puede ser imposible para algunas personas.

³⁷ Repetir una conducta a lo largo del tiempo y en las mismas condiciones ambientales lleva a que esta se automaticen respondiendo el estímulo contextual.

³⁸ Repetir una conducta a lo largo del tiempo y en las mismas condiciones ambientales lleva a que ésta se automaticen respondiendo el estímulo contextual.

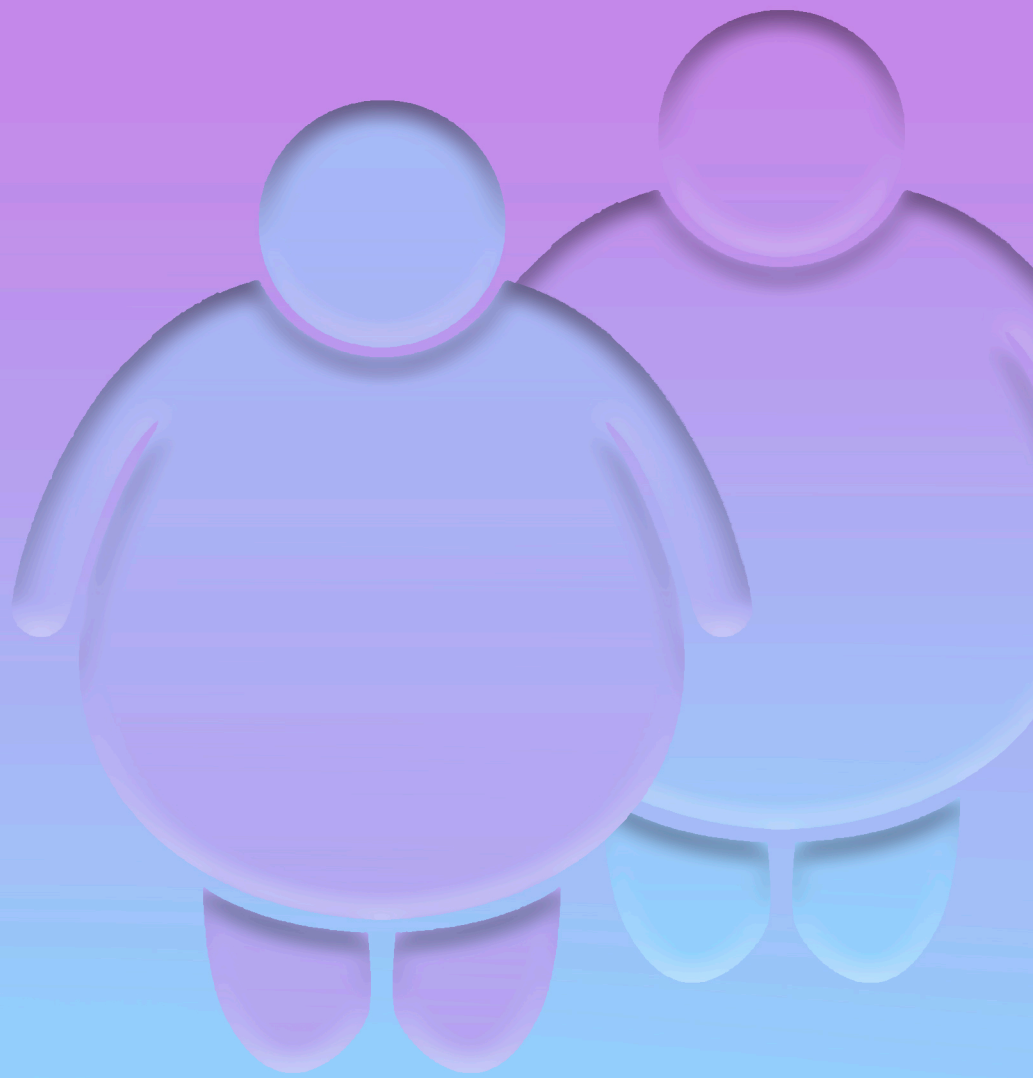
comportamiento futuro, por lo cual, es importante realizar intervenciones para evitar la aparición del comportamiento habitual (Dhaliwal 2013).³⁹

El nivel de conocimiento relacionado con la alimentación y nutrición es un importante determinante de los hábitos de consumo alimentario a nivel individual, es lógico pensar que cuanto mayor sea la información en nutrición del individuo, mejores serán sus hábitos alimentarios. Sin embargo, estudios epidemiológicos muestran que, aunque en ocasiones la población está informada y conoce alimentos que formen parte de una dieta saludable, no se traducen en consumos reales de alimentos que formen parte de una dieta saludable, no se ponen en práctica los conceptos aprendidos (Stroebele 2004)⁴⁰ Una vez reconocido el cambio, son las preferencias personales, la mayoría de las personas asocia una dieta sana a una dieta monótona insípida e insuficiente. Los consumidores no creen que la falta de información sobre importancia de una alimentación sana pueda considerarse una de las principales barreras para el cambio de hábitos alimentarios, aunque de hecho si lo sea, no es fácil lograr el cambio de hábitos porque implica alterar costumbres que se han ido estableciendo a lo largo de los años, mantener este cambio es aún más difícil y requiere motivación, control sobre nuestro comportamiento y apoyo social (Kearney 1997)⁴¹ .

³⁹ La evidencia del éxito de las intervenciones se dará en la medida en que, aparejado con el establecimiento de objetivos, se instaure también méca

⁴⁰ La adquisición de conocimientos se considera positiva en la medida en que repercute y refuerza la práctica alimentaria correcta a través de buenas actitudes hacia la alimentación saludable.

⁴¹ Personas muy motivadas que han adoptado una dieta equilibrada debido a problemas de salud, vuelve a sus antiguos hábitos a causa de las dificultades con las que se encuentran.



Diseño Metodológico

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo en pacientes que concurren a su primera entrevista, está dirigido a evaluar el nivel de ansiedad, depresión y conductas alimentarias de los pacientes con IMC 40 previo a la cirugía bariátrica que asisten a centros de asistencia públicos y privados de Salud de la ciudad de Mar del Plata. El universo o población son pacientes adultos de los centros asistenciales públicos y privados de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2015. Las unidades de análisis son cada paciente adulto encuestado de los centros asistenciales públicos y privados de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2015 con una muestra no probabilística por conveniencia de 30 pacientes.

***Sexo:**

Definición conceptual: Condición orgánica del ser. Masculino o femenino.

Definición operacional: Condición orgánica del ser. Masculino o femenino. Los datos del sexo se obtienen en la entrevista con el paciente.

***Edad:**

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de las/los pacientes adultos.

Definición operacional: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de los/las pacientes adultas. Los valores de la edad cumplida se obtienen en la entrevista con el paciente.

***IMC:**

Definición conceptual: Indicador que permite relacionar el peso actual con la talla al cuadrado. Determina una fiel correlación entre la altura y masa grasa de un individuo.

Definición operacional: Indicador que permite relacionar el peso actual con la talla al cuadrado. Determina una fiel correlación entre la altura y masa grasa de un individuo. Los valores del peso y la talla se obtienen de la entrevista con el paciente y se considera para determinar grado de sobrepeso u obesidad.

***Conductas alimentarias:**

Definición conceptual: Comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, selección de alimentos que ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

Definición operacional: Comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, selección de alimentos que ingieren, las preparaciones culinarias y las

cantidades ingeridas de ellos. Se evaluarán las conductas alimentarias en la entrevista con el paciente completando un cuestionario auto-administrado.

***Nivel de ansiedad:**

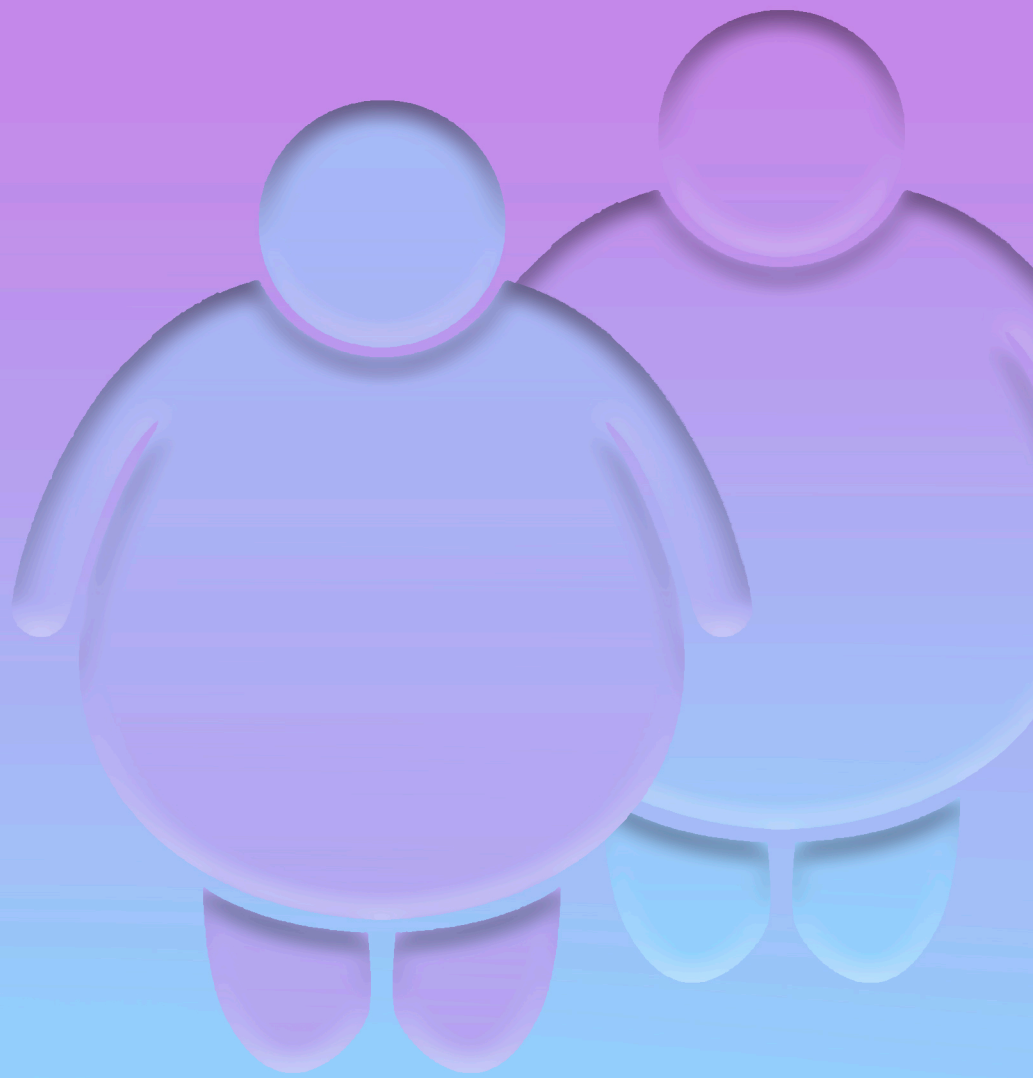
Definición conceptual: Rasgo de personalidad ansiosa.

Definición operacional: Rasgo de personalidad ansiosa. El nivel de ansiedad será evaluado en la entrevista con el paciente completando un formulario un formulario auto-administrado. Los puntos que se evaluarán son: preocupación, pensamientos negativos sobre uno mismo, inseguridad, temor a que notes los demás la ansiedad y lo que piense e ello, molestias en el estómago, sudor, temblor, tensión, palpitaciones movimientos repetitivos, vicios en exceso y evitación de situaciones.

***Síntomas de depresión:**

Definición conceptual: Trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno

Definición operacional: Trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno. Los síntomas de depresión serán medidos durante la entrevista con el paciente. Completando un formulario auto- administrado. Los puntos a evaluar son: nivel de energía, desinterés por las cosas, confianza en sí mismo, desesperanza, grado de concentración, pérdida de peso, tiempos de sueño, enlentecimiento de las acciones, estado de ánimo.



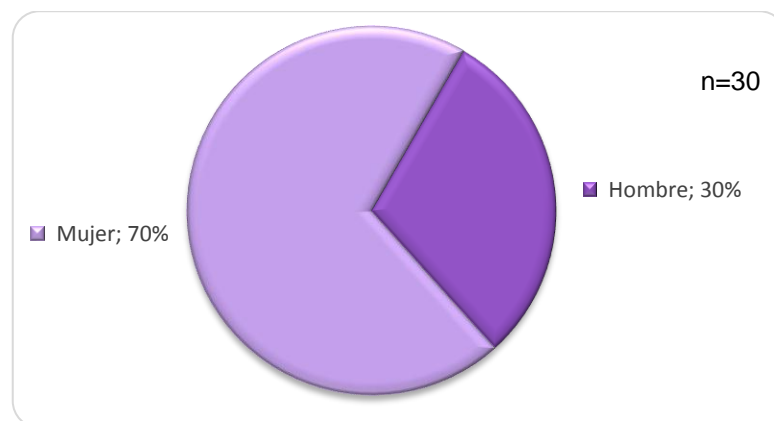
Análisis de Datos

Para la presente investigación se llevó a cabo un trabajo de campo cuyo objetivo era determinar la relación del nivel de ansiedad, depresión y conductas alimentarias de los pacientes con IMC 40 previo a la cirugía bariátrica, se evaluaron a 30 pacientes que asisten a centros de asistencia públicos y privados de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de abril del 2016. Se realiza a través de la muestra tres cuestionarios auto realizados, donde se busca evaluar, el nivel de ansiedad, depresión y conductas alimentarias con el que se pueden determinar los hábitos alimentarios que presenta el paciente al momento de realizar la primera consulta previa a la cirugía. También se incluyen en dicho cuestionario características demográficas como sexo, edad y la profesión.

En la primera consulta además se realizaron mediciones de peso, talla y circunferencia de cintura para determinar el estado Nutricional.

En la primera instancia se detalla la distribución por sexo de la muestra estudiada:

Gráfico N° 1. Distribución por sexo

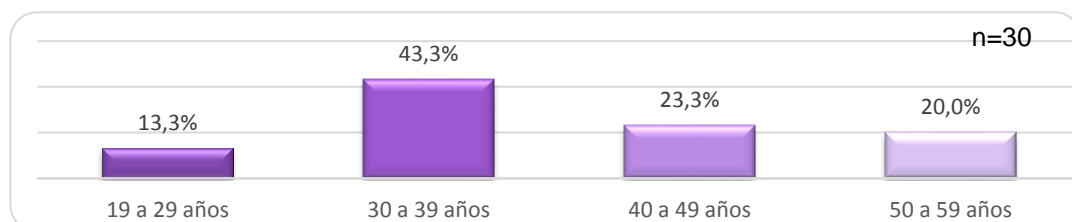


Fuente: Elaboración propia.

Respecto al sexo de los encuestados se puede observar una prevalencia del sexo femenino con un 70% respecto al masculino con el 30% restante.

Seguidamente se refleja la distribución según edad.

Gráfico N° 2. Distribución según edades de la muestra estudiada



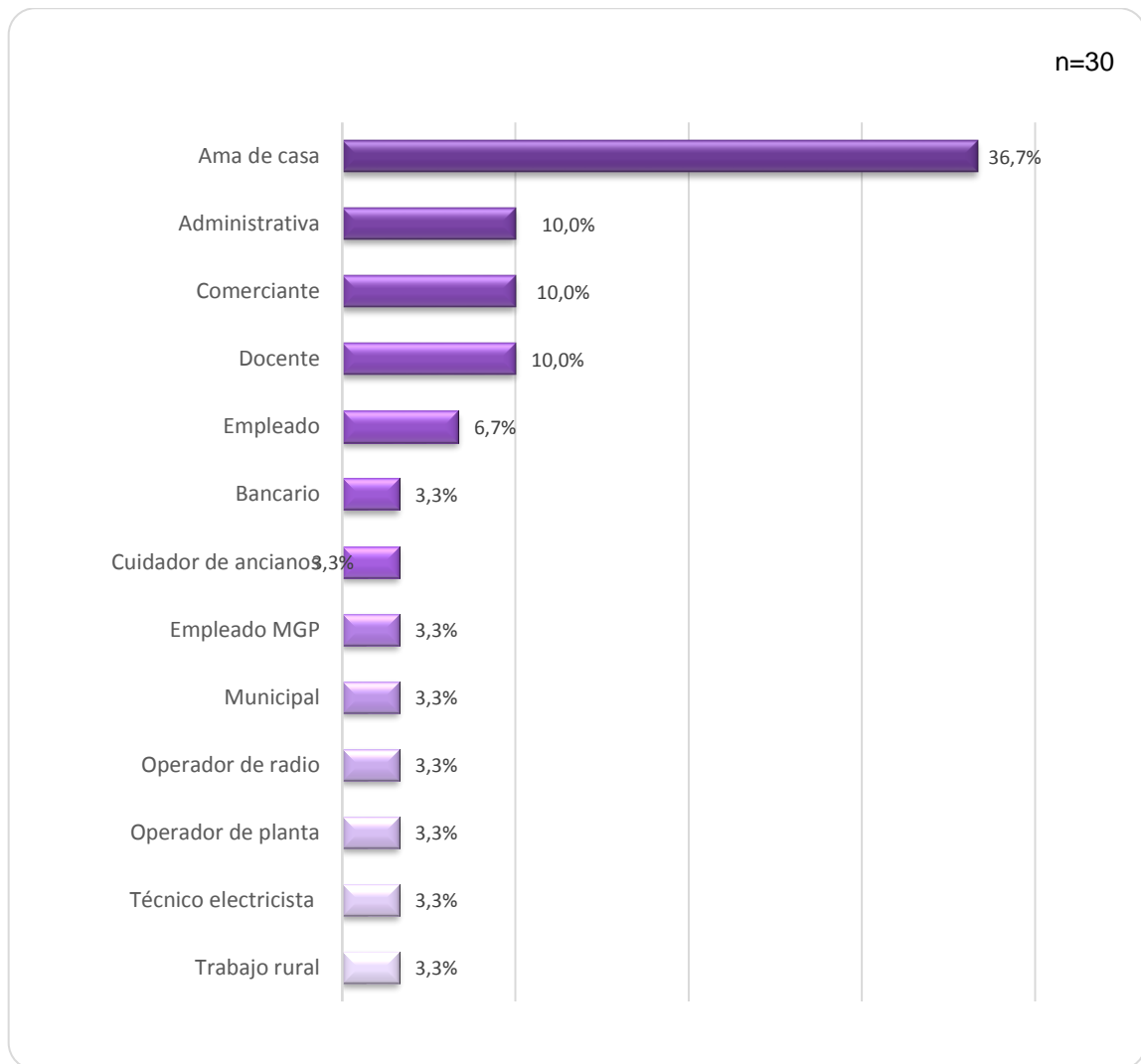
Fuente: Elaboración propia.

Anteriormente en la distribución según edades de la muestra estudiada. Los cuestionarios fueron entregados para auto completar a los pacientes que concurren a la

primera entrevista previa a la cirugía. La edad máxima fue de 59 años, se puede observar que la mayor parte de la muestra estuvo comprendida por adultos entre 30 y 39 años, luego le siguen adultos entre 40 y 49 años y con muy poca diferencia en cuanto al porcentaje pacientes de 50 a 59 años y en menor medida jóvenes - adolescentes de 19 a 29 años.

Se presenta el gráfico de distribución según la profesión.

Gráfico Nº 3. Distribución según la profesión



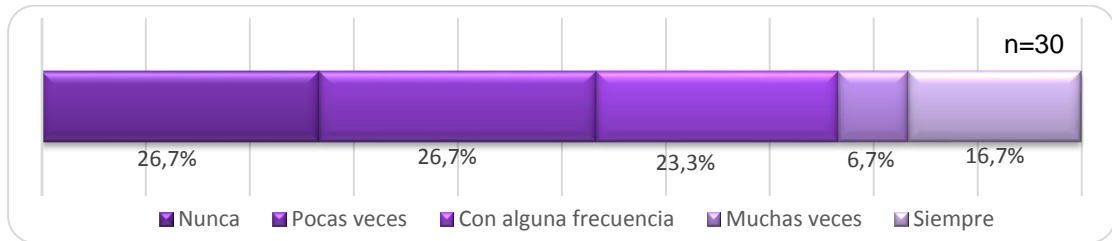
Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que la mayor parte de los pacientes de sexo femenino son amas de casa con un 36.7% de la muestra, luego le siguen administrativos, comerciantes y docentes de ambos sexos con el 10% empleados con un 6.7% y en menor medida profesiones diversas como Bancarios, cuidador de ancianos, empleados municipales, operador de radio y de planta técnicos electricistas y con trabajo rural, conformando un 3.3% de la muestra respectivamente.

A continuación, se muestran los gráficos del análisis descriptivo de las conductas alimentarias.

En primer lugar, se presenta el gráfico sobre utilización del aceite en la cocción.

Gráfico N° 4. Cantidad mínima de aceite al cocinar



Fuente: Elaboración propia.

En este gráfico el mayor porcentaje de pacientes nunca o con poca frecuencia utiliza cantidad mínima de aceite para cocinar mientras que el porcentaje que abarca un 23.3% lo hace con alguna frecuencia y en menor medida de 6 a 16.7% muchas veces y siempre usan cantidad mínima de aceite al cocinar.

Se presenta el gráfico sobre toma de conciencia de las calorías.

Gráfico N° 5. Conciencia sobre calorías



Fuente: Elaboración propia.

La mayor parte de los pacientes no es consciente de las calorías consumidas durante del día, siendo el 43% de la muestra representativo de ello, le sigue un 36,7% que pocas veces toma conciencia y porcentajes mínimos desde un 3 a un 6.7% siempre, muchas veces y con alguna frecuencia respectivamente.

A continuación, se visualiza el gráfico sobre picoteo de alimentos de bajas calorías.

Gráfico N° 6. Picoteo de alimentos bajos en calorías

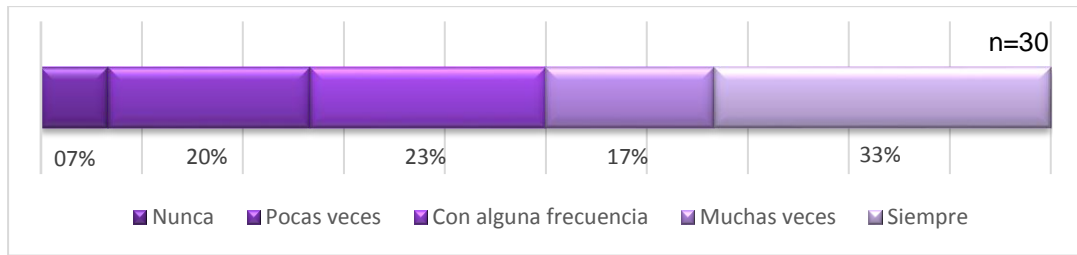


Fuente: Elaboración propia.

El mayor porcentaje se encuentra en aquellos pacientes que picotean alimentos de bajas calorías con alguna frecuencia, le siguen aquellos que lo hacen pocas veces, nunca y siempre respectivamente donde se observa el menor porcentaje.

A continuación, se muestra el gráfico de frecuencia de consumo de verduras

Gráfico N° 7. Frecuencia de consumo de verduras

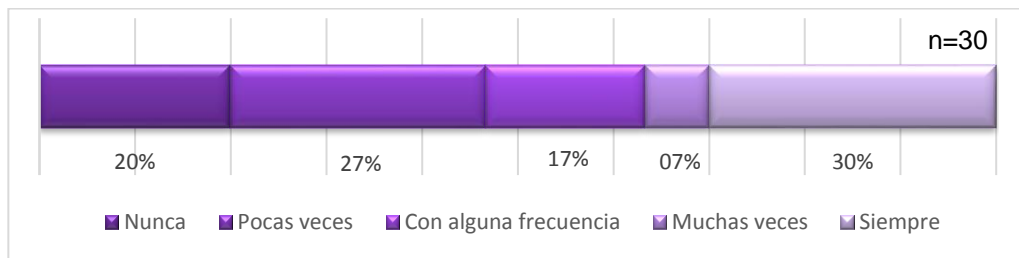


Fuente: Elaboración propia.

Respecto a éste gráfico se puede verificar que el mayor porcentaje que abarca un 43.3%, al picar, toma alimentos bajos en calorías, pocas veces en un 33.3%, nunca 16.7% y muchas veces y siempre de un 3.3% a un 3% respectivamente.

Se muestra el gráfico de consumo de lácteos descremados.

Gráfico N° 8. Consumo de lácteos descremados

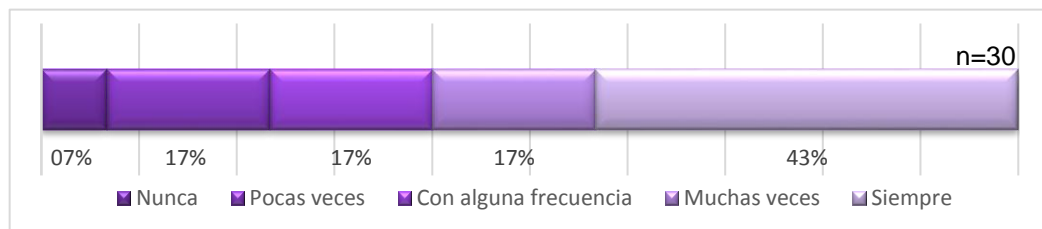


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al consumo de lácteos descremados de la muestra de 30 pacientes, el porcentaje más alto es de 30.0%, pocas veces con un 26.7%, nunca un 20.0%, pocas veces, está dado por un porcentaje de 26.7%, con alguna frecuencia 16.7% y muchas veces un 6.7%.

Se presenta el gráfico de consumo de carne y pescado a la plancha o al horno.

Gráfico N° 9. Consumo de carne y pescado al horno o a la plancha.

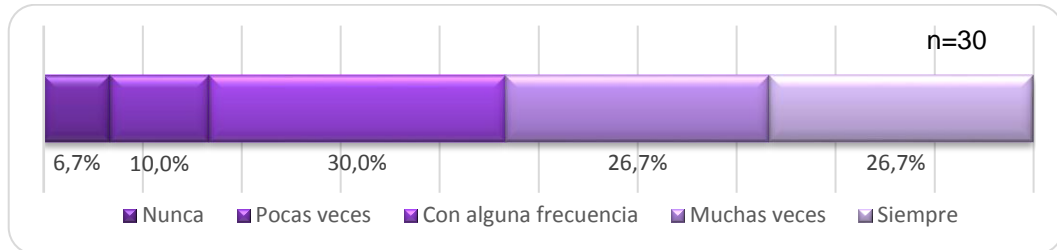


Fuente: Elaboración propia.

De la muestra el mayor porcentaje de los pacientes que consumen carne a la plancha o al horno, el 43.3% lo hace siempre, y coinciden en igual porcentaje 16.7% los que lo hacen muchas veces, con alguna frecuencia y pocas veces respectivamente y con un porcentaje del 6.7% los que no lo hacen nunca.

A continuación, el gráfico de consumo de alimentos frescos en vez de platos precocinados.

Gráfico N° 10. Consumo de alimentos frescos en vez de pre cocinados

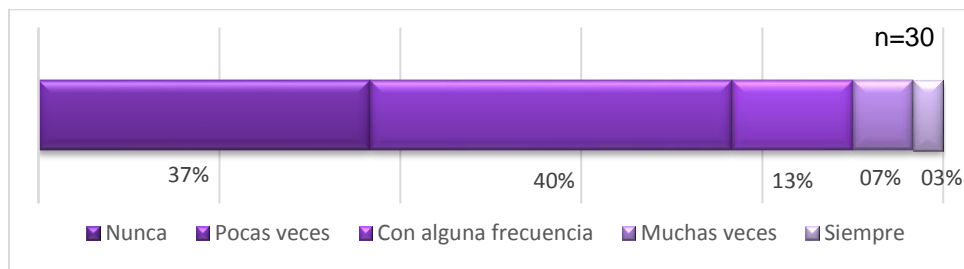


Fuente: Elaboración propia.

De los pacientes que toman alimentos frescos en vez de platos pre-cocinados, el mayor porcentaje está dado por aquellos que siempre toman alimentos frescos con un porcentaje de 26.7%.

A continuación, se muestra el gráfico de consumo de raciones pequeñas.

Gráfico N° 11. Toma de raciones pequeñas

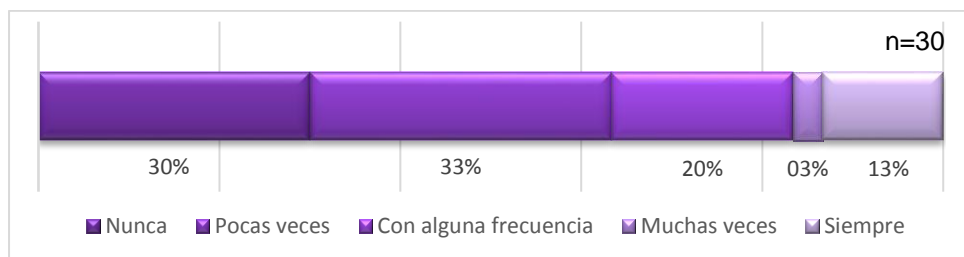


Fuente: Elaboración propia.

Se muestra el gráfico sobre el tamaño de las raciones y la frecuencia de consumo. El porcentaje más elevado lo tiene la frecuencia pocas veces con un 40%, nunca con un porcentaje de 36,7%, con alguna frecuencia 13,3%, muchas veces 6,7% y siempre 3,3%.

Se presenta el gráfico sobre programa de ejercicios físicos.

Gráfico N° 12. Programa de ejercicios físicos

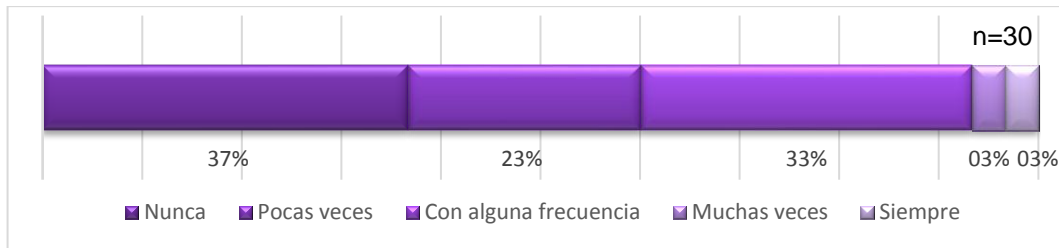


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al programa de ejercicios físicos, se puede observar que la mayor parte de la muestra no lo hace nunca, le sigue pocas veces, con alguna frecuencia, muchas veces y por último con el porcentaje más pequeño siempre.

Se muestra el gráfico sobre colaciones de bajas entre horas.

Gráfico N° 13. Tentempies con pocas calorías entre horas

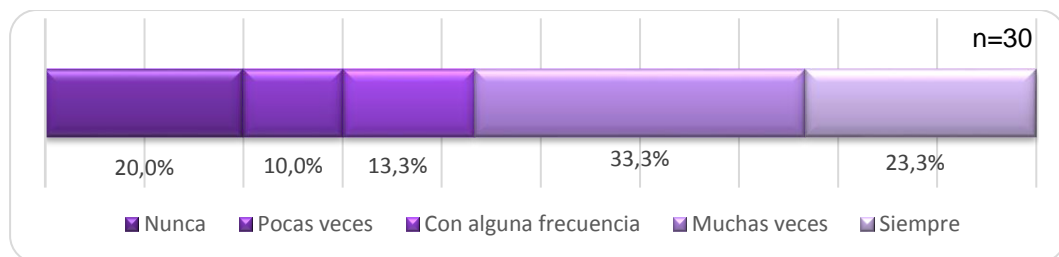


Fuente: Elaboración propia.

Sobre las colaciones entre horas con pocas calorías, el mayor porcentaje está representado por aquellos que no lo hacen nunca con un 36,7%, con alguna frecuencia 33,3%, pocas veces con 23,3%, muchas veces 3,3% y siempre sólo un 3%.

Se presenta el gráfico de picoteo al estar bajo de ánimo.

Gráfico N° 14. Picoteo al estar bajo de ánimo

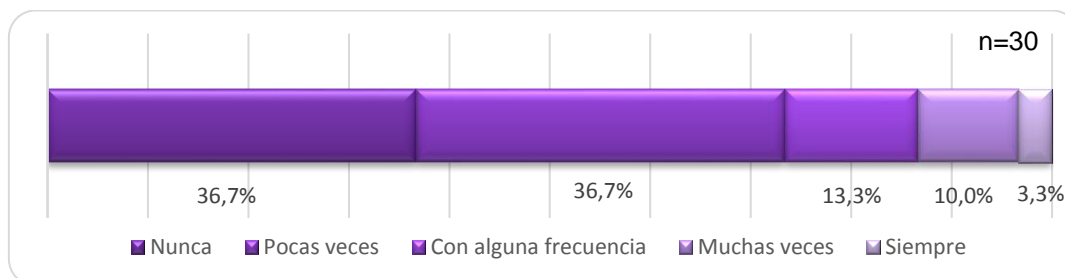


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al picoteo dependiendo del estado anímico, se puede observar que la mayor parte de la muestra lo hace muchas veces con porcentaje de 33,3%, siempre un 23,3%, nunca un 20,0%, con alguna frecuencia un 13,3% y pocas veces sólo un 10,0%.

Se muestra a continuación el gráfico de tiempo de espera antes de comer algo.

Gráfico N° 15. Tiempo de espera antes de comer algo

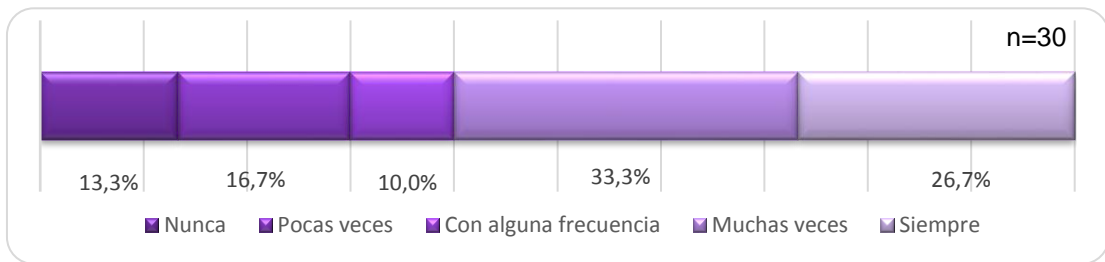


Fuente de Elaboración propia.

En este gráfico se puede ver que el tiempo de espera antes de comer algo tiene igual porcentaje de 36,7% en nunca y pocas veces, le siguen en menor medida con alguna frecuencia un 13,3%, muchas veces un 10,0% y el porcentaje mas pequeño siempre con un 3,3%.

Se presenta el gráfico de picoteo ante ansiedad.

Gráfico N° 16. Picoteo ante ansiedad



Fuente Elaboración propia.

En el presente gráfico se observa que el mayor porcentaje de picoteo por ansiedad está dado por un porcentaje del 33,% en la frecuencia de muchas veces, le sigue siempre con un 26,7%, pocas veces 16,7%, nunca con un 13,3% y con alguna frecuencia 10%.

A continuación se observa el gráfico de tiempo diario para hacer ejercicio.

Gráfico N° 17. Tiempo diario para hacer ejercicio

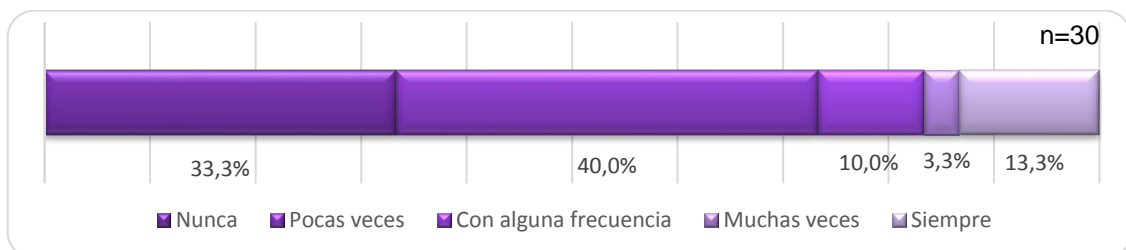


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico que se presenta a continuación se observa que el porcentaje mayor de tiempo diario para hacer ejercicio está dado por los que no lo hacen nunca con el 53,3%, le siguen con un 20,0%, con un 10% con alguna frecuencia y siempre y el menor porcentaje dado por muchas veces con el 6,7%.

A continuación el gráfico de consumo de bebidas de baja graduación alcohólica.

Gráfico N° 18. Consumo de bebidas de baja graduación alcohólica

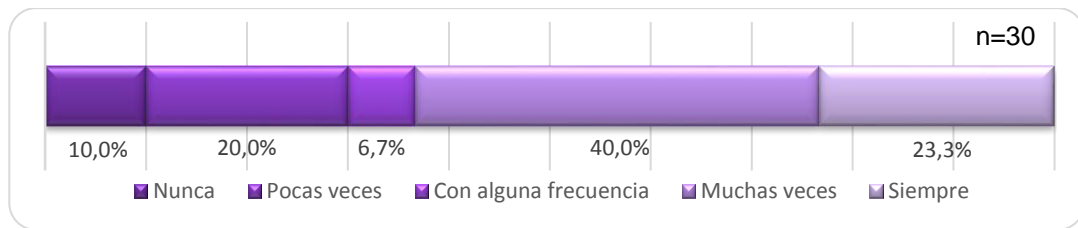


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico de consumo de bebidas de baja graduación alcohólica, el porcentaje más alto es para los que consumen pocas veces con el 40,0%, le siguen los que no consumen nunca con el 33,3%, luego con el 13,3% siempre, con alguna frecuencia el 10,0% y muchas veces con el 3,3%.

Se presenta a continuación el gráfico de sensación de hambre al estar aburrido.

Gráfico N° 19. Sensación de hambre al estar aburrido

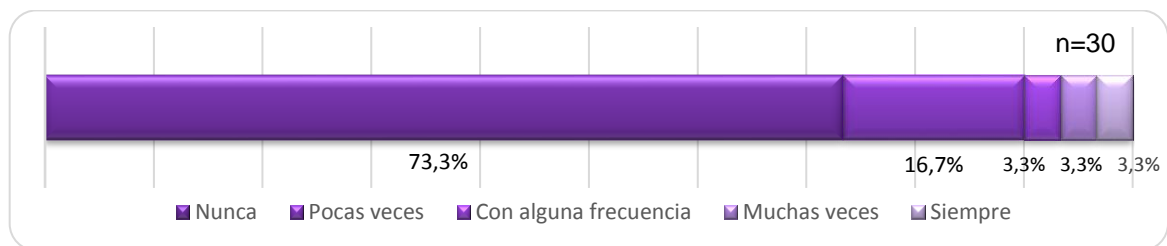


Fuente: Elaboración propia.

En este gráfico se muestra que mayor porcentaje por sensación de hambre al estar aburrido está dado por el 40,0% correspondiente a muchas veces, le sigue el 23,3% siempre, pocas veces con el 20,0%, nunca con el 10,0% y con alguna frecuencia el 6,7%.

A continuación se muestra el gráfico de consumo de bebidas de alta graduación alcohólica.

Gráfico N° 20. Consumo de bebidas de alta graduación alcohólica

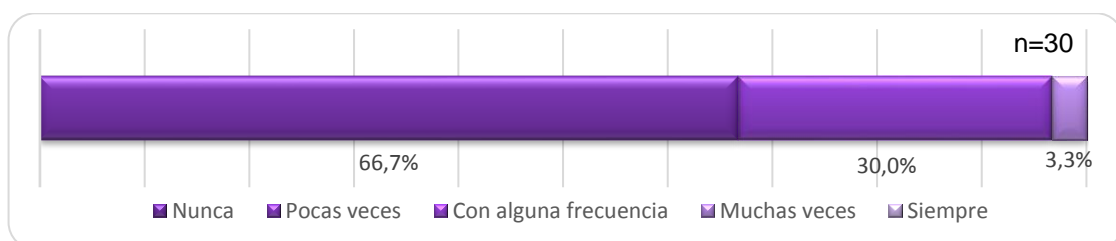


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico de consumo de bebidas de alta graduación alcohólica se muestra que el mayor porcentaje de un 73,3% que no consumen nunca, le sigue el 16,7% con pocas veces, 3,3% con alguna frecuencia y el 3% Muchas veces y nunca.

Se muestra a continuación el gráfico de conteo de las calorías al comer en restaurantes.

Gráfico N° 21. Conteo de calorías al comer en restaurantes

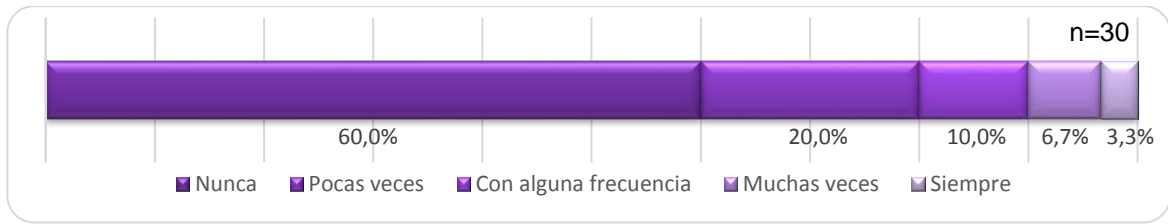


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico de conteo de calorías al comer en restaurantes, se verifica que el mayor porcentaje está dado por los que no lo hacen nunca con el 66,7%, le sigue el 30,0% que lo hace pocas veces y el 3,3% con alguna frecuencia.

Se muestra a continuación el gráfico de verificación de etiquetas.

Gráfico N° 22. Verificación de etiquetas de alimentos



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la verificación de etiquetas de alimentos se observa el mayor porcentaje con el 60,0% es para los que no lo hacen nunca, le siguen el 20,0% con pocas veces, el 10,0% con alguna frecuencia, el 6,7% muchas veces y el 3,3% con siempre.

Se muestra a continuación el gráfico de compra de alimentos principalmente precocidos.

Gráfico N° 23. Compra de alimentos principalmente precocidos



Fuente: Elaboración propia.

En la compra de alimentos principalmente precocidos, el mayor porcentaje se da en nunca, le sigue el 33,3% pocas veces y 13,3% con alguna frecuencia.

Se presentan a continuación los gráficos de ISRA: preocupación y pensamiento o sentimientos negativos.

Gráfico N° 24. Preocupación



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 25. Pensamiento o sentimientos negativos



Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el gráfico 1 que el 33% siente preocupación casi siempre, el 26,7% muchas veces si, otras no y muchas veces y el 13,3% siempre. El gráfico 2 muestra que el 26,7% abarca muchas veces si, otras no, el 23% pocas veces, el 13,3% casi nunca y 10% casi siempre.

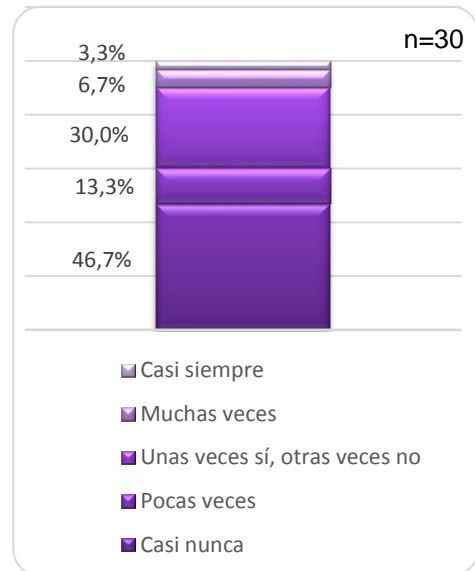
Se muestran los gráficos de inseguridad y de temor a que noten la ansiedad.

Gráfico N° 26. Inseguridad



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 27. Temor a que noten la ansiedad



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N° 3 se muestra inseguridad con el porcentaje del 33% muchas veces, con el 20% unas pocas veces si, otras no y casi nunca y con un 13,3% pocas veces y siempre. En el gráfico N° 4 se observa temor a que se note ansiedad con el mayor porcentaje del 46,7% casi nunca, con el 30,0% unas veces si, otras no, con el 13,3% pocas veces, el 6,7% muchas veces y el 3,3% casi siempre.

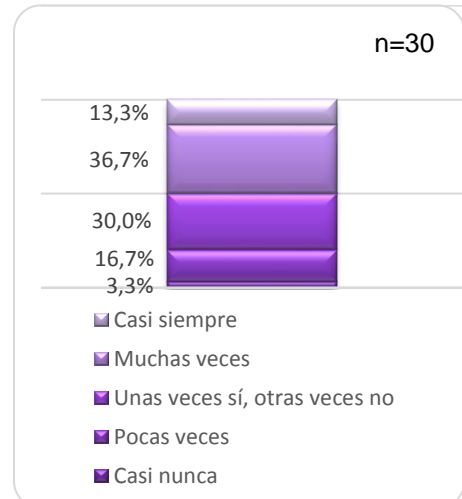
A continuación se observan los gráficos de molestias en el estómago y sudor.

Gráfico N°28. Molestias en el estómago



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°29. Sudor



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N° 5 se observa el mayor porcentaje con el 26,7% casi siempre, 23,3% casi nunca, el 20,0% muchas veces, el 16,7% unas veces si, otras no, y el 13,3% pocas veces. El gráfico N°6, muestra que el 36,7% muchas veces, el 30,0% unas veces si, otras no, el 16,7% pocas veces, el 13,3% casi siempre y el 3,3% casi nunca.

Se observan a continuación los gráficos de temblor y de tensión.

Gráfico N° 30. Temblor



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 31. Tensión



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N°7 , se muestra que el 70,0% casi nunca siente temblor, el 13,3% muchas veces y el 3,3% pocas veces y casi siempre. En el gráfico N°8 se observa que el 30,0% unas veces si, otras no, el 20,0% pocas veces y casi nunca , con el 16,7% muchas veces, y el 13,3% casi siempre.

A continuación se observan los gráficos de palpitations y tensión.

Gráfico N° 32. Palpitaciones



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 33. Movimientos repetitivos



Fuente: Elaboración propia.

En los gráfico 9 de palpitations muestra que el 40% siente palpitations pocas veces, el 26,7% muchas veces, el 23,3% casi nunca, el 6,7% casi siempre, y el 3,3% unas veces si, otras no.

En el gráfico 10 de movimientos repetitivos el mayor porcentaje se da con un 46,7% casi nunca, con un 20% unas veces si otras no, con un 13,3% y muchas veces y con el 6,7% casi siempre.

Se muestran los gráficos de fumar, comer o beber en exceso y evitación de situaciones.

Gráfico N° 34. Fumar, comer o beber en exceso



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 35. Evitación de situaciones



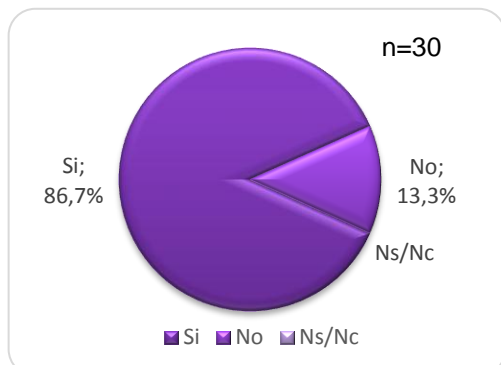
Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el gráfico 11, fumar, comer o beber en exceso que 30,0% lo hace casi nunca, el 26,7% muchas veces, el 16,7% casi siempre y con el 13,3% pocas veces y unas veces si, otras veces no.

En el gráfico 12 de evitación de situaciones el 26,7% unas veces si, otras veces no, el 23,35 casi nunca, el 20,0% pocas veces, el 16,7% muchas veces y con el 13,3% casi siempre.

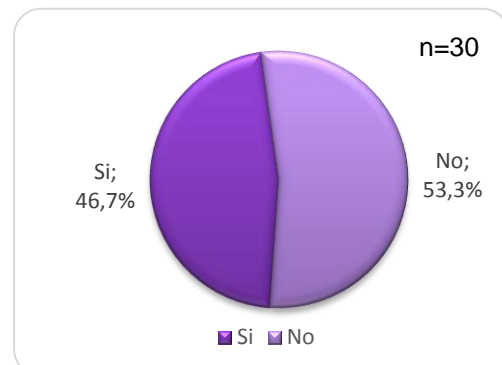
Se muestran los gráficos de del cuestionario de energía e interés.

Gráfico N° 36. Sentir poca energía



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 37. Pérdida de interés por las cosas



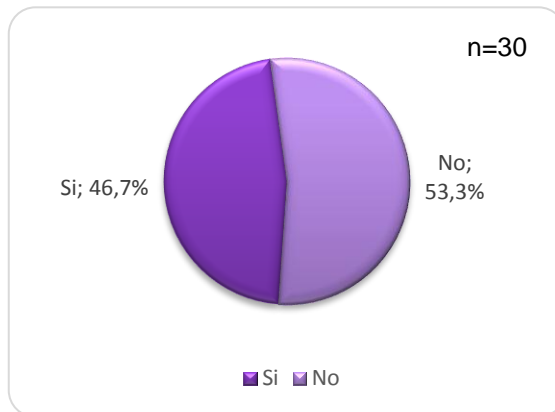
Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el gráfico N°1 donde el mayor porcentaje por sí de sentir poca energía está dado por el 86,7% y en menor por no en un 13,3%.

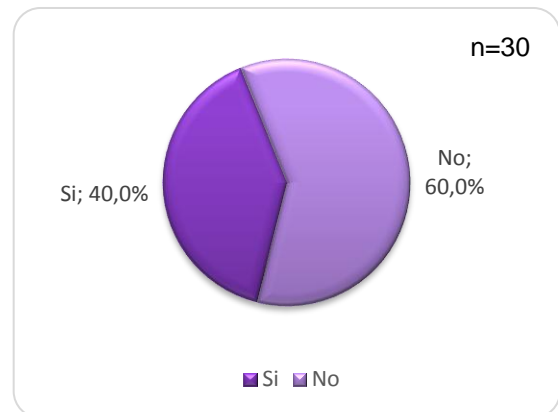
El gráfico N°2 de perder interés por las cosas está dado por sí con un porcentaje de 46,7% y por no un porcentaje mayor del 53,3%.

Se observan a continuación los gráficos de pérdida de confianza en sí mismo y sentirse desesperanzado, sin esperanza.

Gráfico N° 38. Pérdida de confianza en sí mismo **Gráfico N° 39. Sentirse desesperanzado**



Fuente: Elaboración propia.



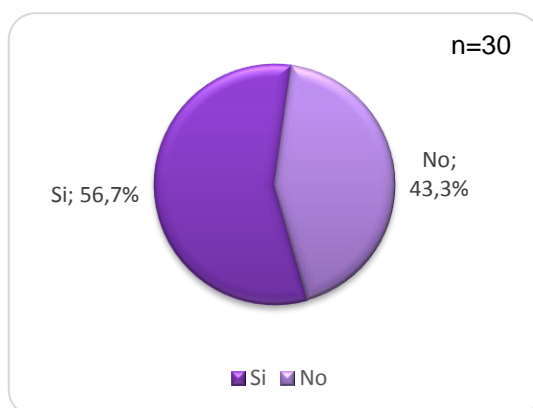
Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el gráfico 3 que el mayor porcentaje de pérdida de confianza está dado por no con el 53,3% y por sí con el 46,7%.

Se muestra en el gráfico 4 de sentir desesperanza o sin esperanza, el porcentaje mayor está dado por no con el 60,0% y por sí con el 40,0%.

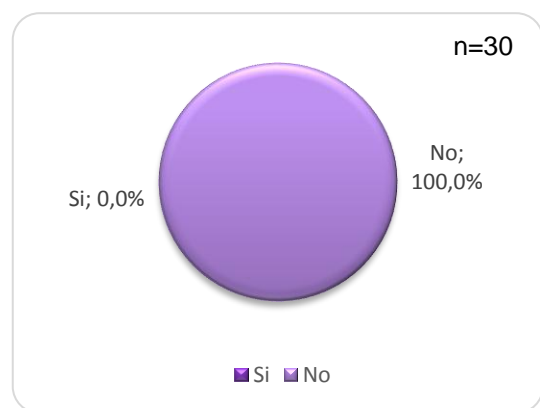
Se muestran los gráficos de dificultad para concentrarse y pérdida de peso.

Gráfico N° 40. Dificultades para concentrarse



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica N° 41. Pérdida de peso

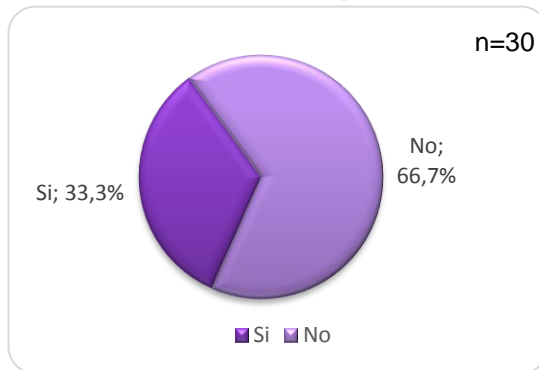


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 5 de dificultad para concentrarse el mayor porcentaje está dado por sí con un 56,7% y con no con un 43,3%. Se observa en el gráfico de pérdida de peso el porcentaje del 100% está dado por no.

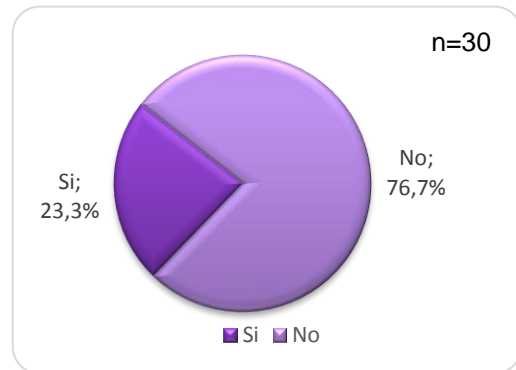
Se muestran a continuación los gráficos de despertarse temprano y tendencia a encontrarse peor por las mañanas.

Gráfico N° 42. Despertarse demasiado temprano



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 43. Tendencia a encontrarse peor por las mañanas



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 7 de despertarse demasiado temprano se observa que el mayor porcentaje está dado no con un 66,7% y con si un porcentaje del 33,3%.

Se muestra en el gráfico de tendencia encontrarse peor por las mañanas que el porcentaje más elevado es por no con el 76,7% y por si con el 23,3%.

Se presentan a continuación los cruces bi variados de ISRA y Sexo.

Tabla N° 1. ISRA y sexo. n=30.

		Sexo	
		Masculino	Femenino
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	66.7%	66.7%
	Ansiedad moderada	33.3%	33.3%
Total		100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 1 se observa que el 66,7% tanto de hombres como de mujeres presentan ausencia de ansiedad.

Se observa a continuación en gráfico de ISRA y edad.

Tabla N° 2. ISRA y Edad. n=30

		Rango de Edad 2			
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	50.0%	69.2%	71.4%	66.7%
	Ansiedad moderada	50.0%	30.8%	28.6%	33.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla de ISRA y edad, se observa que las personas que se encuentran dentro del rango 30-39 años de edad, un 69,2% presentan ausencia de ansiedad, en las personas que se encuentran dentro del rango 40-49 años de edad, un 71,4% presentan ausencia de ansiedad, las que se encuentran dentro del rango de 50-59 años de edad, un 66,7%

presentan ausencia de ansiedad y las que se encuentran dentro del rango de 19-29 años de edad, un 50% presenta ausencia de ansiedad.

Se presenta a continuación los cruces bi variados de ISRA y profesión.

Tabla N° 3. ISRA y profesión. n=30.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	33,3%	81,8%	100,0%	33,3%		66,7%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Ansiedad moderada	66,7%	18,2%		66,7%	100,0%	33,3%	100,0%						
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Referencia:

1	Administrativo	8	Empleado MGP
2	Ama de casa	9	Municipal
3	Bancario	10	Operador de radio
4	Comerciante	11	Operador en planta
5	Cuidador de ancianos	12	Técnico electricista
6	Docente	13	Trabajo rural
7	Empleado		

El total de los bancarios, empleados de MGP, Municipales, operadores de radio, operadores en planta, técnicos electricistas y trabajos rurales presentan ausencia de ansiedad. El total de los cuidadores de ancianos y empleados presentan ansiedad moderada, el 81,8% de las amas de casa y el 66,7% de los docentes presentan ausencia de ansiedad y el 66,7% tanto de administrativas como de comerciantes presentan ansiedad moderada.

Se presentan los cruces bi variados de ISRA y conductas alimentarias.

Tabla N° 4. ISRA y Cocinar con mínima cantidad de aceite. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	25,0%	75,0%	85,7%	50,0%	100,0%
	Ansiedad moderada	75,0%	25,0%	14,3%	50,0%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 85,7% de los que al cocinar le ponen con alguna frecuencia la cantidad mínima de aceite resentan ausencia de ansiedad, el 75,0% de los que al cocinar le ponen pocas veces la cantidad mínima de aceite presentan ausencia, mientras que el 75% de los que al cocinar nunca le ponen la cantidad mínima de aceite presentan ansiedad moderada. La totalidad de

quienes al cocinar siempre le ponen la cantidad mínima de aceite presentan ausencia de ansiedad.

Se muestra a continuación el cruce de ISRA y conciencia de las calorías.

Tabla N° 5. ISRA y conciencia de calorías. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	61,5%	54,5%	100,0%	100,0%	100,0%
	Ansiedad moderada	38,5%	45,5%			
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El total de quienes, con alguna frecuencia, muchas veces o siempre son conscientes de las calorías presentan ausencia de ansiedad, el 61,5% de quienes nunca son conscientes de las calorías presentan ausencia de ansiedad, en tanto que un 38,5% presenta ansiedad moderada. El 54,5% de quienes pocas veces son conscientes de las calorías presentan ausencia de ansiedad, en tanto que un 45% presentan ansiedad moderada.

Tabla N° 6. ISRA y picote de alimentos bajos en calorías. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	40,0%	60,0%	76,9%	100,0%	100,0%
	Ansiedad moderada	60,0%	40,0%	23,1%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces o siempre toman alimentos bajos en calorías presentan ausencia de ansiedad, el 76,9% de los que pican con alguna frecuencia toman alimentos bajos en calorías presentan ausencia de ansiedad. Al igual que el 60% de los que pocas veces lo hacen. El 60,0% del sí picotean, nunca toman alimentos bajos en calorías presentan ansiedad moderada.

Se ve a continuación el cruce de ISRA con consumo diario de verduras.

Tabla N° 7. ISRA y consumo diario de verduras. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	50,0%	66,7%	71,4%	80,0%	60,0%
	Ansiedad moderada	50,0%	33,3%	28,6%	20,0%	40,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 66,7% de los que pocas veces comen verduras todos los días presentan ausencia de ansiedad, el 71,4% de los que con alguna frecuencia comen verduras todos los días

presentan ausencia de ansiedad. El 80% de los que muchas veces comen verduras todos los días presentan ausencia de ansiedad. El 60% de los que siempre comen verduras todos los días presentan ausencia de ansiedad.

Se presenta a continuación los cruces de ISRA y consumo de lácteos descremados.

Tabla N° 8. ISRA y consumo de lácteos descremados. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	66,7%	62,5%	60,0%	100,0%	66,7%
	Ansiedad moderada	33,3%	37,5%	40,0%		33,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces los lácteos que consumen son descremados presentan ausencia de ansiedad en promedio el 64% de los que nunca, pocas veces, con alguna frecuencia o siempre los lácteos que consumen son descremados presentan ausencia de ansiedad.

Se muestra a continuación los cruces de ISRA y consumo de carne, pescado a la plancha o al horno.

Tabla N° 9. ISRA y Consumo de carne, pescado a la plancha o al horno. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad		40,0%	40,0%	100,0%	84,6%
	Ansiedad moderada	100,0%	60,0%	60,0%		15,4%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El 100% de los que muchas veces comen carne, pescado a la plancha o al horno presentan ausencia de ansiedad. Por el contrario, los que nunca consumen dichos alimentos a la plancha o al horno presentan ansiedad moderada. El 84,6% de los que siempre comen carne, pescado a la plancha o al horno presentan ausencia de ansiedad, el 60% de los que pocas veces o con alguna frecuencia comen carne, pescado a la plancha o al horno presentan ausencia de ansiedad.

Se muestra a continuación la tabla de ISRA y tomar alimentos frescos en vez de platos precocinados.

Tabla N° 10. ISRA y Toma de alimentos frescos en vez de platos pre-cocidos. N=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad			77,8%	87,5%	75,0%
	Ansiedad moderada	100,0%	100,0%	22,2%	12,5%	25,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que nunca o pocas veces toman alimentos frescos en vez de platos precocinados presentan ansiedad moderada el 77,8% de los que, con alguna frecuencia, el 87,5% de los que muchas veces y el 75,0% de los que siempre comen alimentos frescos en vez de platos precocinados presentan ausencia de ansiedad.

Se muestra el gráfico de ISRA y servido de raciones pequeñas.

Tabla N° 11. ISRA y servido de raciones pequeñas. n= 30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	63,6%	75,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	Ansiedad moderada	36,4%	25,0%	50,0%	50,0%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que siempre se sirven raciones pequeñas presentan ausencia de ansiedad. El 75,0% de los que pocas veces se sirven raciones pequeñas presentan ausencia de ansiedad. El 63,6% de los que nunca se sirven raciones pequeñas presentan ausencia de ansiedad.

Se muestra a continuación los cruces bi variados de ISRA y realizar un programa de ejercicios.

Tabla N° 12. ISRA y realizar un programa de ejercicio. n=30.

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	55,6%	50,0%	83,3%	100,0%	100,0%
	Ansiedad moderada	44,4%	50,0%	16,7%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces o siempre realizan un programa de ejercicios físicos presentan ausencia de ansiedad, asimismo el 83,3% de los que lo hacen con alguna frecuencia también presentan ausencia de ansiedad.

A continuación, presenta el gráfico de Tomar tentempiés con pocas calorías entre horas.

Tabla N° 13. ISRA y entre horas tomar tentempiés con pocas calorías. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	45,5%	71,4%	80,0%	100,0%	100,0%
	Ansiedad moderada	54,5%	28,6%	20,0%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces o siempre cuando tienen hambre entre horas toman tentempiés con pocas calorías presentan ausencia de ansiedad. Asimismo, el 80% de los que lo hacen con alguna frecuencia. Asimismo, el 80% de los que lo hacen con alguna frecuencia y el 71,4% de los lo realizan pocas veces presentan ausencia de ansiedad.

Se presenta a continuación los cruces bi variados de ISRA y picoteo con bajo estado de ánimo.

Tabla N° 14. ISRA y Picoteo con bajo estado de ánimo. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	66,7%	66,7%	50,0%	70,0%	71,4%
	Ansiedad moderada	33,3%	33,3%	50,0%	30,0%	28,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 71,4% de los que siempre picotean si están de ánimo presentan ausencia de ansiedad. El 70,0% de los que muchas veces picotean si están de ánimo presentan ausencia de ansiedad. El 66,7% de los que pocas veces o nunca picotean si están de ánimo presentan ausencia de ansiedad.

Se muestra el gráfico de ISRA y Consumo de carnes de grasas.

Tabla N° 15. ISRA y consumo de carnes grasas. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	66,7%	83,3%	85,7%	62,5%	
	Ansiedad moderada	33,3%	16,7%	14,3%	37,5%	100,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que siempre come carnes grasas presentan ansiedad moderada. El 85,7% de los que con alguna frecuencia come carnes grasas presentan ansiedad moderada. El 83,3% de los que pocas veces come carnes grasas presentan ansiedad moderada

Se muestran los cruces bi variados de ISRA y Realizar ejercicio regularmente.

Tabla N° 16. ISRA y realizar ejercicio físico regularmente. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	66,7%	46,2%	100,0%		100,0%
	Ansiedad moderada	33,3%	53,8%			
Total		100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que siempre o con alguna frecuencia hacen ejercicio físico regularmente presentan ausencia de ansiedad, el 66,7% de los que nunca hacen ejercicio físico regularmente presentan ausencia de ansiedad. El 53,8% de los que pocas veces hacen ejercicio físico regularmente presentan ansiedad moderada.

Se muestra a continuación el cruce de ISRA y esperar unos minutos antes de comer algo.

Tabla N° 17. ISRA y esperar unos minutos antes de comer algo. n=30.

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	36,4%	90,9%	75,0%	100,0%	
	Ansiedad moderada	63,6%	9,1%	25,0%		100,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces cuando le parece comer algo espera unos minutos antes presentan ausencia de ansiedad. En tanto que el 90,9% de los que pocas veces lo hacen también presentan ausencia de ansiedad. El 100% de los que siempre cuando le parece comer algo espera unos minutos antes presentan ansiedad moderada.

Se muestra a continuación el cruce de ISRA y de picoteo por ansiedad.

Tabla N° 18. ISRA y Picoteo por ansiedad. n=30.

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	25,0%	100,0%	100,0%	60,0%	62,5%
	Ansiedad moderada	75,0%			40,0%	37,5%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que pocas veces o con alguna frecuencia picotea si tiene ansiedad presenta ausencia de Ansiedad. El 75% de los que nunca picotean si tienen ansiedad moderada.

En la siguiente tabla se muestra el cruce de ISRA con sacar tiempo diario para realizar ejercicio

Tabla N° 19. ISRA y sacar tiempo diario para realizar ejercicio. n=30.

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	62,5%	50,0%	66,7%	100,0%	100,0%
	Ansiedad moderada	37,5%	50,0%	33,3%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces o siempre saca tiempo cada día para hacer ejercicio presentan ausencia de ansiedad.

Se muestra a continuación el cruce de ISRA con consumo de bebidas de baja graduación alcohólica.

Tabla N° 20. ISRA y consumo de bebidas de baja graduación alcohólica. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	70,0%	75,0%	66,7%		50,0%
	Ansiedad moderada	30,0%	25,0%	33,3%	100,0%	50,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces toman bebidas de baja graduación alcohólica presentan ansiedad Moderada. El 75% de los que pocas veces toman bebidas de baja graduación alcohólica presentan ausencia de ansiedad. El 70% de los que nunca toman bebidas de baja graduación alcohólica presentan ausencia de ansiedad.

Se presenta el cruce de ISRA con tener hambre al estar aburrido.

Tabla N° 21. ISRA y tener hambre al estar aburrido. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad		83,3%	50,0%	75,0%	71,4%
	Ansiedad moderada	100,0%	16,7%	50,0%	25,0%	28,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que nunca cuando están aburridos les da hambre presentan ansiedad moderada. El 83,3% de los que pocas veces cuando están aburridos les da hambre presentan ausencia de ansiedad. El 75,0% de los que muchas veces cuando están aburridos les da hambre presentan ausencia de ansiedad. El 71,4% de los que siempre cuando están aburridos les da hambre presentan ausencia de ansiedad.

Se muestra a continuación el cruce de ISRA y tomar bebidas de alta graduación alcohólica.

Tabla N° 22. ISRA y Tomar bebidas de alta graduación alcohólica. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	68,2%	80,0%		100,0%	
	Ansiedad moderada	31,8%	20,0%	100,0%		100,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces toma bebidas de alta graduación alcohólica presentan ausencia de Ansiedad. El 80% de los que pocas veces toma bebidas de alta graduación alcohólica presentan ausencia de ansiedad. El 100% de los con alguna frecuencia o siempre toma bebidas de alta graduación alcohólica presentan ansiedad moderada.

Se presenta la tabla de cruces de ISRA y conteo de calorías al comer en restaurantes.

Tabla N° 23. ISRA y Conteo de calorías al comer en restaurantes. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	65,0%	66,7%		100,0%	
	Ansiedad moderada	35,0%	33,3%			
Total		100,0%	100,0%		100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces cuando comen en restaurantes tienen en cuenta las calorías Presentan ausencia de ansiedad. El 66,7% de los que pocas veces cuando comen en restaurantes tienen en cuenta las calorías presentan ausencia de ansiedad. El 65% de los que nunca cuando comen en restaurantes tienen en cuenta las calorías presentan ausencia de ansiedad.

Se verifican los cruces de ISRA y revisar etiquetas de los alimentos.

Tabla N° 24. ISRA y revisar etiquetas de los alimentos. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	66,7%	83,3%		100,0%	100,0%
	Ansiedad moderada	33,3%	16,7%	100,0%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente Elaboración propia.

El 100% de los que muchas veces o siempre revisan etiqueta de alimentos presentan ausencia de ansiedad. El 83,3% de los que pocas veces revisan etiqueta de alimentos presentan ausencia de ansiedad. El 66,7% de los que nunca revisan etiqueta de alimentos presentan ausencia de ansiedad.

Se presenta la tabla de cruce ISRA con compra de alimentos pre-cocidos principalmente.

Tabla N° 25. ISRA y compra de alimentos pre-cocidos principalmente. n=30

		Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	68,8%	60,0%	75,0%		
	Ansiedad moderada	31,3%	40,0%	25,0%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Elaboración propia.

El 75% de los que con alguna frecuencia compran principalmente alimentos pre-cocidos presentan ausencia de ansiedad. El 60% de los que pocas veces compran principalmente alimentos pre-cocidos presentan ausencia de ansiedad. El 68,8% de los que nunca compran principalmente alimentos pre-cocidos presentan ausencia de ansiedad.

Se presentan los cruces de ISRA y Síntomas depresivos.

Tabla N° 26. ISRA y sentir poca energía. n=30

		Si	No
Rango	Ausencia de ansiedad	61,5%	100,0%
ISRA	Ansiedad moderada	38,5%	
Total		100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los pacientes que si se sienten con poca energía el 61,5% presenta ausencia de ansiedad y el 38,5% ansiedad moderada. Y de los pacientes que no se sienten con poca energía el 100% tiene ausencia de ansiedad.

Se muestra a continuación el cruce de ISRA con pérdida de interés por las cosas.

Tabla N° 27. ISRA y pérdida de interés por las cosas. n=30

		Si	No
Rango	Ausencia de ansiedad	42,9%	87,5%
ISRA	Ansiedad moderada	57,1%	12,5%
Total		100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se puede ver que los pacientes que si pierden interés por las cosas en un 42,9% presenta ausencia de ansiedad y en un 57,1% ansiedad moderada. Por otro lado, los pacientes que no pierden interés por las cosas el 87,5% tiene ausencia de ansiedad y el 12,5% ansiedad moderada.

Se presenta a continuación el cruce de ISRA y pérdida de confianza en sí mismo.

Tabla N° 28. ISRA y pérdida de confianza en sí mismo. n=30

		Si	No
Rango	Ausencia de ansiedad	50,0%	81,3%
ISRA	Ansiedad moderada	50,0%	18,8%
Total		100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del siguiente cuadro se deduce que de los que sí tienen pérdida de confianza en sí mismos el 50% tiene ausencia de ansiedad y el otro 50% tiene ansiedad moderada. Por el contrario de los que no tienen pérdida de confianza en sí mismos el 81,3% tiene ausencia de ansiedad y el 18,8% tiene ansiedad moderada.

Se muestra a continuación el cruce de ISRA y sentir desesperanza o sin esperanza.

Tabla N° 29. ISRA y sentir desesperanza o sin esperanza. n=30

		Si	No
Rango	Ausencia de ansiedad	41,7%	83,3%
ISRA	Ansiedad moderada	58,3%	16,7%
Total		100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se demuestra que de los pacientes que si están desesperanzados o sin esperanza el 41,7% presenta ausencia de ansiedad y el 58,3% ansiedad moderada. Por otro lado, de los pacientes que no se sienten desesperanzados o sin esperanza, el 83,3% tiene ausencia de ansiedad y el 16,7% ansiedad moderada.

Se presenta a continuación el cruce de ISRA y dificultades para concentrarse.

Tabla N° 30. ISRA y dificultades para concentrarse. n=30

		Si	No
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	58,8%	76,9%
	Ansiedad moderada	41,2%	23,1%
Total		100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se presenta en el siguiente cuadro que los pacientes que si tienen dificultades para concentrarse el 58,8% presenta ausencia de ansiedad y el 41,2% ansiedad moderada. De los que no tienen dificultades para concentrarse el 76,9% tiene ausencia de ansiedad y el 23,1 % ansiedad moderada.

Se presenta a continuación la tabla de cruce ISRA y pérdida de peso.

Tabla N° 31. ISRA y pérdida de peso. n=30

		Si	No
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad		66,7%
	Ansiedad moderada		33,3%
Total			100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los que no han perdido peso el 66,7% presenta ausencia de ansiedad y el 33,3% ansiedad moderada.

Se muestra en esta tabla el cruce de ISRA y despertarse demasiado temprano.

Tabla N° 32. ISRA y despertarse demasiado temprano. n=30

		¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
		Si	No
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	40,0%	80,0%
	Ansiedad moderada	60,0%	20,0%
Total		100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que aquellos que si se despiertan demasiado temprano el 40,0% posee ausencia de ansiedad y el 60,0% ansiedad moderada. Y los que no se despiertan demasiado temprano el 80,0% tiene ausencia de ansiedad y el 20,0% ansiedad moderada.

Se observa la tabla de cruce de ISRA y creer encontrarse mejor por las mañanas.

Tabla N° 33. ISRA y creer encontrarse mejor por las mañanas. n=30

		¿Cree ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
		Si	No
Rango ISRA	Ausencia de ansiedad	42,9%	73,9%
	Ansiedad moderada	57,1%	26,1%
Total		100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se verifica que los pacientes que si tienen tendencia a encontrarse mejor por las mañanas el 42,9% tiene ausencia de ansiedad y el 57,1% ansiedad moderada. Por el contrario de los pacientes que no tienen tendencia a encontrarse mejor por las mañanas el 73,9% tiene ausencia de ansiedad y el 26,1% ansiedad moderada.

Se presenta el cruce de sexo cocinar con mínima cantidad de aceite.

Tabla N° 34. Sexo y cocinar con mínima cantidad de aceite. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Al cocinar pongo cantidad mínima de aceite	Nunca	44.4%	19.0%	26.7%
	Pocas veces	22.2%	28.6%	26.7%
	Con alguna frecuencia	22.2%	23.8%	23.3%
	Muchas veces		9.5%	6.7%
	Siempre	11.1%	19.0%	16.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Al cocinar con mínima cantidad de aceite se verifica que los de sexo masculino con el 44,4% nunca lo hace, el 22,2% pocas veces y con alguna frecuencia y con el 11,1% siempre. Los pacientes de sexo femenino con el 19,0% no lo hacen nunca, el 28,6% pocas veces, 23, 8% con alguna frecuencia, 9,5% muchas veces y siempre con un 19,0%.

Se presenta el gráfico de sexo y conciencia de calorías consumidas.

Tabla N° 35. Sexo y conciencia de calorías. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Soy consciente de las calorías	Nunca	66.7%	33.3%	43.3%
	Pocas veces	22.2%	42.9%	36.7%
	Con alguna frecuencia		9.5%	6.7%
	Muchas veces	11.1%	9.5%	10.0%
	Siempre		4.8%	3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en la tabla que los pacientes de sexo masculino que toman conciencia de calorías nunca con el porcentaje de 66,7%, pocas veces con el 22,2%, muchas veces con el 11,1%. Los de sexo femenino con el 33,3% nunca, con el 42,9% pocas veces, con alguna frecuencia y muchas veces el 9,5% y siempre con el 4,8%.

Se muestra el cruce de sexo y picotear alimentos de bajas calorías.

Tabla N° 36. Sexo picotear alimentos de bajas calorías. n=30.

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Si pico, tomo alimentos bajos en calorías	Nunca	11.1%	19.0%	16.7%
	Pocas veces	22.2%	38.1%	33.3%
	Con alguna frecuencia	66.7%	33.3%	43.3%
	Muchas veces		4.8%	3.3%
	Siempre		4.8%	3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en la tabla que los pacientes de sexo masculino, al picotear toman alimentos de bajas de calorías nunca lo hacen con el 11,1%, pocas veces con el 22,2%, con alguna frecuencia el 66,7%. Los de sexo femenino nunca con el 11,1%, pocas veces con el 38,1%, con alguna frecuencia el 33,3%, muchas veces y siempre con el 4,8%.

En el siguiente cruce es sobre sexo y consumo de verduras diario.

Tabla N° 37. Sexo y consumo de verduras diario. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Como verduras todos los días	Nunca	11.1%	4.8%	6.7%
	Pocas veces	33.3%	14.3%	20.0%
	Con alguna frecuencia	11.1%	28.6%	23.3%
	Muchas veces	22.2%	14.3%	16.7%
	Siempre	22.2%	38.1%	33.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que las personas de sexo masculino que consumen verduras en forma diaria lo hacen nunca con el 11,1%, pocas veces con el 33,3%, con alguna frecuencia el 11,1%, muchas veces y siempre con el 22,2%. Los de sexo femenino lo hacen nunca con el 4,8%, pocas veces con el 14,3%, con alguna frecuencia el 28,6%, muchas veces con 14,3% y siempre con el 38,1%.

Se observa el cruce de sexo y consumo de lácteos descremados.

Tabla N° 38. Sexo y consumo de lácteos descremados. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Los lácteos que tomo son descremados	Nunca	33.3%	14.3%	20.0%
	Pocas veces	44.4%	19.0%	26.7%
	Con alguna frecuencia		23.8%	16.7%
	Muchas veces		9.5%	6.7%
	Siempre	22.2%	33.3%	30.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Los pacientes de sexo masculino que consumen lácteos descremados lo hacen nunca con el 33,3%, pocas veces con el 44,4%, siempre con el 22,2%. Los de sexo femenino con el 14,3% nunca, con el 19,0% pocas veces, con alguna frecuencia 23,8% y muchas veces con el 33,3%

Se presenta el cruce de sexo y consumo de carne, pescado, a la plancha o al horno.

Tabla N° 39. Sexo y consumo de carne, pescado a la plancha o al horno. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Comer la carne, el pescado a la plancha o al horno	Nunca	11.1%	4.8%	6.7%
	Pocas veces	11.1%	19.0%	16.7%
	Con alguna frecuencia	11.1%	19.0%	16.7%
	Muchas veces	22.2%	14.3%	16.7%
	Siempre	44.4%	42.9%	43.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla se puede observar que los pacientes de sexo masculino con el porcentaje del 11,1% consumen nunca, pocas veces y con alguna frecuencia carne, pescado a la plancha o al horno, muchas veces con el 22,2% y siempre con el 44,4%. Por el

contrario, en el sexo femenino se verifica con el 4,8% nunca, 19,0% pocas veces y con alguna frecuencia, con el 14,3% muchas veces y con el 42,9% siempre.

Se muestra en el siguiente cuadro el cruce de sexo y consumo de alimentos frescos en vez de platos pre-cocidos.

Tabla Nº 40. Sexo y consumo de alimentos frescos en vez de platos pre cocidos. n= 30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Tomar alimentos frescos en vez de platos precocinados	Nunca	11.1%	4.8%	6.7%
	Pocas veces		14.3%	10.0%
	Con alguna frecuencia	44.4%	23.8%	30.0%
	Muchas veces	33.3%	23.8%	26.7%
	Siempre	11.1%	33.3%	26.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración Propia.

Se demuestra que los pacientes de sexo masculino que tienen el 11,1% lo hacen nunca y siempre, con el 44,4% con alguna frecuencia y el 33,3% muchas veces. Los de sexo femenino con el 23,8% lo hacen con alguna frecuencia y muchas veces, con el 4,8% nunca, con el 14,3% pocas veces y con el 33,3% siempre.

Se observa a continuación el cruce de sexo y servido de raciones pequeñas.

Tabla Nº 41. Sexo y servido de raciones pequeñas. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Servir raciones pequeñas	Nunca	66.7%	23.8%	36.7%
	Pocas veces	33.3%	42.9%	40.0%
	Con alguna frecuencia		19.0%	13.3%
	Muchas veces		9.5%	6.7%
	Siempre		4.8%	3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Se muestra en el cuadro que los pacientes de sexo masculino con el porcentaje de 66,7% lo hacen nunca y pocas veces con el 33,3%. Y lo paciente de sexo femenino con el 23,8% nunca, 42,9% pocas veces, con el 19,0% con alguna frecuencia, muchas veces con el 9,5% y siempre con el 4,8%.

Se muestra a continuación el cruce de las variables sexo y realizar programa de actividad física.

Tabla Nº 42. Sexo y realizar programa de actividad física. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Realizar programa de ejercicios físicos	Nunca	44.4%	23.8%	30.0%
	Pocas veces	22.2%	38.1%	33.3%
	Con alguna frecuencia	22.2%	19.0%	20.0%
	Muchas veces		4.8%	3.3%
	Siempre	11.1%	14.3%	13.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra a continuación en el cuadro anterior que los pacientes de sexo masculino con el 44,4% nunca realizan actividad física, con el 22,2% pocas veces y con alguna frecuencia y siempre con el 11,1%.

Se presenta el cuadro con el cruce de sexo y consumo de colaciones con bajas calorías.

Tabla N° 43. Sexo y colaciones con bajas calorías. n= 30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Consumo de colaciones con bajas calorías	Nunca	44.4%	33.3%	36.7%
	Pocas veces	22.2%	23.8%	23.3%
	Con alguna frecuencia	33.3%	33.3%	33.3%
	Muchas veces		4.8%	3.3%
	Siempre		4.8%	3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se verifica en el cuadro anterior que los pacientes de sexo masculino consumen colaciones con bajas calorías que el 44,4% no lo hace nunca, el 22,2% pocas veces y el 33,3% con alguna frecuencia. Respecto al sexo femenino, se verifica que con el 33,3% no lo hacen nunca y con alguna frecuencia, pocas veces con el 23,8%, muchas veces y siempre con el 4,8%.

Se muestra a continuación el cruce sexo y picoteo con estado anímico bajo.

Tabla N° 44. Sexo y picoteo con estado anímico bajo. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Picoteo con estado anímico bajo	Nunca	11.1%	23.8%	20.0%
	Pocas veces	11.1%	9.5%	10.0%
	Con alguna frecuencia	22.2%	9.5%	13.3%
	Muchas veces	33.3%	33.3%	33.3%
	Siempre	22.2%	23.8%	23.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la tabla anterior que los de sexo masculino con el 11, 1% nunca y pocas veces lo hacen con un porcentaje del 11,1%, con alguna frecuencia y siempre con el 22,2%. Y con el 33,3% muchas veces. Los de sexo femenino con el 23,8% nunca y siempre, con el 9,5% pocas veces y con alguna frecuencia y con el 23,3% siempre.

Se muestra a continuación la tabla de cruce de las variables sexo y consumo de carnes grasas.

Tabla N° 45. Sexo y consumo de carnes grasas. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Consumo de carnes grasas	Nunca		28.6%	20.0%
	Pocas veces	11.1%	23.8%	20.0%
	Con alguna frecuencia	22.2%	23.8%	23.3%
	Muchas veces	44.4%	19.0%	26.7%
	Siempre	22.2%	4.8%	10.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra a continuación que los pacientes de sexo masculino consumen carnes grasas con el 11,1% nunca, con el 22,2% pocas veces y siempre y con el 44,4% muchas veces. Por el contrario, los pacientes de sexo femenino con el 23,8% lo hacen pocas veces y con alguna frecuencia, con el 28,6% nunca, con el 19,0% muchas veces y siempre con el 4,8%.

Se observa a continuación el cruce de variables de sexo y realizar ejercicio físico regularmente.

Tabla N° 46. Sexo y realizar ejercicio físico regularmente. n= 30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Realizar ejercicio físico regularmente	Nunca	55.6%	19.0%	30.0%
	Pocas veces	33.3%	47.6%	43.3%
	Con alguna frecuencia	11.1%	19.0%	16.7%
	Muchas veces			0.0%
	Siempre		14.3%	10.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro anterior se muestra que los pacientes de sexo masculino realizan ejercicio con el porcentaje del 55,6%, con el 33,3% pocas veces, y con el 11,1% con alguna frecuencia. Para el sexo femenino con el 19,0% nunca, pocas veces con el 47,6%, con el 19,0% y siempre con el 14,3%.

Se muestra a continuación el cuadro con el cruce de variables de sexo y esperar unos minutos antes de comer algo.

Tabla N° 47. Sexo y esperar unos minutos antes de comer algo. n=30.

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Esperar unos minutos antes de comer algo	Nunca	33.3%	38.1%	36.7%
	Pocas veces	44.4%	33.3%	36.7%
	Con alguna frecuencia		19.0%	13.3%
	Muchas veces	22.2%	4.8%	10.0%
	Siempre		4.8%	3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los pacientes de sexo masculino esperan unos minutos antes de comer algo con el 33,3%, pocas veces con el 44,4% y muchas veces con el 22,2%. Los pacientes de sexo femenino con el 38,1% nunca, pocas veces con el 33,3%, con el 19,0% con alguna frecuencia y con el 4,8% muchas veces y siempre.

Se presenta el cuadro de cruce de variables de sexo y picoteo ante ansiedad.

Tabla N° 48. Sexo y picoteo ante ansiedad. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Picoteo ante ansiedad	Nunca	11.1%	14.3%	13.3%
	Pocas veces	22.2%	14.3%	16.7%
	Con alguna frecuencia	11.1%	9.5%	10.0%
	Muchas veces	22.2%	38.1%	33.3%
	Siempre	33.3%	23.8%	26.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el sexo masculino con el 11,1% picotea nunca y con alguna frecuencia, con el 22,2% pocas veces y muchas veces y siempre con 33,3%. Por el contrario, para los pacientes de sexo femenino con el 14,3% lo hacen nunca, con alguna frecuencia 9,5%, muchas veces con el 38,1% y siempre con el 23,8%.

Se observa en el cuadro el cruce de variables de sexo y tiempo diario para hacer ejercicio.

Tabla N° 49. Sexo y tiempo diario para hacer ejercicio. n= 30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Tiempo diario para hacer ejercicio	Nunca	66.7%	47.6%	53.3%
	Pocas veces	11.1%	23.8%	20.0%
	Con alguna frecuencia	11.1%	9.5%	10.0%
	Muchas veces	11.1%	4.8%	6.7%
	Siempre		14.3%	10.0%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se verifica que los pacientes de sexo masculino tienen tiempo diario para realizar ejercicio físico con el 11,1% pocas veces, con alguna frecuencia y muchas veces y nunca con el 66,7%. Por el contrario, el sexo femenino con el 47,6% nunca, con el 23,8% pocas veces, 9,5% con alguna frecuencia, con el 4,8% muchas veces y con el 14,3% siempre.

Se observa el cruce de las variables de sexo y consumo de bebidas de baja graduación alcohólica.

Tabla N° 50. Sexo y consumo de bebidas de baja graduación alcohólica. n= 30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Consumo de bebidas de baja graduación alcohólica	Nunca	11.1%	42.9%	33.3%
	Pocas veces	55.6%	33.3%	40.0%
	Con alguna frecuencia	11.1%	9.5%	10.0%
	Muchas veces	11.1%		3.3%
	Siempre	11.1%	14.3%	13.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los pacientes de sexo masculino consumen bebidas de baja graduación alcohólica con el 11,1% nunca, con alguna frecuencia, muchas veces y siempre. Por el contrario, en los pacientes de sexo femenino con el 42,9% nunca, con el 33,3% pocas veces, 9,5% con alguna frecuencia y siempre con 14,3%.

Se muestra a continuación el cuadro de las variables de sexo y comer por aburrimiento.

Tabla N° 51. Sexo y comer por aburrimiento. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Comer por aburrimiento	Nunca	11.1%	9.5%	10.0%
	Pocas veces	11.1%	23.8%	20.0%
	Con alguna frecuencia	11.1%	4.8%	6.7%
	Muchas veces	44.4%	38.1%	40.0%
	Siempre	22.2%	23.8%	23.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro anterior se observa que los pacientes de sexo masculino comen por aburrimiento con el 11,1% nunca, pocas veces y con alguna frecuencia, muchas veces con el 44,4% y con el 22,2% siempre. Los pacientes de sexo femenino lo hacen con el 9,5% nunca, con el 23,8% pocas veces, con el 4,8% con alguna frecuencia, con el 38,1% muchas veces y siempre con el 23,8%.

Se muestra a continuación el cruce de las variables de Sexo y consumo de bebidas de alta graduación alcohólica.

Tabla N° 52. Sexo y consumo de bebidas de alta graduación alcohólica. n= 30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Consumo de bebidas de alta graduación alcohólica	Nunca	88.9%	66.7%	73.3%
	Pocas veces	11.1%	19.0%	16.7%
	Con alguna frecuencia		4.8%	3.3%
	Muchas veces		4.8%	3.3%
	Siempre		4.8%	3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa a continuación que los pacientes de sexo masculino consumen bebidas de alta graduación alcohólica nunca con el 88,9%, pocas veces con el 11,1%. Los pacientes de sexo femenino con el 4,8% con alguna frecuencia, muchas veces y siempre y pocas veces con el 19,0% y nunca con el 66,7.

Se presenta a continuación el cruce de variables de sexo y conteo de calorías en restaurantes.

Tabla N° 53. Sexo y conteo de calorías en restaurantes. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Conteo de calorías en restaurantes	Nunca	66.7%	66.7%	66.7%
	Pocas veces	33.3%	28.6%	30.0%
	Con alguna frecuencia			0.0%
	Muchas veces		4.8%	3.3%
	Siempre			0.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que los pacientes de sexo masculino y se verifica que realizan conteo de calorías en restaurantes nunca con el 66,7%, pocas veces con el 33,3%. De los pacientes de sexo femenino con el 66,7% nunca, pocas veces con el 28,6% y muchas veces con el 4,8%.

Se muestra a continuación el cruce de las variables de sexo y revisar etiquetas de alimentos.

Tabla N° 53. Sexo y revisar etiquetas de alimentos. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Revisar etiquetas de alimentos	Nunca	66.7%	57.1%	60.0%
	Pocas veces	22.2%	19.0%	20.0%
	Con alguna frecuencia	11.1%	9.5%	10.0%
	Muchas veces		9.5%	6.7%
	Siempre		4.8%	3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra a continuación que los pacientes de sexo masculino que revisan etiquetas lo hacen con el 66.7% nunca, con el 22,2% pocas veces y con alguna frecuencia el 11,1%. Los pacientes de sexo femenino por el contrario lo hacen nunca con el 57,1%, pocas veces con el 19,0%, con alguna frecuencia y pocas veces con el 9,5% y siempre con el 4,8%.

Se observa el cruce de las variables de sexo y compra principalmente de alimentos pre-cocidos

Tabla N° 54. Sexo y compra principalmente de alimentos pre-cocidos. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Compra principalmente de alimentos pre-cocidos	Nunca	33.3%	61.9%	53.3%
	Pocas veces	33.3%	33.3%	33.3%
	Con alguna frecuencia	33.3%	4.8%	13.3%
	Muchas veces			0.0%
	Siempre			0.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cuadro anterior que los de sexo masculino con el 33,3% compran principalmente alimentos pre-cocidos. Por el contrario, los de sexo femenino lo hacen con el 61,9% nunca, con el 33,3% pocas veces y con alguna frecuencia el 4,8%.

Se presentan a continuación los cruces de síntomas ISRA y Sexo.

Tabla N° 55. Sexo y Preocupación. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Preocupación	Casi Nunca			0.0%
	Pocas veces	11.1%	14.3%	13.3%
	Unas veces sí, otras veces no	33.3%	33.3%	33.3%
	Muchas veces	11.1%	33.3%	26.7%
	Casi siempre	44.4%	19.0%	26.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cruce anterior que los de sexo masculino tienen preocupación con el 11,1% nunca y muchas veces, unas veces sí, otras veces no con el 33,3% y casi siempre con el 44,4%. Por otro lado, los de sexo femenino con el 14,3% pocas veces, con el 33,3% unas veces sí, otras no y muchas veces, con el 19,0% casi siempre.

Se verifica el cruce de variables de sexo y pensamientos negativos sobre uno.

Tabla Nº 56. Sexo y pensamientos negativos sobre uno mismo. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Pensamiento o sentimientos negativos sobre uno	Casi Nunca	22.2%	9.5%	13.3%
	Pocas veces	22.2%	23.8%	23.3%
	Unas veces sí, otras veces no	33.3%	23.8%	26.7%
	Muchas veces	22.2%	28.6%	26.7%
	Casi siempre		14.3%	10.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cuadro anterior que los pacientes de sexo masculino con el 22,2% lo hacen nunca, pocas veces y muchas veces y con el 33,3% unas veces sí, otras veces no. Por otro lado, los de sexo femenino con 23,8% pocas veces, unas veces sí, otras no, muchas veces con el 28,6%, con el 9,5% casi nunca y casi siempre con el 14,3%.

Se muestra el cruce de las variables sexo e inseguridad.

Tabla Nº 57. Sexo e Inseguridad. N=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Inseguridad	Casi Nunca	44.4%	9.5%	20.0%
	Pocas veces	11.1%	14.3%	13.3%
	Unas veces sí, otras veces no	11.1%	23.8%	20.0%
	Muchas veces	22.2%	38.1%	33.3%
	Casi siempre	11.1%	14.3%	13.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cuadro anterior que los correspondientes a sexo masculino tienen inseguridad con el 11,1% pocas veces, unas veces sí, otras veces no y casi siempre, casi nunca con el porcentaje de 44,4% y muchas veces 22,2%. Por otro lado, el sexo femenino tiene inseguridad con el 14,3% pocas veces y casi siempre, casi nunca con el 9,5%, unas veces sí, otras veces no con el 23,8% y muchas veces con el 38.1%.

Se muestra el cruce de las variables sexo y temor a demostrar ansiedad

Tabla Nº 58. Sexo y temor a de demostrar ansiedad. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Temor a demostrar ansiedad	Casi Nunca	55.6%	42.9%	46.7%
	Pocas veces	11.1%	14.3%	13.3%
	Unas veces sí, otras veces no	22.2%	33.3%	30.0%
	Muchas veces		9.5%	6.7%
	Casi siempre	11.1%		3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se muestra que los pacientes de sexo masculino tienen temor a demostrar ansiedad con el 1,1% pocas veces y casi siempre y con el 55,6% casi nunca, unas veces sí, otras veces no con el 22,2%. Los pacientes de sexo femenino con el 42,9% casi nunca, pocas veces con el 14,3%, unas veces sí, otras veces no con el 33,3% y muchas veces con el 9,5%.

Se muestra en siguiente cuadro el cruce de sexo y molestias en el estómago.

Tabla N° 59. Sexo y molestias en el estómago. n= 30.

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Molestias en el estómago	Casi Nunca	55.6%	9.5%	23.3%
	Pocas veces		19.0%	13.3%
	Unas veces sí, otras veces no	22.2%	14.3%	16.7%
	Muchas veces	11.1%	23.8%	20.0%
	Casi siempre	11.1%	33.3%	26.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se verifica que los pacientes de sexo masculino tienen molestias en el estómago con el 11,1% muchas veces y casi siempre, con el 55,6% casi nunca y con el 22,2% unas veces sí, otras veces no. Por otro lado, respecto al sexo femenino se observa con el 9,5% casi nunca, con el 19,0% pocas veces, con el 14% unas veces sí, otras veces no, muchas veces con el 23,8% y siempre con el 33,3%.

Se presenta el cruce de variables de Sexo y Sudor.

Tabla N°60. Sexo y sudor. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Sudor	Casi Nunca	11.1%		3.3%
	Pocas veces		23.8%	16.7%
	Unas veces sí, otras veces no	22.2%	33.3%	30.0%
	Muchas veces	66.7%	23.8%	36.7%
	Casi siempre		19.0%	13.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra con el cruce anterior que los pacientes de sexo masculino tienen sudor con el 11,1% casi nunca, con el 22,2% unas veces sí, otras veces no, y con el 66,7% muchas veces. Por el contrario, los pacientes de sexo femenino lo sienten pocas veces con el 23,8% y muchas veces y casi siempre con el 19,0%.

Se presenta el cuadro de cruce de variables sexo y Temblor.

Tabla N° 61. sexo y temblor n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Temblor	Casi Nunca	77.8%	66.7%	70.0%
	Pocas veces		4.8%	3.3%
	Unas veces sí, otras veces no		14.3%	10.0%
	Muchas veces	11.1%	14.3%	13.3%
	Casi siempre	11.1%		3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que los pacientes de sexo masculino sienten temblor con el 77,8% casi nunca y con el 11,1% muchas veces y casi siempre. Por otro lado, los de sexo femenino con el 66,7% casi nunca, pocas veces con 4,8% y el 14,3% unas veces sí, otras veces no y muchas veces.

Se verifica el cuadro de sexo y Tensión.

Tabla Nº 62. Sexo y Tensión. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Tensión	Casi Nunca	22.2%	19.0%	20.0%
	Pocas veces	11.1%	23.8%	20.0%
	Unas veces sí, otras veces no	33.3%	28.6%	30.0%
	Muchas veces	22.2%	9.5%	13.3%
	Casi siempre	11.1%	19.0%	16.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cuadro anterior que los pacientes de sexo masculino sienten tensión con el 22,2% casi nunca y muchas veces, con el 11,1% pocas veces y casi siempre y con el 33,3% unas veces sí, otras veces no. Para los pacientes de sexo femenino se muestra con el 19,0% casi nunca y casi siempre, con el 23,8% pocas veces, unas veces sí, otras veces no con el 28,6%, muchas veces con el 9,5% y casi siempre con el 19,0%.

Se muestra el cruce de variables de sexo y Palpitaciones, aceleración cardíaca.

Tabla Nº 63. Sexo y palpitaciones, aceleración cardíaca. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Palpitaciones, aceleración cardíaca	Casi Nunca	11.1%	28.6%	23.3%
	Pocas veces	44.4%	38.1%	40.0%
	Unas veces sí, otras veces no		4.8%	3.3%
	Muchas veces	33.3%	23.8%	26.7%
	Casi siempre	11.1%	4.8%	6.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que los pacientes de sexo masculino tienen palpitaciones, aceleración cardíaca con el 11,1% casi nunca y casi siempre, con el 44,4% pocas veces, y muchas veces con el 33,3%. Por otro lado, los de sexo femenino con el 4,8% unas veces sí, otras veces no, con el 28,6% casi nunca, con el 38,1% pocas veces y con el 23,8% muchas veces.

Se observa en el siguiente cuadro el cruce de Sexo y movimientos repetitivos.

Tabla Nº 64. Sexo y movimientos repetitivos. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Movimientos repetitivos	Casi Nunca	33.3%	52.4%	46.7%
	Pocas veces		19.0%	13.3%
	Unas veces sí, otras veces no	22.2%	19.0%	20.0%
	Muchas veces	22.2%	9.5%	13.3%
	Casi siempre	22.2%		6.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro anterior el sexo masculino tiene movimientos repetitivos con el 22,2% unas veces sí, otras veces no, muchas veces y casi siempre, casi nunca con el 33,3%. Por otro lado, los de sexo femenino con el 52,4% casi nunca, con el 19,0% pocas veces, unas veces sí, otras veces no y con el 9,5% muchas veces.

Se muestra el cruce de variables de Sexo y fumar, comer en exceso.

Tabla N° 65. Sexo y fumar, comer en acceso. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Fumar, comer o beber en exceso	Casi Nunca	33.3%	28.6%	30.0%
	Pocas veces	11.1%	14.3%	13.3%
	Unas veces sí, otras veces no	11.1%	14.3%	13.3%
	Muchas veces	33.3%	23.8%	26.7%
	Casi siempre	11.1%	19.0%	16.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cuadro anterior que los pacientes de sexo masculino lo hacen con el 11,1% pocas veces, unas veces sí, otras veces no y casi siempre, con el 33,3% casi nunca y muchas veces. En el sexo femenino por otro lado se muestra que el 14,3% pocas veces, unas veces sí, otras veces no, con el 28,6% casi nunca, con el 23,8% muchas veces y casi siempre con el 19,0%.

Se presenta el cuadro de variables sexo y evitar situaciones.

Tabla N° 66. Sexo y Evitar situaciones. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Evitar situaciones	Casi Nunca	11.1%	28.6%	23.3%
	Pocas veces	33.3%	14.3%	20.0%
	Unas veces sí, otras veces no	22.2%	28.6%	26.7%
	Muchas veces	22.2%	14.3%	16.7%
	Casi siempre	11.1%	14.3%	13.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que los pacientes de sexo masculino con el 11,1% casi nunca y casi siempre, pocas veces con el 33,3%, unas veces sí, otras veces no, y muchas veces con el 22,2% y casi siempre con el 11,1%. Los de sexo femenino con el 14,3% pocas veces, muchas veces y casi siempre y con el 28,6% casi nunca y unas veces sí, otras no.

Se muestran a continuación los cruces de sexo y síntomas de depresión.

Tabla N° 67. Sexo y Poca energía. n= 30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Poca energía	Si	77.8%	90.5%	86.7%
	No	22.2%	9.5%	13.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cuadro anterior que los pacientes de sexo masculino sí tienen poca energía con el 77,8% y no tienen energía con el 22,2%. Por otro lado, los de sexo femenino tiene si con el 90,5% y no con el 9,5%.

Se observa en el siguiente cruce las variables de Sexo y pérdida e interés por las cosas.

Tabla N° 68. Sexo y pérdida de interés por las cosas. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Pérdida de interés por las cosas	Si	44.4%	47.6%	46.7%
	No	55.6%	52.4%	53.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que el 44,4% del sexo masculino si tiene pérdida de interés por las cosas y el 55,6% no lo tiene, por otro lado, los pacientes de sexo femenino con el 47,6% si tienen pérdida de interés por las cosas y con el 52,4% no lo tienen.

Se muestra el cuadro de cruce de las variables Sexo y pérdida de confianza en sí mismo.

Tabla N° 69. Sexo y pérdida de confianza en sí mismo. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Pérdida de confianza en sí mismo	Si	33.3%	52.4%	46.7%
	No	66.7%	47.6%	53.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se presenta la tabla de cruce de variables de Sexo y Sentir desesperanza.

Tabla N° 70. Sexo y sentir desesperanza. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
¿Sentir desesperanza?	Si	44.4%	38.1%	40.0%
	No	55.6%	61.9%	60.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cuadro anterior que los pacientes de sexo masculino si sienten desesperanza con el 44,4% y no lo sienten con el 55,6%. Por el contrario, los pacientes de sexo femenino si sienten desesperanza con el 38,1% y no sienten desesperanza con el 61,9%.

Se observa a continuación el cruce de variables de sexo y dificultades en la concentración.

Tabla N° 71. Sexo y dificultades en la concentración. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Dificultades en la concentración	Si	44.4%	61.9%	56.7%
	No	55.6%	38.1%	43.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cruce anterior que los pacientes de sexo masculino sí tienen dificultades en la concentración con el 44,4% y no la tienen con el 55,6%. Los de sexo femenino si tienen dificultades en la concentración con el 61,9% y no lo tienen con el 38,1%.

Se presenta el cuadro de cruce de variables de Sexo y pérdida de peso.

Tabla N° 72. Sexo y pérdida de peso. n=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Pérdida de peso	Si			0.0%
	No	100.0%	100.0%	100.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se ve en la tabla anterior se muestra que los pacientes de sexo masculino y femenino no tienen pérdida de peso con el 100% en ambos casos.

Se presenta el cruce de variables de sexo y despertar demasiado temprano.

Tabla N° 73. Sexo y Despertar demasiado temprano. N=30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Despertar demasiado temprano	Si	22.2%	38.1%	33.3%
	No	77.8%	61.9%	66.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En este cuadro se muestra que los pacientes de sexo masculino se despiertan demasiado temprano el 22,2% y no lo hacen el 77,8%. Por otro lado, los pacientes de sexo femenino se despiertan demasiado temprano con el 38,1% y no lo hacen con el 61,9%.

Se observa a continuación la tabla de cruce de variables de sexo y encontrarse peor por las mañanas.

Tabla N° 74. Sexo y encontrarse peor por las mañanas. n= 30

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Encontrarse peor por las mañanas	Si	11.1%	28.6%	23.3%
	No	88.9%	71.4%	76.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los pacientes de sexo masculino se encuentran peor por las mañanas con el 11,1% y no lo hacen con el 88,9%. Los pacientes de sexo femenino si lo hacen con 28,6% y no se encuentran peor por las mañanas con el 71,4%.

Se muestra a continuación los cruces de las variables de edad y conductas alimentarias.

Tabla N° 75. Edad y cocción con mínima cantidad de aceite. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Al cocinar pongo cantidad mínima de aceite	Nunca	26,7%	50,0%	46,2%		
	Pocas veces	26,7%		23,1%	42,9%	33,3%
	Con alguna frecuencia	23,3%		7,7%	42,9%	50,0%
	Muchas veces	6,7%		7,7%	14,3%	
	Siempre	16,7%	50,0%	15,4%		16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cuadro anterior que los pacientes de 19 a 29 años utilizan poca cantidad de aceite al cocinar nunca y pocas veces con el 26,7%, con alguna frecuencia el 23,3%, muchas veces con el 6,7% y siempre con el 16,7%. Los de 30 a 39 años con nunca el 50,0% y siempre con el otro 50,0% restante. Los de 40 a 49 años con el 42,9% pocas veces y con alguna frecuencia y muchas veces con el 14,3%. Los pacientes de 50 a 59 años nunca con el 33,3%, con el 50,0% con alguna frecuencia y siempre con el 16,7%.

Se presenta el cruce de variables de edad y conciencia de calorías.

Tabla Nº 76. Edad y conciencia de calorías. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Soy consciente de las calorías	Nunca	43,3%	75,0%	30,8%	28,6%	66,7%
	Pocas veces	36,7%	25,0%	46,2%	28,6%	33,3%
	Con alguna frecuencia	6,7%		15,4%		
	Muchas veces	10,0%			42,9%	
	Siempre	3,3%		7,7%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cuadro anterior que los pacientes de 19 a 29 años que son conscientes de las calorías con el 75,0% nunca y pocas veces con el 25,0%. Los pacientes de 30 a 39 años nunca con el 30,8%, pocas veces con el 46,2%, con alguna frecuencia el 15,4% y siempre con el 7,7%. De 40 a 49 años nunca y pocas veces con el 28,6% y muchas veces con el 42,9%. De 50 a 59 años con nunca el 66,7% y con el 33,3%.

Se observa el cruce de las variables edad y picotear alimentos con bajas calorías.

Tabla Nº 77. Edad y picotear alimentos de bajas calorías. n=30.

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Si pico, tomo alimentos bajos en calorías	Nunca	16,7%	75,0%	15,4%		
	Pocas veces	33,3%		38,5%	57,1%	16,7%
	Con alguna frecuencia	43,3%	25,0%	46,2%	28,6%	66,7%
	Muchas veces	3,3%				16,7%
	Siempre	3,3%			14,3%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cuadro anterior que los pacientes de 19 a 29 años picotean alimentos de bajas calorías nunca con el 75,0% y con alguna frecuencia el 25,0%. De 30 a 39 años con nunca el 15,4% pocas veces con el 38,5% y con alguna frecuencia el 46,2%. De 40 a 49 años con el 57,1%, con alguna frecuencia el 28,6% y siempre con el 14,3%. De 50 a 59 años con el 16,7%, pocas veces, con alguna frecuencia el 66,7% y muchas veces con el 16,7%.

Se observa el cruce de las variables de edad y consumo diario de verduras.

Tabla Nº 78. Edad y consumo diario de verduras. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Como verduras todos los días	Nunca	6,7%	25,0%			16,7%
	Pocas veces	20,0%	50,0%	7,7%	28,6%	16,7%
	Con alguna frecuencia	23,3%		38,5%	14,3%	16,7%
	Muchas veces	16,7%		30,8%		16,7%
	Siempre	33,3%	25,0%	23,1%	57,1%	33,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se ve en el cuadro anterior que los pacientes de 19 a 29 años consumen verduras diariamente con el 25,0% nunca, 50,0% pocas veces y siempre con el 25,0%. De 30 a 39 años pocas veces con el 7,7%, con alguna frecuencia 38,5%, muchas veces con el 30,8% y siempre con el 23,1%. De 40 a 49 años pocas veces con el 28,6%, con alguna frecuencia el 14,3% y siempre con el 57,1%. De 50 a 59 años con el 16,7% nunca, pocas veces, con alguna frecuencia y muchas veces y siempre con el 33,3%.

A continuación, se muestra el cruce de las variables edad y consumo de lácteos descremados.

Tabla Nº 79. Edad y consumo de lácteos descremados. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Los lácteos que tomo son descremados	Nunca	20,0%	25,0%	7,7%	14,3%	50,0%
	Pocas veces	26,7%	50,0%	23,1%	42,9%	
	Con alguna frecuencia	16,7%	25,0%	7,7%	28,6%	16,7%
	Muchas veces	6,7%		7,7%		16,7%
	Siempre	30,0%		53,8%	14,3%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro anterior se muestra que los pacientes de 19 a 29 años que consumen lácteos descremados con nunca y con alguna frecuencia el 25,0%, y pocas veces con el 50,0%. De 30 a 39 años con el 7,7% nunca, con alguna frecuencia y muchas veces, con el 23,1% pocas veces y con el 53,8% siempre. De 40 a 49 años con el 14,3% nunca, con el 42,9% pocas veces, con alguna frecuencia 28,6% y siempre con el 14,3%. De 50 a 59 años con el 50% nunca y con el 16,7% con alguna frecuencia, muchas veces y siempre.

Se observa cruce de edad y consumo de carne, pescado a la plancha o al horno.

Tabla Nº 80. Edad y consumo de carne, pescado a la plancha o al horno. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Como la carne, el pescado a la plancha o al horno	Nunca	6,7%	25,0%			16,7%
	Pocas veces	16,7%	25,0%	15,4%	14,3%	16,7%
	Con alguna frecuencia	16,7%	25,0%	30,8%		
	Muchas veces	16,7%		15,4%	14,3%	33,3%
	Siempre	43,3%	25,0%	38,5%	71,4%	33,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se verifica que los pacientes de 19 a 29 años consumen carne, pescado a la plancha o al horno con el 25,0% nunca, pocas veces, con alguna frecuencia y siempre. De 30 a 39 años pocas veces y muchas veces con el 15,4%, con alguna frecuencia el 30,8% y el 38,5% siempre. De 40 a 49 años con el 14,3% pocas veces y muchas veces y siempre con el 71,4%. De 50 a 59 años con el 16,7% nunca y pocas veces y con el 33,3% muchas veces y siempre.

Se presenta el cruce de las variables de edad y consumo de alimentos frescos en vez de platos pre cocidos.

Tabla Nº 81. Edad y consumo de alimentos frescos en vez de platos pre cocidos. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Tomo alimentos frescos en vez de platos precocinados	Nunca	6,7%	25,0%			16,7%
	Pocas veces	10,0%	25,0%	7,7%		16,7%
	Con alguna frecuencia	30,0%	25,0%	30,8%	28,6%	33,3%
	Muchas veces	26,7%	25,0%	30,8%	14,3%	33,3%
	Siempre	26,7%		30,8%	57,1%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

De los datos del gráfico anterior se ve que los pacientes de 10 a 29 años que toman alimentos frescos en vez de pre cocidos con el 25,0% nunca, pocas veces, con alguna frecuencia y muchas veces. De 30 a 39 años con el 7,7% pocas veces, con el 30,8% con alguna frecuencia, muchas veces y siempre. De 40 a 49 años con alguna frecuencia de 28,6%, con el 14,3% muchas veces y siempre con el 57,1%. De 50 a 59 años con el 16,7% nunca y pocas veces y con el 33,3% con alguna frecuencia y muchas veces.

Se observa el cruce de las variables edad y servirse raciones pequeñas.

Tabla Nº 82. Edad y servir raciones pequeñas. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Me sirvo raciones pequeñas	Nunca	36,7%	50,0%	38,5%	42,9%	16,7%
	Pocas veces	40,0%	50,0%	38,5%	28,6%	50,0%
	Con alguna frecuencia	13,3%		15,4%	14,3%	16,7%
	Muchas veces	6,7%		7,7%		16,7%
	Siempre	3,3%			14,3%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior se registra que los pacientes de 19 a 29 años con el 50,0% lo hacen nunca, y pocas veces. De 30 a 39 años con el 38,5% nunca y pocas veces, con alguna frecuencia el 15,4% y muchas veces el 7,7%. De 40 a 49 años con nunca el 42,9%, con el 28,6% pocas veces, con alguna frecuencia y muchas veces con el 14,3%. De 50 a 59 años con el 16,7% nunca, con alguna frecuencia y muchas veces y pocas veces con el 50,0%.

Se muestra el cruce de variables de edad y programa de ejercicios físicos.

Tabla N° 83. Edad y programa de ejercicios físicos. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Realizo programa de ejercicios físicos	Nunca	30,0%	25,0%	23,1%	28,6%	50,0%
	Pocas veces	33,3%	25,0%	30,8%	42,9%	33,3%
	Con alguna frecuencia	20,0%		38,5%	14,3%	
	Muchas veces	3,3%	25,0%			
	Siempre	13,3%	25,0%	7,7%	14,3%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cuadro anterior que los pacientes de 19 a 29 años realizan programa de ejercicios con el 25,0% nunca, pocas veces, muchas veces y siempre. De 30 a 39 años con el 23,1% nunca, pocas veces con el 30,8%, con alguna frecuencia el 38,5% y siempre con el 7,7%. Los de 40 a 49 años con el 28,6% nunca, con el 42,9% pocas veces y con el 14,3% con alguna frecuencia y siempre. De 50 a 59 años con el 50,0% nunca, con el 33,3% pocas veces y siempre con el 16,7%.

Se observa el cuadro con el cruce de las variables de edad y colaciones con pocas calorías.

Tabla N° 84. Edad colaciones con pocas calorías. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Cuando tengo hambre entre horas tomo tentempiés con pocas calorías	Nunca	36,7%	75,0%	30,8%	14,3%	50,0%
	Pocas veces	23,3%		30,8%	14,3%	33,3%
	Con alguna frecuencia	33,3%	25,0%	38,5%	57,1%	
	Muchas veces	3,3%				16,7%
	Siempre	3,3%			14,3%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el gráfico anterior que los pacientes de 19 a 29 años con el 75,0% lo hacen nunca y con el 25,0% con alguna frecuencia. De 30 a 39 años con el 30,8% nunca y pocas veces y con el 38,5% con alguna frecuencia. Los de 40 a 49 años con el 14,3% nunca y pocas veces, con alguna frecuencia el 57,1% y siempre con el 14,3%. Y de 50 a 59 años con el 50,0% nunca, con el 33,3% pocas veces y muchas veces con el 16,7%.

Se muestra a continuación el cuadro de edad y picoteo con bajo estado anímico.

Tabla N° 85. Edad y picoteo con bajo estado anímico. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Picoteo si estoy bajo de animo	Nunca	20,0%	25,0%	30,8%	14,3%	
	Pocas veces	10,0%		7,7%	14,3%	16,7%
	Con alguna frecuencia	13,3%		15,4%	14,3%	16,7%
	Muchas veces	33,3%	75,0%	23,1%	14,3%	50,0%
	Siempre	23,3%		23,1%	42,9%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cuadro anterior se observa que los pacientes de 19 a 29 años picotean cuando están bajos de ánimo con el 25,0% nunca y con el 75,0% muchas veces. Los de 30 a 39 años con el 30,8% nunca, pocas veces con el 7,7%, con el 15,4% con alguna frecuencia y con el 23,1% muchas veces y siempre. Los de 40 a 49 años con el 14,3% nunca, pocas veces, con alguna frecuencia, muchas veces y siempre con el 42,9%. De 50 a 59 años con el 16,7% pocas veces, con alguna frecuencia y siempre y con el 50,0% muchas veces.

Se muestra el cruce de variables de edad y consumo de carnes grasas.

Tabla Nº 86. Edad y consumo de carnes de grasas. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Como carnes grasas	Nunca	20,0%	75,0%	7,7%	14,3%	16,7%
	Pocas veces	20,0%	25,0%	23,1%	14,3%	16,7%
	Con alguna frecuencia	23,3%		30,8%	28,6%	16,7%
	Muchas veces	26,7%		23,1%	42,9%	33,3%
	Siempre	10,0%		15,4%		16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cruce anterior que los pacientes de 19 a 29 años consumen carnes grasas con el 75,0% nunca y con el 25,0% pocas veces. De 30 a 39 años con el 7,7% nunca. Con el 23,1% pocas veces, con el 30,8% con alguna frecuencia, muchas veces con el 23,1% y siempre con el 15,4%. Los de 40 a 49 años con el 14,3% nunca, pocas veces, con el 28,6% con alguna frecuencia y muchas veces con el 42,9%. De 50 a 59 años con el 16,7% nunca, pocas veces, con alguna frecuencia con el 33,3% muchas veces y con el 16,7% siempre.

Se presenta el cruce de las variables de edad y realizar ejercicio físico regularmente.

Tabla Nº 87. Edad y realizar ejercicios físicos regularmente. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Hago ejercicio físico regularmente	Nunca	30,0%	50,0%	30,8%	14,3%	33,3%
	Pocas veces	43,3%	25,0%	38,5%	71,4%	33,3%
	Con alguna frecuencia	16,7%		23,1%		33,3%
	Siempre	10,0%	25,0%	7,7%	14,3%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cuadro anterior que los pacientes de 19 a 29 años realizan ejercicio físico regularmente con el 50,0% nunca, con el 25,0% pocas veces y con el 25,0% siempre. Los de 30 a 39 años con el 30,8% nunca, con el 38,5% pocas veces, con el 23,1% con alguna frecuencia y siempre con el 7,7%. De 40 a 49 años con el 14,3% nunca, con el 71,4% pocas veces y con el 14,3% siempre. Los de 50 a 59 años con el 33,3% nunca, pocas veces y con alguna frecuencia.

Se observa el cuadro de las variables de edad y esperar unos minutos antes comer.

Tabla Nº 88. Edad y esperar unos minutos antes de comer. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Cuando me parece comer algo espero unos minutos antes	Nunca	36,7%	50,0%	46,2%	14,3%	33,3%
	Pocas veces	36,7%	25,0%	23,1%	42,9%	66,7%
	Con alguna frecuencia	13,3%		7,7%	42,9%	
	Muchas veces	10,0%		23,1%		
	Siempre	3,3%	25,0%			
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa de los datos anteriores que los pacientes de 19 a 29 años con el 50,0% con nunca, con el 25,0% pocas veces y siempre con el 25,0%. De 30 a 39 años con el 46,2% nunca, con el 23,1% pocas veces, con el 7,7% con alguna frecuencia y muchas veces con el 23,0%. De 40 a 49 años con el 14,3% nunca y con el 42,9% pocas veces y con alguna frecuencia. De 50 a 59 años con el 33,3% nunca, y con el 66,7% pocas veces.

Se presenta el cruce de las variables de edad y Picoteo ante ansiedad.

Tabla Nº 89. Edad y picoteo ante ansiedad. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Picoteo si tengo ansiedad	Nunca	13,3%	25,0%	7,7%	14,3%	16,7%
	Pocas veces	16,7%	25,0%	15,4%	14,3%	16,7%
	Con alguna frecuencia	10,0%		15,4%	14,3%	
	Muchas veces	33,3%	50,0%	30,8%	14,3%	50,0%
	Siempre	26,7%		30,8%	42,9%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se indica en el cuadro anterior que los pacientes de 19 a 29 años picotean ante ansiedad con el 25,0% nunca, pocas veces y con el 50,0% muchas veces. Los de 30 a 39 años con 7,7% nunca, con el 15,4% pocas veces, con alguna frecuencia y pocas veces, con el 30,8% muchas veces y siempre. De 40 a 49 años con el 14,3% nunca, pocas veces, con alguna frecuencia y muchas veces y con el 42,9% siempre. Los 50 a 59 años con el 16,7% nunca, pocas veces y siempre y con el 50,0% muchas veces.

Se observa el cruce de variables de edad y sacar tiempo diario para hacer ejercicio.

Tabla Nº 90. Edad y sacar tiempo diarios para hacer ejercicio. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Saco tiempo cada día para hacer ejercicio	Nunca	53,3%	75,0%	46,2%	57,1%	50,0%
	Pocas veces	20,0%		23,1%	28,6%	16,7%
	Con alguna frecuencia	10,0%		15,4%		16,7%
	Muchas veces	6,7%		7,7%		16,7%
	Siempre	10,0%	25,0%	7,7%	14,3%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

De los datos anteriores se muestra que los pacientes de 19 a 29 años sacan tiempo diario para realizar ejercicios con el 75,0% nunca y con el 25,0% siempre. De los de 30 a 39 años con el 46,2% nunca, con el 23,1% pocas veces, con alguna frecuencia con el 15,4%, muchas y siempre con el 7,7%. De 40 a 49 años con el 57,1% nunca, con el 28,6% pocas veces y muchas veces con el 14,3%. De 50 a 59 años con el 50,0% nunca, con el 16,7% pocas veces, con alguna frecuencia y muchas veces.

Se presenta el cruce de variables de edad y consumo de bebidas de baja graduación alcohólica.

Tabla N° 91. Edad y consumo de bebidas de baja graduación alcohólica. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Tomo bebidas de baja graduación alcohólica	Nunca	33,3%	75,0%	38,5%		33,3%
	Pocas veces	40,0%		46,2%	57,1%	33,3%
	Con alguna frecuencia	10,0%		7,7%	28,6%	
	Muchas veces	3,3%				16,7%
	Siempre	13,3%	25,0%	7,7%	14,3%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa del cuadro anterior que los pacientes de 19 a 29 años toman bebidas con baja graduación alcohólica con nunca el 75,0% y con el 25,0% siempre. De 30 a 39 años con el 38,5% nunca, pocas veces con el 46,2% y con alguna frecuencia y siempre con el 7,7%. De 40 a 49 años con el 57,1% pocas veces, con el 28,6% con alguna frecuencia y siempre con el 14,3%. De 50 a 59 años con el 33,3% nunca y pocas veces, con el 16,7% muchas veces y siempre.

Se muestran las variables de edad y tener hambre por aburrimiento.

Tabla N° 92. Edad y tener hambre por aburrimiento. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Cuando estoy aburrido me da hambre	Nunca	10,0%	25,0%	7,7%		16,7%
	Pocas veces	20,0%	25,0%	23,1%	14,3%	16,7%
	Con alguna frecuencia	6,7%			28,6%	
	Muchas veces	40,0%		46,2%	42,9%	50,0%
	Siempre	23,3%	50,0%	23,1%	14,3%	16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior surge que de 19 a 29 años tienen hambre por aburrimiento con el 25,0% nunca y pocas veces y siempre con el 50,0%. De 30 a 39 años con el 7,7% nunca, con el 23,1% pocas veces y siempre y con el 46,2% muchas veces. De 40 a 49 años con el 14,3% pocas veces y siempre, con el 28,6% con alguna frecuencia y muchas veces con el 42,9%. De 50 a 59 años con el 16,7% nunca, pocas veces y siempre y muchas veces con el 50,0%.

Se muestra el cruce de variables de edad y consumo de bebidas de alta graduación alcohólica.

Tabla N° 93. Edad y consumo de bebidas de alta graduación alcohólica. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Tomo bebidas de alta graduación alcohólica	Nunca	73,3%	75,0%	100,0%	57,1%	33,3%
	Pocas veces	16,7%			28,6%	50,0%
	Con alguna frecuencia	3,3%	25,0%			
	Muchas veces	3,3%			14,3%	
	Siempre	3,3%				16,7%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se ve que los pacientes de 19 a 29 años consumen bebidas de alta graduación alcohólica con el 75,0% nunca y con el 25,0% con alguna frecuencia. De 30 a 39 años nunca con el 100%. De 40 a 49 años con el 57,1% nunca, con el 28,6% pocas veces y con el 14,3% muchas veces. De 50 a 59 años con el 33,3% nunca, con el 50,0% pocas veces y siempre con el 16,7%.

Se observan las variables de edad y conteo de calorías al comer en restaurantes.

Tabla N° 94. Edad y conteo de calorías al comer en restaurantes. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Cuando como en restaurante tengo en cuenta las	Nunca	66,7%	100,0%	53,8%	57,1%	83,3%
	Pocas veces	30,0%		38,5%	42,9%	16,7%
	Muchas veces	3,3%		7,7%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior surge que los pacientes de 19 a 29 años realizan conteo de calorías en restaurantes con el 100,0% nunca. De 30 a 39 años con el 53,8% nunca, con el 38,5% pocas veces y con el 7,7% muchas veces. De 40 a 49 años con el 57,1% nunca y pocas veces con el 42,9%. De 50 a 59 años con el 83,3% nunca y con el 16,7% pocas veces.

Se observa el cruce de las variables de edad y revisar etiquetas de los alimentos.

Tabla N° 95. Edad y Revisar etiquetas de alimentos. n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Reviso etiqueta de alimentos	Nunca	60,0%	50,0%	53,8%	57,1%	83,3%
	Pocas veces	20,0%	25,0%	15,4%	28,6%	16,7%
	Con alguna frecuencia	10,0%	25,0%	15,4%		
	Muchas veces	6,7%		7,7%	14,3%	
	Siempre	3,3%		7,7%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior se muestra que los pacientes de 19 a 29 años revisan etiquetas de los alimentos con el 50,0% nunca, con el 25,0% pocas veces y con alguna frecuencia. De 30 a 39 años con el 53,8% nunca, con el 15,4% pocas veces y con alguna frecuencia, con el 7,7% muchas veces y siempre. De 40 a 49 años con el 57,1% nunca, con el 28,6% pocas veces y con el 14,3% muchas veces. De 50 a 59 años con el 83,3% nunca y con el 16,7% pocas veces.

Se muestra el cruce de edad y compra de alimentos principalmente pre - cocidos.

Tabla N° 96. Edad y compra de alimentos principalmente pre - cocidos . n=30

		Total	Rango de Edad			
			19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años
Compra principalmente alimentos	Nunca	53,3%	100,0%	38,5%	57,1%	50,0%
	Pocas veces	33,3%		61,5%	14,3%	16,7%
	Con alguna frecuencia	13,3%			28,6%	33,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa del cuadro anterior se demuestra que los pacientes de 19 a 29 años que compran alimentos principalmente pre –cocidos con el 100,0% nunca. De 30 a 39 años con el 38,5% nunca, y con el 61,5% pocas veces. De 40 a 49 años con el 57,1% nunca, con el 14,3 5 pocas veces y con alguna frecuencia el 28,6%. De 50 a 59 años con el 50,0% nunca, con el 16,7% pocas veces y con el 33,3% con alguna frecuencia.

Se presta el cruce de variables de Edad y de ISRA.

Tabla N° 97. Edad y preocupación. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Preocupación	Pocas veces	25.0%	7.7%	28.6%		13.3%
	Unas veces sí, otras veces no	25.0%	38.5%	28.6%	33.3%	33.3%
	Muchas veces		30.8%	28.6%	33.3%	26.7%
	Casi siempre	50.0%	23.1%	14.3%	33.3%	26.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Sé que los pacientes de 19 a 29 años con el 25,0% pocas veces, con el 25,0% unas veces sí, otras veces no y con el 50,0% casi siempre. De 30 a 39 años con el 7,7% pocas veces, con el 38,5% unas veces sí, otras veces no, con el 30,8% muchas veces y casi siempre con el 23,1%. De 40 a 49 años con el 28,6% pocas veces, unas veces sí, otras veces no, muchas veces y casi siempre con el 14,3%. De 50 a 59 años con el 33,3% unas veces sí, muchas veces y casi siempre.

Se observa el cuadro de variables de edad y pensamiento negativos sobre uno mismo.

Tabla N° 98. Edad y pensamientos negativos sobre uno mismo. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Pensamiento o sentimientos negativos sobre uno	Casi Nunca		7.7%	14.3%	33.3%	13.3%
	Pocas veces		15.4%	57.1%	16.7%	23.3%
	Unas veces sí, otras veces no	25.0%	38.5%		33.3%	26.7%
	Muchas veces	50.0%	30.8%	14.3%	16.7%	26.7%
	Casi siempre	25.0%	7.7%	14.3%		10.0%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que los pacientes de 19 a 29 años con el 25,0% unas veces sí, otras veces no, con el 50,0% muchas veces y casi siempre con el 25,0%. De 30 a 39 años con el 7,7% casi nunca, pocas veces con el 15,4%, unas veces sí, otras veces no con el 38,5%, muchas veces con el 30,8%y casi siempre con el 7,7%. De 40 a 49 años con el 14,3%, casi nunca, muchas veces y casi siempre y con el 57,1% pocas veces. De 50 a 59 años con el 33,3% casi nunca, unas veces sí, otras no y con 16,7% muchas veces y pocas veces.

Se presenta el cruce de edad y de inseguridad.

Tabla N° 99. Edad e inseguridad. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Inseguridad	Casi Nunca	25.0%	7.7%	28.6%	33.3%	20.0%
	Pocas veces	25.0%	7.7%	28.6%		13.3%
	Unas veces sí, otras veces no		7.7%	28.6%	50.0%	20.0%
	Muchas veces		61.5%	14.3%	16.7%	33.3%
	Casi siempre	50.0%	15.4%			13.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se ve de la tabla anterior que de 19 a 29 años con el 25,0% casi nunca y pocas veces, con el 50,0% casi siempre. De 30 a 39 años con el 7,7% casi nunca, pocas veces y unas veces sí y otras veces no, muchas veces con el 61,5% y casi siempre con el 15,4%. De 40 a 49 años con unas veces sí, otras veces no y con el 28,6% casi nunca, pocas veces, unas veces sí, otras veces no y con el 15,3%. De 50 a 59 años con el 33,3% casi nunca, unas veces sí, otras veces no con el 50,0% y muchas veces con el 16,7%.

Se observa el cuadro de las variables de edad y temor a que se note la ansiedad.

Tabla N° 100. Edad y temor a que se note la ansiedad. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Temor a que se note la ansiedad	Casi Nunca	25.0%	53.8%	42.9%	50.0%	46.7%
	Pocas veces		23.1%		16.7%	13.3%
	Unas veces sí, otras veces no	75.0%	7.7%	42.9%	33.3%	30.0%
	Muchas veces		7.7%	14.3%		6.7%
	Casi siempre		7.7%			3.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra anteriormente que los pacientes de 19 a 29 años con el 25,0% casi nunca tienen temor a que se note la ansiedad, con el 75,0% unas veces sí, otras veces no. De 30 a 39 años con el 53,8% casi nunca, con el 23,1% pocas veces y con el 7,7% unas veces sí, otras no, muchas veces y casi siempre. De 40 a 49 años con el 50,0% casi nunca, con el 16,7% pocas veces y unas veces sí, otras no con el 14,3%. De 50 a 59 años con el 50,0% casi nunca, con el 16,7% pocas veces y con el 33,3% unas veces sí, otras no.

Se presenta el cruce de variables de edad y molestias en el estómago.

Tabla N° 101. Edad y molestias en el estómago. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Molestias en el estómago	Casi Nunca	25.0%	15.4%	14.3%	50.0%	23.3%
	Pocas veces		23.1%	14.3%		13.3%
	Unas veces sí, otras veces no		23.1%	28.6%		16.7%
	Muchas veces	25.0%	23.1%	28.6%		20.0%
	Casi siempre	50.0%	15.4%	14.3%	50.0%	26.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los de 29 a 39 años con el 25,0% sienten molestias en el estómago nunca, con el 25,0% muchas veces y con el 50,0% casi siempre. De 40 a 49 años con el 14,3% casi nunca y pocas veces y casi siempre con el 28,6% unas veces sí, otras no y muchas veces con el 28,6%. De 50 a 59 años con el 50,0% casi nunca y con el 50,0% restante casi siempre.

Se ve el cruce de edad y sudor.

Tabla N° 102. Edad y sudor. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Sudor	Casi Nunca				16.7%	3.3%
	Pocas veces	25.0%	15.4%	28.6%		16.7%
	Unas veces sí, otras veces no	25.0%	38.5%		50.0%	30.0%
	Muchas veces	25.0%	30.8%	57.1%	33.3%	36.7%
	Casi siempre	25.0%	15.4%	14.3%		13.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior surge que los pacientes de 19 a 29 años con el 25,0% tienen sudor pocas veces, unas veces sí, otras no, muchas veces y casi siempre. De 30 a 39 años con el 15,4% pocas veces, y casi siempre, con el 38,5% unas veces sí, otras no, con el 30,8% muchas veces y casi siempre con el 15,4%. De 40 a 49 años

Se muestra en el siguiente cuadro el cruce de las variables de edad y temblor.

Tabla N° 103. Edad y Temblor. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Temblor	Casi Nunca	75.0%	61.5%	57.1%	100.0%	70.0%
	Pocas veces		7.7%			3.3%
	Unas veces sí, otras veces no	25.0%	7.7%	14.3%		10.0%
	Muchas veces		15.4%	28.6%		13.3%
	Casi siempre		7.7%			3.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa de los datos anteriores que los pacientes de 19 a 29 años sienten temblor con el 75,0% casi nunca y con el 25,0% unas veces sí, otras veces no.

Se muestra a continuación el cruce de las variables de edad y tensión.

Tabla N° 104. Edad y Temblor. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Tensión	Casi Nunca	50.0%	15.4%		33.3%	20.0%
	Pocas veces		23.1%	42.9%		20.0%
	Unas veces sí, otras veces no	25.0%	38.5%	42.9%		30.0%
	Muchas veces	25.0%	23.1%			13.3%
	Casi siempre			14.3%	66.7%	16.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla se muestra el cruce de edad y tensión donde los pacientes de 19 a 29 años con el 50,0% lo hacen nunca, con el 25,0% unas veces sí, otras no y muchas veces.

De 30 a 39 años con el 15,4% casi nunca, con el 23,1% pocas veces y muchas veces y con el 38,5% unas veces sí, otras no. De 40 a 49 años con el 42,9% pocas veces, unas veces sí, otras no y con el 14,3% casi siempre. De 50 a 59 años con el 33,3% casi nunca y con el 66,7% casi siempre.

Se observa en el siguiente cuadro el cruce de las variables de edad y palpitations, aceleración cardíaca

Tabla N° 105. Edad y palpitations, aceleración cardíaca. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Palpitations, aceleración cardíaca	Casi Nunca	50.0%	23.1%		33.3%	23.3%
	Pocas veces		38.5%	85.7%	16.7%	40.0%
	Unas veces sí, otras veces no				16.7%	3.3%
	Muchas veces	50.0%	30.8%	14.3%	16.7%	26.7%
	Casi siempre		7.7%		16.7%	6.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que los pacientes de 19 a 29 años tienen palpitations, aceleración cardíaca con el 50,0% casi nunca y unas veces sí, otras no con el 50,0% restante. De 30 a 39 años con el 46,2% casi nunca, con el 23,1% pocas veces, con el 7,7% unas veces sí, otras veces no y casi siempre y con el 15,4% muchas veces. De 40 a 49 años con el 85,7% pocas veces y con el 14,3% muchas veces. De 50 a 59 años con el 33,3% casi nunca y con el 16,7% pocas veces, unas veces sí, otras no, muchas veces y casi siempre.

Se presenta en la tabla siguiente el cruce de edad y movimientos repetitivos.

Tabla N°106. Edad y movimientos repetitivos. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Movimientos repetitivos	Casi Nunca	50.0%	46.2%	42.9%	50.0%	46.7%
	Pocas veces		23.1%	14.3%		13.3%
	Unas veces sí, otras veces no	50.0%	7.7%	14.3%	33.3%	20.0%
	Muchas veces		15.4%	28.6%		13.3%
	Casi siempre		7.7%		16.7%	6.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100,00

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra de 19 a 29 años que lo hacen con el 50,0% casi nunca y unas veces sí, otras veces no con el 50,0% restante. De 30 a 39 años con el 46,25 casi nunca, con el 23,1% pocas veces, con el 7,7% unas veces sí, otras no y casi siempre y con el 15,4% muchas. De 40 a 49 años con el 42,9% casi nunca, con el 14,3% pocas veces, unas veces sí, otras no y muchas veces con el 28,6%. De 50 a 59 años con el 50,0% casi nunca, con el 33,3% unas veces sí, otras no y con el 16,7% casi siempre.

Se presenta la tabla de variables de edad y de fumar, comer o beber en exceso.

Tabla N°107. Edad y fumar, comer o beber en exceso. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Fumar, comer o beber en exceso	Casi Nunca		30.8%	28.6%	50.0%	30.0%
	Pocas veces	25.0%	7.7%	14.3%	16.7%	13.3%
	Unas veces sí, otras veces no		23.1%	14.3%		13.3%
	Muchas veces	50.0%	15.4%	42.9%	16.7%	26.7%
	Casi siempre	25.0%	23.1%		16.7%	16.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

De 19 a 29 años con el 25,0% lo hacen pocas veces y casi siempre y con el 50,0% muchas veces. De 30 a 39 años con el 30,8% casi nunca, con el 7,7% pocas veces, con el 23,1% unas veces sí, otras no y casi siempre y con el 23,1%. De 40 a 49 años con el 28,6% casi nunca, con el 14,3% pocas veces, unas veces sí, otras no y muchas veces con el 42,9%. De 50 a 59 años con el 50,0% casi nunca, con el 16,7% pocas veces, muchas veces y casi siempre.

Se muestra el cuadro con las variables de edad y evitar situaciones.

Tabla N° 108. Edad y evitar situaciones. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Evitar situaciones	Casi Nunca	50.0%	15.4%	14.3%	33.3%	23.3%
	Pocas veces		15.4%	42.9%	16.7%	20.0%
	Unas veces sí, otras veces no		46.2%		33.3%	26.7%
	Muchas veces		15.4%	28.6%	16.7%	16.7%
	Casi siempre	50.0%	7.7%	14.3%		13.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se ve que de 19 a 29 años evitan situaciones con el 50,0% nunca y casi siempre. De 30 a 39 años con el 15,4% casi nunca, pocas veces y muchas veces, con el 46,2% unas veces sí, otras no y con el 7,7% casi siempre. De 40 a 49 años con el 14,3% casi nunca y casi siempre. De 40 a 49 años con el 14,3% casi nunca, casi siempre, con el 42,9% pocas veces y con el 28,6% muchas veces. De 50 a 59 años con el 33,3% casi nunca, unas veces sí, otras no, y con el 16,7% pocas veces y muchas veces.

Se muestra a continuación el cruce de variables de edad y depresión.

Tabla N° 109. Edad y sentirse con poca energía. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Sentirse con poca energía	Si	75.0%	84.6%	85.7%	100.0%	86.7%
	No	25.0%	15.4%	14.3%		13.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Se muestra en el cuadro anterior que en el rango etario de 19 a 29 años se sienten con poca energía el 75,0%, y no lo hacen con el 25,0%. De 30 a 39 años si se sienten con poca energía con el 84,6% y no lo hacen con el 15,4%. De 40 a 49 años si se sienten con poca energía el 85,7% y no lo hacen con el 14,3%. De 50 a 59 años si se sienten con poca energía el 100,00%.

Se observa el cruce de edad y pérdida de interés por las cosas.

Tabla N° 110. Edad y pérdida de interés por las cosas. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Pérdida de interés por las cosas	Si	50.0%	38.5%	57.1%	50.0%	46.7%
	No	50.0%	61.5%	42.9%	50.0%	53.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro anterior se verifica que los pacientes de 19 a 29 años pierden el interés por las cosas con 50,0% y no lo pierden con el 50,0% restante. Los de 30 a 39 años si lo pierden con 38,5% y no pierden con el 61,5%. De 40 a 49 años si pierden el interés por las cosas con el 57,1% y no lo hacen con el 42,9%. Y los pacientes de 50 a 59 años con si el 50,0% y con no el otro 50,0%.

A continuación, se presenta el cuadro de cruce de variables de edad y pérdida de confianza en sí mismo.

Tabla N° 111. Edad y pérdida de confianza en sí mismo. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Pérdida de confianza en sí mismo	Si	75.0%	53.8%	28.6%	33.3%	46.7%
	No	25.0%	46.2%	71.4%	66.7%	53.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el cuadro anterior que los pacientes de 19 a 29 años si tiene pérdida de confianza en sí mismos con el 75,0% y no la tienen con el 25,0%. Los de 30 a 39 años si la tienen con el 53,8% y no la tienen con el 46,2%. Los pacientes de 40 a 49 años si pierden la confianza en sí mismos con el 28,6% y con no el 71,4%. De 50 a 59 años con si el 33,3% y con no el 66,7%.

Se presenta el cruce de las variables de edad y sentirse desesperanzado, sin esperanza.

Tabla N° 112. Edad y sentirse desesperanzado, sin esperanza. n= 30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Sentirse desesperanzado, sin esperanza	Si		61.5%	42.9%	16.7%	40.0%
	No	100.0%	38.5%	57.1%	83.3%	60.0%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se muestra que del rango etario de 19 a 29 años no se sienten desesperanzados, sin esperanza con el 100,0%. Los de 30 a 39 años con si el 61,5% y con no el 38,5%. De 40 a 49 años con sí el 42,9% y con no el 57,1% Los de 50 a 59 años con si el 16,7% y con no el 83,3%.

Se muestra el cruce de variables de Edad y dificultades para concentrarse.

Tabla N° 113. Edad y dificultades para concentrarse. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Dificultades para concentrarse	Si	50.0%	69.2%	57.1%	33.3%	56.7%
	No	50.0%	30.8%	42.9%	66.7%	43.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro anterior se ve que los pacientes de 19 a 29 años si tiene dificultades para concentrarse con el 50,0% y no la tienen con el 50,0% restante. Los de 30 a 39 años si tienen dificultades para concentrarse con el 69,2% y no la tienen con el 30,8%. De 40 a 49 años con si el 57,1% y con no el 42,9%. De 50 a 59 años con si el 33,3% y con no el 66,7%

A continuación, se muestra el cruce de edad y pérdida de peso.

Tabla N° 114. Edad y pérdida de peso. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Pérdida de peso	No	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los pacientes de 19 a 29 años no tienen pérdida de peso al igual que los de 30 a 39 años, de 40 a 49 años y de 50 a 59 años.

Se verifica el cruce de variables de edad y despertarse demasiado temprano.

Tabla N° 115. Edad y despertarse demasiado temprano. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Despertarse demasiado temprano	Si	50.0%	23.1%	42.9%	33.3%	33.3%
	No	50.0%	76.9%	57.1%	66.7%	66.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra que los pacientes de 19 a 29 años si se despiertan demasiado temprano con el 50,0% y no lo hacen con el otro 50,0% restante. Los de 30 a 39 años con si el 23,1% y con no el 76,9%. El rango etario de 40 a 49 años con si el 42,9% y con no el 57,1%. Y los pacientes de 50 a 59 años con si el 33,3% y con no el 66,7%.

Se observan los cruces de variables de Edad y tendencia a entrarse peor por las mañanas.

Tabla N° 116. Edad y tendencia a encontrarse peor por las mañanas. n=30

		Rango de Edad				Total
		19 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Tendencia a encontrarse peor por las mañanas	Si	25.0%	15.4%	28.6%	33.3%	23.3%
	No	75.0%	84.6%	71.4%	66.7%	76.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los pacientes de 19 a 29 años si tienen tendencia a encontrarse peor por las mañanas con el 25,0% y no la tienen con el 75,0%. Los de 30 a 39 años con si el 15,4% y con no el 84,6%. Los de 40 a 49 años con si el 28,6% y con no el 71,4%. Los pacientes de 50 a 59 años con si el 33,3% y con no el 66,7%.

Se presentan las tablas del cruce de las variables profesión y conductas alimentarias.

Referencia:

1	Administrativa	8	Empleado MGP
2	Ama de casa	9	Municipal
3	Bancario	10	Operador de radio
4	Comerciante	11	Operador en planta
5	Cuidador de ancianos	12	Técnico electricista
6	Docente	13	Trabajo rural
7	Empleado		

Se muestra el cruce de variables de profesión y cocción con mínima cantidad de aceite.

Tabla Nº 117. Profesión y cocción con mínima cantidad de aceite. n=30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Al cocinar pongo cantidad mínima de aceite	Nunca	26,7%	33,3%	18,2%	100,0%	33,3%		33,3%	50,0%						100,0%
	Pocas veces	26,7%	33,3%	27,3%		66,7%		33,3%					100,0%		
	Con alguna frecuencia	23,3%	33,3%	18,2%				33,3%	50,0%		100,0%			100,0%	
	Muchas veces	6,7%		9,1%			100,0%								
	Siempre	16,7%		27,3%						100,0%		100,0%			
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior surge que al cocinar se utiliza mínima cantidad de aceite:

- 1: con el 33,33 nunca pocas veces y con alguna frecuencia.
- 2: con el 18,2% nunca y con alguna frecuencia y con alguna frecuencia, con el 27,3% pocas cosas y siempre y con el 9,1% muchas veces.
- 3: con el 100,0%.
- 4: con el 33,3% nunca y con el 66,7% pocas veces.
- 5: con el 100,0% muchas veces.
- 6: con el 33,3% nunca, pocas veces, y con alguna frecuencia .
- 7: con el 50,0% nunca y con alguna frecuencia.
- 8: con el 100,0% siempre.
- 9: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 10: con el 100,0%.
- 11: 100,0% pocas veces.
- 12: con alguna frecuencia .
- 13: con el 100,0%.

Se muestra el cruce de variables de profesión y tomar conciencia de las calorías.

Tabla Nº 118. Profesión y tomar conciencia de las calorías. n=30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Soy consciente de las calorías	Nunca	43,3%	66,7%	27,3%	100,0%			33,3%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%
	Pocas veces	36,7%	33,3%	36,4%		100,0%	100,0%	33,3%		100,0%					
	Con alguna frecuencia	6,7%		18,2%											
	Muchas veces	10,0%		9,1%				33,3%					100,0%		
	Siempre	3,3%		9,1%											
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cuadro anterior que son conscientes de las calorías:

- 1: con el 66,7% nunca, con el 33,3% pocas veces.
- 2: con el 27,3% nunca, con el 36,4% pocas veces, con el 18,2% con alguna frecuencia y con el 9,1% muchas veces y siempre.
- 3: con el 100,0% nunca.
- 4: con el 100,0% pocas veces.
- 5: con el 100,0% pocas veces.
- 6: con el 33,3% nunca, pocas veces y muchas veces.
- 7: con el 100,0% nunca.
- 8: con el 100,0% pocas veces.
- 9: con el 100,0% nunca.
- 10: con el 100,0% nunca.
- 11: con el 100,0% muchas veces.
- 12: con el 100,0% nunca.
- 13: con el 100,0% nunca.

Se muestra el cuadro de cruce de variables de profesión y picoteo de alimentos bajos en calorías.

Tabla Nº 119. Profesión y picoteo de alimentos bajos en calorías.

		Total	Profesion													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Si pico, tomo alimentos bajos en calorías	Nunca	16,7%	33,3%	18,2%		33,3%			50,0%							
	Pocas veces	33,3%	33,3%	27,3%		33,3%	100,0%	100,0%			100,0%					
	Con alguna frecuencia	43,3%	33,3%	36,4%	100,0%	33,3%			50,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Muchas veces	3,3%		9,1%												
	Siempre	3,3%		9,1%												
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa del gráfico anterior que picotean alimentos bajos en calorías:

- 1: con el 33,3 nunca, pocas veces y con alguna frecuencia.
- 2: con el 18,2% nunca, con el 27,3% pocas veces, con el 36,4% con alguna frecuencia y con el 9,1% muchas veces y siempre.
- 3: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 4: con el 33,3% nunca, pocas veces y con alguna frecuencia.
- 5: con el 100,0% pocas veces.
- 6: con el 100,0%, pocas veces.
- 7: con el 50,0 % nunca y con alguna frecuencia.
- 8: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 9: con el 100,0% pocas veces.
- 10: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 11: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 12: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 13: con el 100,0% con alguna frecuencia.

Se muestra el cruce de variables profesión y consumo diario de verduras.

Tabla N° 120. Profesión y consumo diario de verduras

		Total	Profesión												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Como verduras todos los días	Nunca	6,7%		9,1%					50,0%						
	Pocas veces	20,0%	33,3%	9,1%	100,0%			33,3%		100,0%			100,0%		
	Con alguna frecuencia	23,3%	33,3%	18,2%		33,3%		33,3%			100,0%				100,0%
	Muchas veces	16,7%		27,3%					50,0%					100,0%	
	Siempre	33,3%	33,3%	36,4%		66,7%	100,0%	33,3%				100,0%			
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior se observa profesión y el consumo diario de verduras:

- 1: con el 33,3% pocas veces, con alguna frecuencia y siempre.
- 2: con el 9,1% nunca y pocas veces, con el 18,2% con alguna frecuencia, con el 27,3% muchas veces y con el 33,3% siempre.
- 3: con el 100,0% pocas veces.
- 4: con el 33,3% con alguna frecuencia y con el 66,7% siempre.
- 5: con el 100,0% siempre.
- 6: con el 33,3% pocas veces, con alguna frecuencia y siempre.
- 7: con el 50,0% nunca y muchas veces.
- 8: con el 100,0% pocas veces.
- 9: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 10: con el 100,0% siempre.
- 11: con el 100,0% pocas veces.
- 12: con el 100,0% muchas veces.
- 13: con el 100,0% con alguna frecuencia.

Se presenta el cruce de variables de profesión y consumo de lácteos descremados.

Tabla N° 121. Profesión y consumo de lácteos descremados

		Total	Profesión												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Los lácteos que tomo son descremados	Nunca	20,0%	33,3%	9,1%					50,0%	100,0%		100,0%		100,0%	
	Pocas veces	26,7%		27,3%		33,3%		66,7%	50,0%				100,0%		
	Con alguna frecuencia	16,7%	66,7%	9,1%		66,7%									
	Muchas veces	6,7%		9,1%							100,0%				
	Siempre	30,0%		45,5%	100,0%		100,0%	33,3%							100,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior surge profesión y consumo de lácteos descremados:

- 1: con el 33,3% y con el 66,7% con alguna frecuencia.
- 2: con el 9,1% nunca, con alguna frecuencia y muchas veces.
- 3: con el 100,0% siempre.
- 4: con el 33,3% pocas veces y con alguna frecuencia el 66,7%.
- 5: con el 100,0% siempre.
- 6: con el 66,7% pocas veces y siempre.
- 7: con el 50,0% nunca y pocas veces.
- 8: con el 100,0% nunca.
- 9: con el 100,0% muchas veces.
- 10: con el 100,0% nunca.
- 11: con el 100,0% pocas veces.

- 12: con el 100,0% nunca.
13: con el 100,0% siempre.

Se presenta el cuadro de variables de profesión y consumo de carne, pescado, a la plancha o al horno.

Tabla Nº 121. Profesión y consumo de carne, pescado a la plancha o al horno. n=30.

		Total	Profesión												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Como la carne, el pescado a la plancha o al horno	Nunca	6,7%		9,1%				50,0%							
	Pocas veces	16,7%	33,3%	9,1%		100,0%									
	Con alguna frecuencia	16,7%	33,3%	18,2%				33,3%	50,0%						
	Muchas veces	16,7%		27,3%									100,0%	100,0%	
	Siempre	43,3%	33,3%	36,4%	100,0%		100,0%	66,7%		100,0%	100,0%	100,0%			100,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior se deduce profesión y los que comen carne, pescado, a la plancha o al horno:

- 1: con el 33,3% pocas veces, con alguna frecuencia y siempre.
2: con el 9,1% nunca y pocas veces, con el 18,2% con alguna frecuencia, con el 27,3% muchas veces y con el 36,4% siempre.
3: con el 100,0% siempre.
4: con el 100,0% pocas veces.
5: con el 100,0% siempre.
6: con el 33,3% con alguna frecuencia y con el 66,7% siempre.
7: con el 50,0% nunca y con alguna frecuencia.
8: con el 100,0% siempre.
9: con el 100,0% siempre.
10: con el 100,0% siempre.
11: con el 100,0% muchas veces.
12: con el 100,0% muchas veces.
13: con el 100,0% siempre.

Se muestra el cruce de las variables de profesión y colaciones entre horas al sentir hambre.

Tabla Nº 122. Profesión y colaciones entre horas al sentir hambre. n=30

		Total	Profesión												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cuando tengo hambre entre horas tomo	Nunca	36,7%	66,7%	18,2%		100,0%			100,0%	100,0%		100,0%			
	Pocas veces	23,3%		27,3%				33,3%			100,0%		100,0%	100,0%	
	Con alguna frecuencia	33,3%	33,3%	36,4%	100,0%		100,0%	66,7%							100,0%
	Muchas veces	3,3%		9,1%											
	Siempre	3,3%		9,1%											
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior se observa profesión y colaciones entre horas al sentir hambre.

- 1: con el 66,7% nunca y con el 33,3% con alguna frecuencia.
2: con el 18,2% nunca, con el 27,3% pocas veces y con el 36,4% con alguna frecuencia.
3: con el 100,0% nunca.
4: con el 100,0% nunca.

- 5: con el 100,0% con alguna frecuencia.
 6: con el 33,3% pocas veces y con el 66,7% con alguna frecuencia.
 7: con el 100,0% nunca.
 8: con el 100,0% nunca.
 9: con el 100,0% pocas veces.
 10: con el 100,0% nunca.
 11: con el 100,0% pocas veces.
 12: con el 100,0% pocas veces.
 13: con el 100,0% con alguna frecuencia.

Se observa el cruce de variables de profesión y picoteo con bajo estado anímico.

Tabla Nº 123. Profesión y picoteo con bajo estado anímico. n=30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Picoteo si estoy bajo de animo	Nunca	20,0%	33,3%	9,1%	100,0%	33,3%		66,7%							
	Pocas veces	10,0%		9,1%		33,3%		33,3%							
	Con alguna frecuencia	13,3%		9,1%			100,0%		50,0%						100,0%
	Muchas veces	33,3%	33,3%	45,5%					50,0%	100,0%		100,0%		100,0%	
	Siempre	23,3%	33,3%	27,3%		33,3%					100,0%		100,0%		
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

De análisis del cuadro anterior se muestra profesión y picoteo con bajo estado anímico:

- 1: con el 33,3% nunca, pocas veces y siempre.
 2: con el 9,1% nunca, pocas veces, y con alguna frecuencia.
 3: con el 100,0% nunca.
 4: con el 33,3 nunca, pocas veces y siempre.
 5: con el 100,0% con alguna frecuencia.
 6: con el 66,7% nunca y con el 33,3% pocas veces.
 7: con el 50,0% con alguna frecuencia y muchas veces.
 8: con el 100,0% muchas veces.
 9: con el 100,0% siempre.
 10: con el 100,0% muchas veces.
 11: con el 100,0% siempre.
 12: con el 100,0% muchas veces.
 13: con el 100,0% con alguna frecuencia.

Se presenta la tabla de cruce de las variables de profesión consumo de carnes grasas.

Tabla Nº 124. Profesión y consumo de carnes grasas. n=30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Como carnes grasas	Nunca	20,0%	33,3%	27,3%		33,3%						100,0%			
	Pocas veces	20,0%		27,3%	100,0%		100,0%				100,0%				
	Con alguna frecuencia	23,3%	33,3%	27,3%			33,3%							100,0%	100,0%
	Muchas veces	26,7%	33,3%	9,1%		66,7%		66,7%		100,0%			100,0%		
	Siempre	10,0%		9,1%					100,0%						
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior surge profesión y consumo de carnes grasas:

- 1: con el 33,3% nunca, con alguna frecuencia y muchas veces.
- 2: con el 27,3% nunca, pocas veces y con alguna frecuencia, con el 9,1% muchas veces y siempre.
- 3: con el 100,0% pocas veces.
- 4: con el 33,3% nunca y con el 66,7% muchas veces.
- 5: con el 100,0% pocas veces.
- 6: con el 33,3% con alguna frecuencia y con el 66,7% muchas veces.
- 7: con el 100,0% siempre.
- 8: con el 100,0% muchas veces.
- 9: con el 100,0% pocas veces.
- 10: con el 100,0% nunca.
- 11: con el 100,0% muchas veces.
- 12: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 13: con el 100,0% con alguna frecuencia.

Se observa el cruce de las variables profesión y realizar ejercicio físico regularmente.

Tabla N° 125. Profesión y realizar ejercicio físico regularmente. n=30

		Total	Profesión												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Hago ejercicio físico regularment	Nunca	30,0%	33,3%	9,1%	100,0%	33,3%		33,3%	100,0%	100,0%					100,0%
	Pocas veces	43,3%	66,7%	45,5%		66,7%	100,0%	66,7%					100,0%		
	Con alguna frecuencia	16,7%		27,3%							100,0%			100,0%	
	Siempre	10,0%		18,2%								100,0%			
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cruce anterior se deduce profesión y realizar ejercicio físico regularmente:

- 1: con el 33,3% nunca y con el 66,7% pocas veces.
- 2: con el 9,1% nunca, con el 45,5% pocas veces, con el 27,3% con alguna frecuencia y con el 18,2% siempre.
- 3: con el 100,0% nunca.
- 4: con el 33,3% nunca y con el 66,7% pocas veces.
- 5: con el 100,0% pocas veces.
- 6: con el 33,3% nunca y con el 66,7% pocas veces.
- 7: con el 100,0% nunca.
- 8: con el 100,0% nunca.
- 9: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 10: con el 100,0% siempre.
- 11: con el 100,0% pocas veces.
- 12: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 13: con el 100,0% nunca.

Se muestra en el siguiente cuadro el cruce de las variables de profesión y esperar unos minutos antes de comer algo.

Tabla N° 126. Profesión y esperar unos minutos antes de comer algo. n=30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cuando me parece comer algo	Nunca	36,7%	33,3%	36,4%		100,0%		33,3%	50,0%	100,0%					
	Pocas veces	36,7%		36,4%				66,7%	50,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
espero unos minutos	Con alguna frecuencia	13,3%	33,3%	18,2%			100,0%								
	Muchas veces	10,0%		9,1%	100,0%										100,0%
	Siempre	3,3%	33,3%												
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se deduce del cuadro anterior profesión y esperar unos minutos antes de comer algo:

- 1: con el 33,3% nunca, con alguna frecuencia y siempre.
- 2: con el 36,4% nunca y pocas veces, con alguna frecuencia, con el 18,2% con alguna frecuencia y muchas veces con el 9,1%.
- 3: con el 100,0% muchas veces.
- 4: con el 100,0% nunca.
- 5: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 6: con el 33,3% nunca y con el 66,7% pocas veces.
- 7: con el 50,0% nunca y pocas veces.
- 8: con el 100,0% pocas veces.
- 9: con el 100,0% pocas veces.
- 10: con el 100,0% pocas veces.
- 11: con el 100,0% pocas veces.
- 12: con el 100,0% pocas veces.
- 13: con el 100,0% muchas veces.

Se presenta el cuadro de cruce de variables de profesión y picoteo si hay ansiedad.

Tabla N° 127. Profesión y picoteo si hay ansiedad. n=30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Picoteo si tengo ansiedad	Nunca	13,3%	33,3%			33,3%		33,3%					100,0%		
	Pocas veces	16,7%		9,1%	100,0%			33,3%			100,0%				100,0%
	Con alguna frecuencia	10,0%		9,1%		33,3%		33,3%							
	Muchas veces	33,3%		54,5%			100,0%		50,0%	100,0%		100,0%			
	Siempre	26,7%	66,7%	27,3%		33,3%			50,0%						100,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior se observa profesión y picoteo si hay ansiedad:

- 1: con el 33,3% nunca y con el 66,7% siempre.
- 2: con el 9,1% pocas veces y con alguna frecuencia, con el 54,5% muchas veces y con el 27,3% siempre.
- 3: con el 100,0% pocas veces.
- 4: con el 33,3% nunca, con alguna frecuencia y siempre.
- 5: con el 100,0% muchas veces.
- 6: con el 33,3% nunca, con el 33,3% pocas veces y con el 33,3% con alguna frecuencia.
- 7: con el 50,0% muchas veces y siempre.
- 8: con el 100,0% muchas veces-

- 9: con el 100,0% pocas veces.
 10: con el 100,0% muchas veces.
 11: con el 100,0% nunca.
 12: con el 100,0% siempre.
 13: con el 100,0% pocas veces.

Se presenta el cruce de variables de profesión y sacar tiempo diario para hacer ejercicio.

Tabla N° 128. Profesión y sacar tiempo diario para hacer ejercicio. n= 30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Sacó tiempo cada día para hacer ejercicio	Nunca	53,3%	100,0%	45,5%	100,0%	66,7%		33,3%	100,0%	100,0%			100,0%		
	Pocas veces	20,0%		18,2%			100,0%	66,7%			100,0%				
	Con alguna frecuencia	10,0%		9,1%		33,3%									100,0%
	Muchas veces	6,7%		9,1%										100,0%	
	Siempre	10,0%		18,2%								100,0%			
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cruce anterior se verifica profesión y sacar tiempo diario para hacer ejercicio:

- 1: con el 100,0% nunca.
 2: con el 45,5% nunca, con el 18, % pocas veces, con el 9,1% con alguna frecuencia y muchas veces y siempre con el 18,2%.
 3: con el 100,0% nunca.
 4: con el 66,7% nunca y con el 33,3% con alguna frecuencia.
 5: con el 100,0% pocas veces.
 6: con el 33,3% nunca y con el 66,7% pocas veces.
 7: con el 100,0% nunca.
 8: con el 100,0% nunca.
 9: con el 100,0% pocas veces.
 10: con el 100,0% siempre.
 11: con el 100,0% nunca.
 12: con el 100,0% muchas veces.
 13: con el 100,0% con alguna frecuencia.

Se observa el cruce de las variables de profesión consumo de bebidas de baja graduación alcohólica.

Tabla N° 129. Profesión y consumo de bebidas de baja graduación alcohólica. n=30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Tomo bebidas de baja graduación alcoholica	Nunca	33,3%		63,6%		66,7%						100,0%			
	Pocas veces	40,0%	33,3%	27,3%	100,0%			100,0%	50,0%	100,0%	100,0%		100,0%		
	Con alguna frecuencia	10,0%		9,1%			100,0%								100,0%
	Muchas veces	3,3%							50,0%						
	Siempre	13,3%	66,7%			33,3%								100,0%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior se muestra profesión y consumo de bebidas de baja graduación alcohólica:

- 1: con el 33,3% nunca y con el 66,7% siempre.
- 2: con el 63,6% nunca, con el 27,3% pocas veces y con el 9,1% con alguna frecuencia.
- 3: con el 100,0% pocas veces.
- 4: con el 66,7% nunca y con el 33,3% siempre.
- 5: con el 100,0% con alguna frecuencia.
- 6: con el 100,0% pocas veces
- 7: con el 50,0% pocas veces y muchas veces.
- 8: con el 100,0% pocas veces
- 9: con el 100,0% pocas veces.
- 10: con el 100,0% nunca.
- 11: con el 100,0% pocas veces.
- 12: con el 100,0% siempre.
- 13: con el 100,0% con alguna frecuencia.

Se observa el cruce de variables de profesión y tener hambre por aburrimiento.

Tabla Nº 130. Profesión y tener hambre por aburrimiento. n=30

		Total	Profesion													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Cuando estoy aburrido me da hambre	Nunca	10,0%	33,3%					33,3%	50,0%							
	Pocas veces	20,0%	33,3%	27,3%		33,3%										100,0%
	Con alguna frecuencia	6,7%					100,0%	33,3%								
	Muchas veces	40,0%	33,3%	36,4%	100,0%	66,7%		33,3%	50,0%	100,0%	100,0%					
	Siempre	23,3%		36,4%									100,0%	100,0%	100,0%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra el cuadro de profesión y tener hambre por aburrimiento:

- 1: con el 33,3% nunca, con el 33,3% pocas veces y con el 33,3% muchas veces.
- 2: con el 27,3% pocas veces, con el 36,4% y con el 36,4% siempre.
- 3: con el 100,0% muchas veces.
- 4: con el 33,3% pocas veces y con el 66,7% muchas veces.
- 5: con el 100% con alguna frecuencia.
- 6: con el 33,3% nunca, con el 33,3% con alguna frecuencia y con el 33,3% muchas veces.
- 7: con el 50,0% nunca y con el 50,0% muchas veces.
- 8: con el 100,0% muchas veces.
- 9: con el 100,0% siempre.
- 10: con el 100,0% siempre.
- 11: con el 100,0% siempre.
- 12: con el 100,0% siempre.
- 13: con el 100,0% pocas veces.

Se presenta a continuación el cruce de las variables de profesión y consumo de bebidas de alta graduación alcohólica.

Tabla Nº 130. Profesión y consumo de bebidas de alta graduación alcohólica. n= 30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Tomo bebidas de alta graduación alcoholica	Nunca	73,3%	66,7%	81,8%	100,0%	66,7%		66,7%	100,0%			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Pocas veces	16,7%		9,1%			100,0%	33,3%		100,0%	100,0%				
	Con alguna frecuencia	3,3%		9,1%											
	Muchas veces	3,3%	33,3%												
	Siempre	3,3%				33,3%									
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Surge del cuadro anterior profesión y consumo de bebidas de alta graduación alcohólica:

- 1: con el 66,7% nunca y con el 33,3% muchas veces.
- 2: con el 81,8% nunca, con el 9,1% pocas veces y con alguna frecuencia.
- 3: con el 100,0% nunca.
- 4: con el 66,7% nunca y con el 33,3% siempre.
- 5: con el 100,0% pocas veces.
- 6: con el 66,7% nunca y con el 33,3% pocas veces.
- 7: con el 100,0% nunca.
- 8: con el 100,0% pocas veces.
- 9: con el 100,0% pocas veces.
- 10: con el 100,0% nunca.
- 11: con el 100,0% nunca.
- 12: con el 100,0% nunca.
- 13: con el 100,0% nunca.

Se observa el cruce de variables de profesión y conteo de calorías en restaurantes.

Tabla Nº 131. Profesión y conteo de calorías en restaurantes. n=30

		Total	Profesion												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cuando como en restaurante	Nunca	66,7%	66,7%	63,6%	100,0%	100,0%		66,7%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			
	Pocas veces	30,0%	33,3%	27,3%			100,0%	33,3%					100,0%	100,0%	100,0%
	Muchas veces	3,3%		9,1%											
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa del cuadro anterior profesión y conteo de calorías en restaurantes:

- 1: con el 66,7% nunca, con el 33,3% pocas veces.
- 2: con el 63,6% nunca y con el 27,3% pocas veces.
- 3: con el 100,0% nunca.
- 4: con el 100,0% nunca.
- 5: con el 100,0% pocas veces.
- 6: con el 66,7% nunca y con el 33,3% pocas veces.
- 7: con el 100,0% nunca.
- 8: con el 100,0% nunca.

- 9: con el 100,0% nunca.
 10: con el 100,0% nunca.
 11: con el 100,0% pocas veces.
 12: con el 100,0% pocas veces.
 13: con el 100,0% pocas veces.

Se muestra a continuación el cruce de variables de profesión y revisar etiquetas de los alimentos.

Tabla Nº 132. Profesión y revisar etiquetas de los alimentos. n=30

		Total	Profesión												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Reviso etiqueta de alimentos	Nunca	60,0%	66,7%	45,5%	100,0%	66,7%		66,7%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Pocas veces	20,0%		18,2%			100,0%	33,3%		100,0%					100,0%
	Con alguna frecuencia	10,0%	33,3%	9,1%		33,3%									
	Muchas veces	6,7%		18,2%											
	Siempre	3,3%		9,1%											
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra la tabla de profesión y revisar etiquetas de los alimentos:

- 1: con el 66,7% nunca y con el 33,3% con alguna frecuencia.
 2: con el 45,5% nunca, con el 18,2% pocas veces y muchas veces, con el 9,1% con alguna frecuencia y siempre.
 3: con el 100,0% nunca.
 4: con el 66,7% nunca y con el 33,3% con alguna frecuencia.
 5: con el 100,0% pocas veces.
 6: con el 66,7% nunca y con el 33,3% pocas veces.
 7: con el 100,0% nunca.
 8: con el 100,0% pocas veces.
 9: con el 100,0% nunca.
 10: con el 100,0% nunca.
 11: con el 100,0% nunca.
 12: con el 100,0% nunca.
 13: con el 100,0% pocas veces.

Se presenta el cruce de las variables de profesión y compra principalmente alimentos pre cocidos

Tabla Nº 133. Profesión y comprar principalmente alimentos pre cocidos. n=30

		Total	Profesión												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Compra principalmente alimentos	Nunca	53,3%	66,7%	72,7%	100,0%		100,0%	33,3%	50,0%	100,0%		100,0%			
	Pocas veces	33,3%	33,3%	27,3%		66,7%		33,3%	50,0%		100,0%				100,0%
	Con alguna frecuencia	13,3%				33,3%		33,3%					100,0%	100,0%	
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior se muestra profesión y compra de alimentos principalmente pre cocidos:

- 1: con el 66,7% nunca y con el 33,3% pocas veces.

- 2: con el 72,7% nunca y con el 27,3% pocas veces.
 3: con el 100,0% nunca.
 4: con el 66,7% pocas veces y con el 33,3% con alguna frecuencia.
 5: con el 100,0% nunca.
 6: con el 33,3% nunca, con el 33,3% pocas veces y con el 33,3% con alguna frecuencia.
 7: con el 50,0% nunca y con el 50,0% restante pocas veces.
 8: con el 100,0% nunca.
 9: con el 100,0% pocas veces.
 10: con el 100,0% nunca.
 11: con el 100,0% con alguna frecuencia.
 12: con el 100,0% con alguna frecuencia.
 13: con el 100,0% pocas veces.

Se muestra a continuación el cruce de profesión y síntomas de depresión.

Referencia:

1	Administrativo	8	Empleado MGP
2	Ama de casa	9	Municipal
3	Bancario	10	Operador de radio
4	Comerciante	11	Operador en planta
5	Cuidador de ancianos	12	Técnico electricista
6	Docente	13	Trabajo rural
7	Empleado		

Se observa el cruce de las variables profesión y sentirse con poca energía.

Tabla N° 134. Profesión y sentirse con poca energía. n=30

		Profesión													Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Sentirse con poca energía?	Si	66.7%	90.9%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		86.7%
	No	33.3%	9.1%	100.0%											100.0%	13.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior se muestra profesión y sentirse con poca energía:

- 1: si, con el 66,7% y no con el 33,3%.
 2: si, con el 90,9% y no con el 9,1%.
 3: no, con el 100,0%.
 4: si, con el 100,0%.
 5: si, con el 100,0%.
 6: si, con el 100,0%.
 7: si, con el 100,0%.
 8: si, con el 100,0%.
 9: si, con el 100,0%.
 10: si, con el 100,0%.
 11: si, con el 100,0%.
 12: si, con el 100,0%.
 13: no, con el 100,0%

Se presenta el cruce de las variables de profesión y pérdida de interés por las cosas.

Tabla N° 135. Profesión y pérdida de interés por las cosas. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Pérdida de interés por las cosas	Si	66.7%	36.4%		66.7%	100.0%	66.7%	100.0%					100.0%		46.7%
	No	33.3%	63.6%	100.0%	33.3%		33.3%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	53.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Del cuadro anterior se observa profesión y pérdida de interés por las cosas:

- 1: si, con el 66,7% y no con el 33,3%.
- 2: si, con el 36,4% y no, con el 63,6%.
- 3: no, con el 100,0%.
- 4: si, con el 66,7% y no, con el 33,3%.
- 5: si, con el 100,0%.
- 6: si, con el 66,7% y no, con el 33,3%.
- 7: si, con el 100,0%.
- 8: no, con el 100,0%
- 9: no, con el 100,0%
- 10: no, con el 100,0%.
- 11: no con el 100,0%.
- 12: si, con 100,0%.
- 13: no, con el 100%.

Se presenta el cuadro del cruce de profesión y pérdida de confianza en sí mismo.

Tabla N° 136. Profesión y pérdida de confianza en sí mismo. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Pérdida de confianza en sí mismo	Si	66.7%	45.5%	100.0%	100.0%	100.0%	33.3%	50.0%							46.7%
	No	33.3%	54.5%				66.7%	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	53.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa profesión y pérdida de confianza en sí mismo:

- 1: si, con el 66,7% y no, con el 33,3%
- 2: si, con el 45,5% y no con el 54,5%
- 3: si, con el 100,0%.
- 4: si, con el 100,0%.
- 5: si, con el 100,0%.
- 6: si, con el 33,3% y no con el 66,7%.
- 7: si, con el 50,0% y no con el 50,0% restante.
- 8: no, con el 100,0%.
- 9: no, con el 100,0%.
- 10: no, con el 100,0%
- 11: no, con el 100,0%.
- 12: no, con el 100,0%.
- 13: no, con el 100,0%

Se muestra el cruce de las variables de profesión y estar desesperado o sin esperanza.

Tabla N° 137. Profesión y estar desesperado o sin esperanza. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Desesperado ó Desesperanzado	Si	33.3%	36.4%		66.7%	100.0%	33.3%	100.0%				100.0%			40.0%
	No	66.7%	63.6%	100.0%	33.3%		66.7%		100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	60.0%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa del cuadro anterior profesión y estar desesperado o sin esperanza:

- 1: Si, con el 33,3% y no con el 66,7%.
- 2: Si, con el 36,4% y no, con el 63,6%.
- 3: No, con el 100,0%.
- 4: Si, con el 66,7% y no con el 33,3%.
- 5: Si, con el 100,0%.
- 6: Si, con el 33,3% y no con el 66,7%.
- 7: Si, 100,0%.
- 8: No, con el 100,0%.
- 9: No, el 100,0%.
- 10: No, con el 100,0%
- 11: Si, con el 100,0%.
- 12: No, con el 100,0%
- 13: No, con el 100,0%

Se presenta el cruce de las variables de profesión y dificultad para concentrarse.

Tabla N° 138. Profesión y dificultad para concentrarse. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Dificultad Para Concentrarse	Si	66.7%	72.7%	100.0%	100.0%	100.0%		50.0%				100.0%			56.7%
	No	33.3%	27.3%				100.0%	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	43.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa profesión y dificultad para concentrarse:

- 1: Si, con el 66,7% y no con el 33,3%.
- 2: Si, con el 72,7% y no con el 27,3%
- 3: Si, con el 100,0%
- 4: Si, con el 100,0%
- 5: Si, con el 100,0%.
- 6: No, con el 100,0%.
- 7: Si, con el 50,0% y no con el otro 50,0%.
- 8: No, con el 100,0%.
- 9: No, con el 100,0%
- 10: No, con el 100,0%.
- 11: Si, con el 100,0%.
- 12: No, con el 100,0%.
- 13: No, con el 100,0%.

Se presenta el cruce de las variables profesión y pérdida de peso.

Tabla N° 139. Profesión y pérdida de peso. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Pérdida de peso	No	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior se muestra profesión y pérdida de peso:

- 1: No, con el 100,0%.
- 2: No, con el 100,0%.
- 3: No, con el 100,0%.
- 4: No, con el 100,0%.
- 5: No con el 100,0%.
- 6: No con el 100,0%.
- 7: No con el 100,0%.
- 8: No, con el 100,0%.
- 9: No, con el 100,0%
- 10: No, con el 100,0%
- 11: No, con el 100,0%.
- 12: No, con el 100,0%.
- 13: No, con el 100,0%

Se observa el cruce de las variables de profesión y despertarse demasiado temprano.

Tabla N° 140. Profesión y despertarse demasiado temprano. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
despertarse demasiado temprano	Si	33.3%	36.4%		33.3%	100.0%	66.7%	50.0%							33.3%
	No	66.7%	63.6%	100.0%	66.7%		33.3%	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra profesión y despertarse demasiado temprano:

- 1: Si, con el 33,3% y no con el 66,7%.
- 2: Si, con el 36,4% y no con el 63,6%.
- 3: No, con el 100,0%.
- 4: Si, con el 33,3% y no, con el 66,7%.
- 5: Si, con el 100,0%.
- 6: si, con el 66,7% y no, con el 33,3%.
- 7: si, con el 50,0% y no con el 50,0% restante.
- 8: No, con el 100,0%.
- 9: No, con el 100,0%.
- 10: No, con el 100,0%.
- 11: No con el 100,0%.
- 12: No, con el 100,0%.
- 13: No, con el 100,0%.

Se muestra el cruce de las variables de profesión y encontrarse peor por las mañanas.

Tabla Nº 141. Profesión y encontrarse peor por las mañanas. n=30

		Profesión											Total		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13
Encontrarse peor por las mañanas	Si		27.3%		33.3%	100.0%				100.0%		100.0%			23.3%
	No	100.0%	72.7%	100.0%	66.7%		100.0%	100.0%	100.0%		100.0%		100.0%	100.0%	76.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se presenta Profesión y encontrarse peor por las mañanas:

- 1: No, con el 100,0%.
- 2: Si, con el 27,3% y no con el 72,7%.
- 3: No con el 100,0%.
- 4: Si, con el 33,3%, no con el 66,7%.
- 5: Si, con el 100,0%.
- 6: No, con el 100,0%.
- 7: No, con el 100,0%.
- 8: No, con el 100,0%.
- 9: si, con el 100,0%
- 10: No, con el 100,0%.
- 11: Si, con el 100,0%.
- 12: No, con el 100,0%.
- 13: No, con el 100,0%.

Se presentan a continuación los cruces de las variables profesión y síntomas ISRA.

Referencias:

ISRA: a) Casi nunca; b) Pocas veces; c) Unas veces sí, otras veces no; d) Muchas veces; e) Casi siempre.

Profesión:

- | | | | |
|---|----------------------|----|----------------------|
| 1 | Administrativa | 8 | Empleado MGP |
| 2 | Ama de casa | 9 | Municipal |
| 3 | Bancario | 10 | Operador de radio |
| 4 | Comerciante | 11 | Operador en planta |
| 5 | Cuidador de ancianos | 12 | Técnico electricista |
| 6 | Docente | 13 | Trabajo rural |
| 7 | Empleado | | |

Se presenta a continuación el cruce de las variables de profesión y de ISRA.

Tabla Nº 142. Profesión y preocupación. n=30

	Profesión											Total		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13
B	33.3%	18.2%									100.0%			13.3%
C		27.3%	100.0%	33.3%		66.7%			100.0%	100.0%			100.0%	33.3%
D	33.3%	27.3%		33.3%	100.0%	33.3%		100.0%						26.7%
E	33.3%	27.3%		33.3%			100.0%					100.0%		26.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

De cuadro anterior se muestra profesión y síntomas de preocupación:

- 1: con el 33,3% B; con el 33,3% D y con el 33,3% restante E.
- 2: con el 18,2% B; con el 27,3% C; con el 27,3% D; y con el 27,3% E.
- 3: con el 100,0% C.
- 4: con el 33,3% C; con el 33,3% D y con el 33,3% restante E.
- 5: con el 100,0% D.
- 6: con el 66,7% D y con el 33,3% E.
- 7: con el 100,0% E.
- 8: con el 100,0% D.
- 9: con el 100,0% C.
- 10: con el 100,0% C.
- 11: con el 100,0% B.
- 12: con el 100,0% E.
- 13: con el 100,0% C.

Se muestra la tabla de las variables profesión y pensamientos o sentimientos negativos sobre sí mismo.

Tabla N° 143. Profesión y pensamientos o sentimientos negativos sobre sí mismo. n=30

	Profesión													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
A		9.1%		33.3%			50.0%	100.0%						13.3%
B	33.3%	18.2%				66.7%			100.0%		100.0%			23.3%
C		45.5%	100.0%	33.3%			50.0%							26.7%
D	33.3%	27.3%		33.3%						100.0%		100.0%	100.0%	26.7%
E	33.3%				100.0%	33.3%								10.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa del cruce anterior profesión y pensamientos o sentimientos negativos sobre sí mismos:

- 1: con el 33,3% B; con el 33,3% D y con el 33,3% restante E.
- 2: con el 9,1% A; con el 18,2% B; con el 45,5% C y con el 27,3% D.
- 3: con el 100,0% C.
- 4: con el 33,3% A; con el 33,3% C y con el 33,3% restante D.
- 5: con las 100,0% C.
- 6: con el 66,7 B; con el 33,3% E.
- 7: con el 50,0% A; y con el 50,0% restante C.
- 8: con el 100,0% A.
- 9: con el 100,0% B.
- 10: con el 100,0% D.
- 11: con el 100,0% B.
- 12: con el 100,0% D.
- 13: con el 100,0% D.

Se observa el cruce de variables de profesión e inseguridad.

Tabla N° 144. Profesión e inseguridad. n=30

	Profesión													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
A		9.1%						100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	20.0%
B	33.3%	18.2%				33.3%								13.3%
C	33.3%	18.2%		33.3%		33.3%	50.0%							20.0%
D		36.4%	100.0%	33.3%	100.0%	33.3%	50.0%		100.0%					33.3%
E	33.3%	18.2%		33.3%										13.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se demuestra del cuadro anterior profesión e inseguridad:

- 1: con el 33,3% B; con el 33,3% C y con el 33,3% restante E.
- 2: con el 9,1% A; con el 18,2% B, C y E; con 36,4% D.
- 3: con el 100,0% D.
- 4: con el 33,3% C, D y E.
- 5: con el 100,0% D.
- 6: con el 33,3% B, C y E.
- 7: con el 50,0% C; y con el 50,0% restante D.
- 8: con el 100,0% A.
- 9: con el 100,0% muchas veces.
- 10: con el 100,0% E.
- 11: con el 100,0% A.
- 12: con el 100,0% A.
- 13: con el 100,0% A.

Se presenta la tabla de profesión y temor a que se note la ansiedad.

Tabla N° 145. Profesión y Temor a que se note la ansiedad. n=30

	Profesión													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
A		45.5%	100.0%	66.7%		66.7%			100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	46.7%
B		27.3%						100.0%						13.3%
C	66.7%	18.2%		33.3%	100.0%	33.3%	50.0%				100.0%			30.0%
D	33.3%	9.1%												6.7%
E							50.0%							3.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior se observa profesión y temor a que se note la ansiedad:

- 1: con el 66,7% C y con el 33,3% D.
- 2: con el 45,5% casi nunca; con el 27,3% B; con el 18,2% C y con el 9,1% muchas veces.
- 3: con el 100,0% A.
- 4: con el 66,7% A y con el 33,3% C.
- 5: con el 100,0% C.
- 6: con el 66,7% A y con el 33,3% C.
- 7: con el 50,0% C y con el otro 50,0% E.
- 8: con el 100,0% B.
- 9: con el 100,0%.
- 10: con el 100,0%.
- 11: con el 100,0% B.
- 12: con el 100,0% A.
- 13: con el 100,0% A

Se presenta a continuación el cruce de las variables de profesión y molestias en el estómago.

Tabla Nº 146. Profesión y molestias en el estómago. n=30

	Profesión													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
A		9.1%		33.3%		33.3%	100.0%	100.0%				100.0%		23.3%
B		27.3%				33.3%								13.3%
C	33.3%	9.1%	100.0%	33.3%	100.0%									16.7%
D	66.7%	27.3%									100.0%			20.0%
E		27.3%		33.3%		33.3%			100.0%	100.0%			100.0%	26.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cuadro anterior profesión y molestias en el estómago:

- 1: con el 33,3% C y con el 66,7% D.
- 2: con el 9,1% A y C; con el 27,3% B; D y E.
- 3: con el 100,0% C.
- 4: con el 33,3% A, C y E.
- 5: con el 100,0% C.
- 6: con el 33,3% A, B y E.
- 7: con el 100,0% A.
- 8: con el 100,0% A.
- 9: con el 100,0% E.
- 10: con el 100,0% E.
- 11: con el 100,0% D.
- 12: con el 100,0% A.
- 13: con el 100,0%

Se observa las variables profesión y sudor.

Tabla Nº 147. Profesión y sudor. n=30

	Profesión													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
A								100.0%						3.3%
B	33.3%	9.1%		33.3%		33.3%				100.0%				16.7%
C		45.5%		66.7%					100.0%				100.0%	30.0%
D	33.3%	27.3%	100.0%			66.7%	100.0%				100.0%	100.0%		36.7%
E	33.3%	18.2%			100.0%									13.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior se demuestra profesión y sudor:

- 1: con el 33,3% B; D y E.
- 2: con el 9,1% B; con el 45,5% C; el 27,3% D; y con el 18,2% E.
- 3: con el 100,0% D.
- 4: con el 33,3% B; con el 66,7% C.
- 5: con el 100,0% E.
- 6: con el 33,3% B y con el 66,7% D.
- 7: con el 100,0% D.
- 8: con el 100,0% A.
- 9: con el 100,0% C.
- 10: con el 100,0% B.
- 11: con el 100,0% D.
- 12: con el 100,0% D.
- 13: con el 100,0% C.

Se presenta el cruce de las variables profesión y temblor.

Tabla N° 148. Profesión y temblor

		Profesión												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
A B C D E		33.3%	81.8%	100.0%	66.7%		66.7%	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		70.0%
					33.3%										3.3%
		66.7%	9.1%												10.0%
			9.1%			100.0%	33.3%	50.0%							13.3%
														100.0%	3.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cruce anterior se deduce profesión y temblor:

- 1: con el 33,3% A y con el 66,7% C.
- 2: con el 81,8% A y con el 9,1% C y D.
- 3: con el 100,0% A.
- 4: con el 66,7% A y con el 33,3% B.
- 5: con el 100,0% D.
- 6: con el 66,7% A y con el 33,3% D.
- 7: con el 50,0% A y D.
- 8: con el 100,0% A.
- 9: con el 100,0% A.
- 10: con el 100,0% A.
- 11: con el 100,0% A.
- 12: con el 100,0% A.
- 13: con 100,0% E.

Se presenta el cruce de las variables de profesión y tensión.

Tabla N° 149. Profesión y Tensión. n=30

		Profesión												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
A B C D E			18.2%		33.3%				100.0%		100.0%		100.0%		20.0%
		33.3%	27.3%				66.7%								20.0%
		66.7%	18.2%		33.3%	100.0%	33.3%					100.0%		100.0%	30.0%
			18.2%	100.0%				50.0%							13.3%
			18.2%		33.3%			50.0%		100.0%					16.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se demuestra del cuadro anterior profesión y tensión:

- 1: con el 33,3% B y con el 66,7% C.
- 2: con el 18,2% A, C, D y E; con el 27,3% B.
- 3: con el 100,0% D.
- 4: con el 33,3% A, C y E.
- 5: con el 100,0% C.
- 6: con el 66,7% y con el 33,3% C.
- 7: con el 50,0% D y E.
- 8: con el 100,0% A.
- 9: con el 100,0%.
- 10: con el 100,0% A
- 11: con el 100,0% C.
- 12: con el 100,0% A
- 13: con el 100,0% C

Se observan las variables profesión y palpitations, aceleración cardíaca.

Tabla N° 150. Profesión palpitations, aceleración cardíaca. n=30

		Profesión												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
A B C D E			27.3%		33.3%					100.0%	100.0%		100.0%		23.3%
		66.7%	45.5%				66.7%	50.0%	100.0%				100.0%		40.0%
			9.1%												3.3%
		33.3%	18.2%	100.0%	33.3%	100.0%	33.3%	50.0%							26.7%
					33.3%									100.0%	6.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra en el cuadro anterior profesión, aceleración cardíaca:

- 1: con el 66,7% B y con 33,3% D.
- 2: con el 27,3% A, con el 45,5% B, con el 9,1% C y con el 18,2% D.
- 3: con el 100,0% D.
- 4: con el 33,3% A, D y E.
- 5: con el 100,0% D.
- 6: con el 66,7% B y con el 33,3% D.
- 7: con el 50,0% B y D.
- 8: con el 100,0%B.
- 9: con el 100,0% A.
- 10: con el 100,0% A.
- 11: con el 100,0% B.
- 12: con el 100,0% A.
- 13: con el 100,0% D.

Se presenta la tabla del cruce de las variables de profesión y movimientos repetitivos.

Tabla N° 151. Profesión y movimientos repetitivos. n=30

		Profesión												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
A B C D E			63.6%	100.0%	33.3%		66.7%			100.0%	100.0%		100.0%		46.7%
		33.3%	18.2%				33.3%								13.3%
		66.7%	9.1%		33.3%				100.0%						20.0%
			9.1%			100.0%		50.0%				100.0%			13.3%
					33.3%			50.0%							6.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa del cruce anterior profesión y movimientos repetitivos:

- 1: con el 33,3% B y con el 66,7% C.
- 2: con el 63,6% A; con el 18,2 % B y con el 9,1% C y E.
- 3: con el 100,0% A.
- 4: con el 33,3% A, C y E.
- 5: con el 100,0% D.
- 6: con el 66,7% A y con el 33,3% B.
- 7: con el 50,0% D y E.
- 8: con el 100,0% C.
- 9: con el 100,0% A.

Se muestra en cruce de las variables de profesión, fumar, comer o beber en exceso.

Tabla N° 152. Profesión y fumar, comer o beber en exceso n=30.

		Profesión												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
A B C D E			45.5%							100.0%		100.0%	100.0%	100.0%	30.0%
			18.2%				33.3%		100.0%						13.3%
			9.1%			100.0%	33.3%	50.0%							13.3%
		66.7%	9.1%	100.0%	66.7%		33.3%				100.0%				26.7%
		33.3%	18.2%		33.3%			50.0%							16.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cruce anterior profesión y fumar, comer o beber en exceso:

- 1: con el 66,7% D y con el 33,3% E.
- 2: con el 45,5% A, con el 18,2% B y E; con el 9,1 C y D.
- 3: con el 100,0% D.
- 4: con el 66,7% D y con el 33,3% E.
- 5: con el 100,0% C.
- 6: con el 33,3% B, C y D.
- 7: con el 50,0% C y E.
- 8: con el 100,0% B.
- 9: con el 100,0% A.
- 10: con el 100,0% D.
- 11: con el 100,0% A.
- 12: con el 100,0% A.
- 13: con el 100,0% A.

Se observa el cruce de las variables de profesión y evitar situaciones.

Tabla N° 153. Profesión y evitar situaciones. n=30

		Profesión												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
A B C D E			36.4%							100.0%	100.0%	100.0%			23.3%
		33.3%					100.0%		100.0%					100.0%	20.0%
			36.4%	100.0%	66.7%								100.0%		26.7%
		33.3%	9.1%			100.0%		100.0%							16.7%
		33.3%	18.2%		33.3%										13.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se verifica del cuadro anterior profesión y evitar situaciones:

- 1: con el 33,3% B, D y E.
- 2: con el 36,4% A y C y con el 9,1% D y con el 18,2% E.
- 3: con el 100,0% C.
- 4: con el 66,7% C y con el 33,3% E.
- 5: con el 100,0% D.
- 6: con el 100,0% B.
- 7: con el 100,0% D.
- 8: con el 100,0% B.
- 9: con el 100,0% A.
- 10: con el 100,0% A
- 11: con el 100,0% A.
- 12: con el 100,0% C.
- 13: con el 100,0% B.

Se presentan los cruces bi variados de Profesión y depresión.

Referencias:

1	Administrativa	8	Empleado MGP
2	Ama de casa	9	Municipal
3	Bancario	10	Operador de radio
4	Comerciante	11	Operador en planta
5	Cuidador de ancianos	12	Técnico electricista
6	Docente	13	Trabajo rural
7	Empleado		

A continuación, se muestra el cruce de profesión y sentir poca energía.

Tabla N° 154. Profesión y sentir poca energía. n=30

		Profesión													Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Sentir Poca Energía	Si	66.7%	90.9%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	86.7%
	No	33.3%	9.1%	100.0%											100.0%	13.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cruce anterior se muestra profesión y sentir poca energía:

- 1: con el 66,7% sí y con el 33,3% no.
- 2: con el 90,9% si y con el 9,1% no.
- 3: con el 100,0% no.
- 4: con el 100,0% sí.
- 5: con el 100,0% sí.
- 6: con el 100,0% sí.
- 7: con el 100,0% sí.
- 8: con el 100,0% sí.
- 9: con el 100,0% sí.
- 10: con el 100,0% sí.
- 11: con el 100,0% sí.
- 12: con el 100,0% sí.
- 13: con el 100,0% no.

Se observa el cruce de las variables de profesión y pérdida de interés por las cosas.

Tabla N° 155. Profesión y pérdida de interés por las cosas. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Pérdida De Interés Por las Cosas	Si	66.7%	36.4%		66.7%	100.0%	66.7%	100.0%					100.0%		46.7%
	No	33.3%	63.6%	100.0%	33.3%		33.3%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	53.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra de la tabla anterior profesión y pérdida de interés por las cosas:

- 1: con el 66,7% sí y con el 33,3% no.
- 2: con el 36,4% sí y con el 63,6% no
- 3: con el 100,0% no.
- 4: con el 66,7% sí, con el 33,3% no.
- 5: con el 100,0% sí.

6: con el 66,7% sí y con el 33,3% no.

7: con el 100,0% sí.

8: con el 100,0% no.

9: con el 100,0% no.

10: con el 100,0% no.

11: con el 100,0% no.

12: con el 100,0% sí.

13: con el 100,0% no.

Se muestra el cruce de las variables de profesión y pérdida de confianza en sí mismo.

Tabla N° 156. Profesión y pérdida de confianza en sí mismo. n=30

		Profesión												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
Pérdida De Confianza En sí Mismo	Si	66.7%	45.5%	100.0%	100.0%	100.0%	33.3%	50.0%							46.7%
	No	33.3%	54.5%				66.7%	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	53.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior surge profesión y pérdida de confianza en sí mismo:

1: con el 66,7% si y con el 33,3% no.

2: con el 45,5% si y con el 54,5% no.

3: con el 100,0% sí.

4: con el 100,0% sí.

5: con el 100,0% sí.

6: con el 33,3% si y con el 66,7% no.

7: con el 50,0% sí y no.

8: con el 100,0% no.

9: con el 100,0% no.

10: con el 100,0% no.

11: con el 100,0% no.

12: con el 100,0% no.

13: con el 100,0% no.

Se presenta el cruce de las variables de profesión y sentirse desesperanzado, sin esperanza.

Tabla N° 157. Profesión y sentirse desesperanzado o sin esperanza. n=30

		Profesión												Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
Sentirse Desesperanzado, Sin Esperanza	Si	33.3%	36.4%		66.7%	100.0%	33.3%	100.0%					100.0%		40.0%
	No	66.7%	63.6%	100.0%	33.3%		66.7%		100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	60.0%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa del cuadro anterior profesión y sentirse desesperanzado o sin esperanza:

1: con el 33,3% y sí y con el 66,7% no.

2: con el 36,4% y con el 63,6% no.

3: con el 100,0% con no.

4: con el 66,7% sí y con el 33,3%.

5: con el 100,0% sí.

6: con el 33,3% sí y con el 66,7% no.

7: con el 100,0% sí.

8: con el 100,0% no.

9: con el 100,0% no.

10: con el 100,0% no.

11: con el 100,0% sí.

12: con el 100,0% no.

13: con el 100,0% no.

Se presenta el cruce de las variables de profesión y pérdida de peso.

Tabla N° 158. Profesión y pérdida de peso. n=30

		Profesión													Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Pérdida De Peso	No	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa de la tabla anterior profesión y pérdida de peso:

1: con el 100,0% no.

2: con el 100,0% no.

3: con el 100,0% no.

4: con el 100,0% no.

5: con el 100,0% no.

6: con el 100,0% no.

7: con el 100,0%no.

8: con el 100,0% no.

9: con el 100,0% no.

10: con el 100,0% no.

11: con el 100,0% no.

12: con el 100,0% no.

13: con el 100,0% no.

Se muestra el cruce de las variables de profesión y dificultad para concentrarse.

Tabla N° 159. Profesión y dificultad para concentrarse. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Dificultad Para concentrarse	Sí	66.7%	72.7%	100.0%	100.0%	100.0%		50.0%				100.0%			56.7%
	No	33.3%	27.3%				100.0%	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	43.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

1: con el 66,7 sí y con el 33,3% no.

2: con el 72,7% sí y con el 27,3% no.

3: con el 100,0% sí.

4: con el 100,0% sí.

5: con el 100,0% sí.

6: con el 100,0% no.

7: con el 50,0% sí y no.

8: con el 100,0% no.

9: con el 100,0% no.

10: con el 100,0% no.

11: con el 100,0% sí.

12: con el 100,0% no.

13: con el 100,0% no.

Se observa el cruce entre variables profesión y despertarse demasiado temprano.

Tabla Nº 160. Profesión y despertarse demasiado temprano. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Despertarse Demasiado Temprano	Si	33.3%	36.4%		33.3%	100.0%	66.7%	50.0%							33.3%
	No	66.7%	63.6%	100.0%	66.7%		33.3%	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro anterior surge profesión y despertarse demasiado temprano:

- 1: con el 33,3% sí y con el 66, % no.
- 2: con el 36,4% sí y con el 63,6% no
- 3: con el 100,0% no.
- 4: con el 33,3% sí y con el 66,7% no.
- 5: con el 100,0% sí.
- 6: con el 66,7% sí y con el 33,3% no.
- 7: con el 50,0% sí y no.
- 8: con el 100,0% no.
- 9: con el 100,0% no.
- 10: con el 100,0% no.
- 11: con el 100,0% no.
- 12: con el 100,0% no.
- 13: con el 100,0% no.

Se muestra el cruce de profesión y tendencia a encontrarse peor por las mañanas.

Tabla Nº 161. Profesión y tendencia a encontrarse peor por las mañanas. n=30

		Profesión													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Tendencia A encontrarse Peor por las mañanas	Si		27.3%		33.3%	100.0%				100.0%		100.0%			23.3%
	No	100.0%	72.7%	100.0%	66.7%		100.0%	100.0%	100.0%		100.0%		100.0%	100.0%	76.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

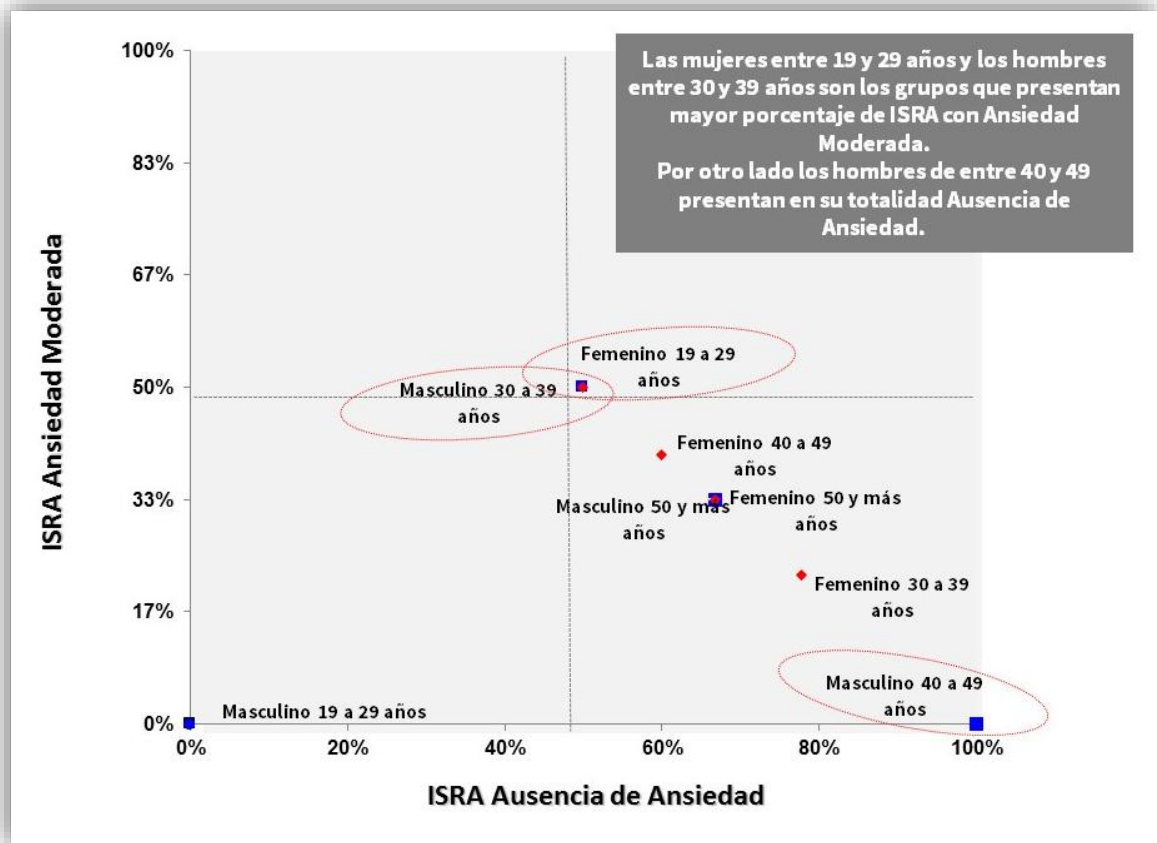
Se muestra el cruce de profesión y encontrarse peor por las mañanas:

- 1: con el 100,0% no.
- 2: con el 27,3% sí y con el 72,7%.
- 3: con el 100,0% no.
- 4: con el 33,3% sí y con el 66,7% no.
- 5: con el 100,0% sí.
- 6: con el 100,0% no.
- 7: con el 100,0% no.
- 8: con el 100,0% no.
- 9: con el 100,0% sí.
- 10: con el 100,0% no.
- 11: con el 100,0% sí.
- 12: con el 100,0% no.
- 13: con el 100,0% no.

Se presentan a continuación los cruces multivariados.

Se presenta ISRA, sexo y edad.

Gráfico N°1. ISRA: ansiedad, sexo y edad. n=30



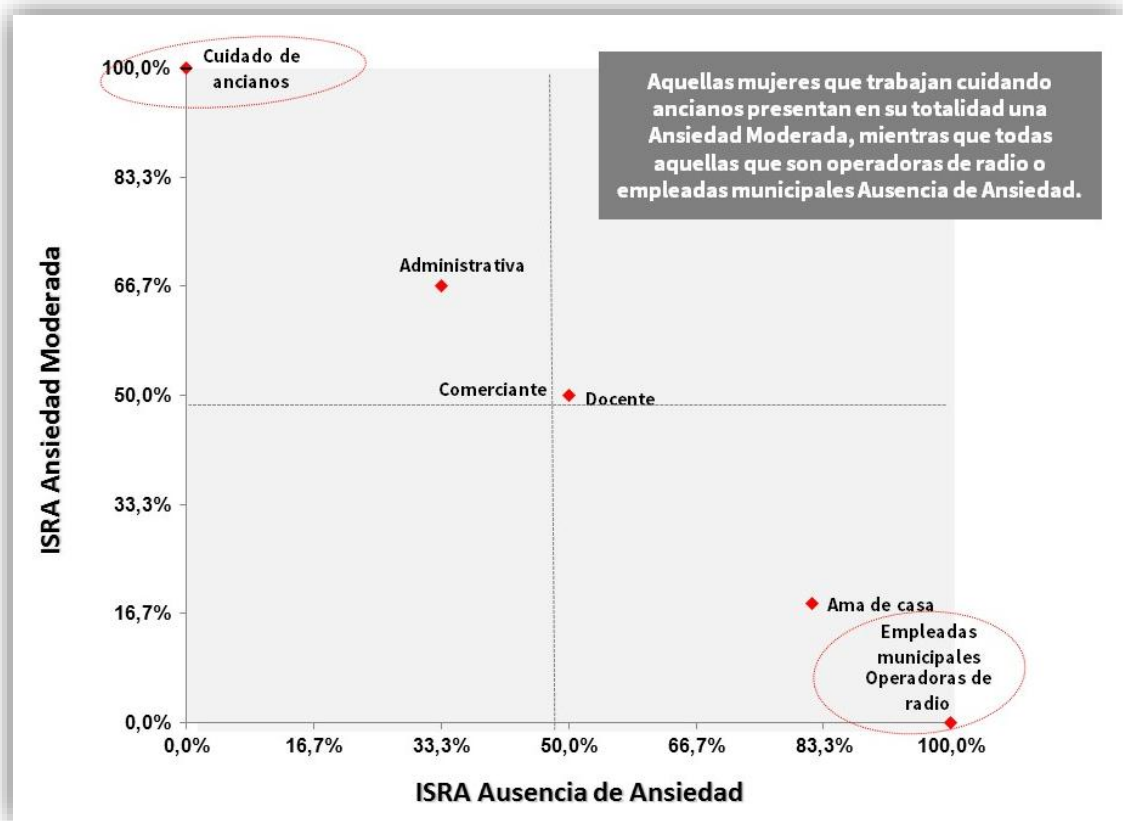
Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior surge:

La mitad de los hombres de entre 30 y 39 años presentan ausencia de ansiedad, mientras que la otra mitad una ansiedad moderada. Entre los hombres entre 40 y 49 años la totalidad presenta ausencia de ansiedad. El 66,7% de los hombres mayores de 50 años presentan ausencia de ansiedad, mientras el 33,3% una ansiedad moderada. Entre las mujeres los mayores porcentajes se dan en ausencia de ansiedad, salvo en el rango etario de menor edad que la proporción es igual entre ambos tipos de ISRA.

Se observa el cruce de variables de ISRA profesión y sexo femenino.

Gráfico N°2. ISRA: Ansiedad, profesión de mujeres. n=30



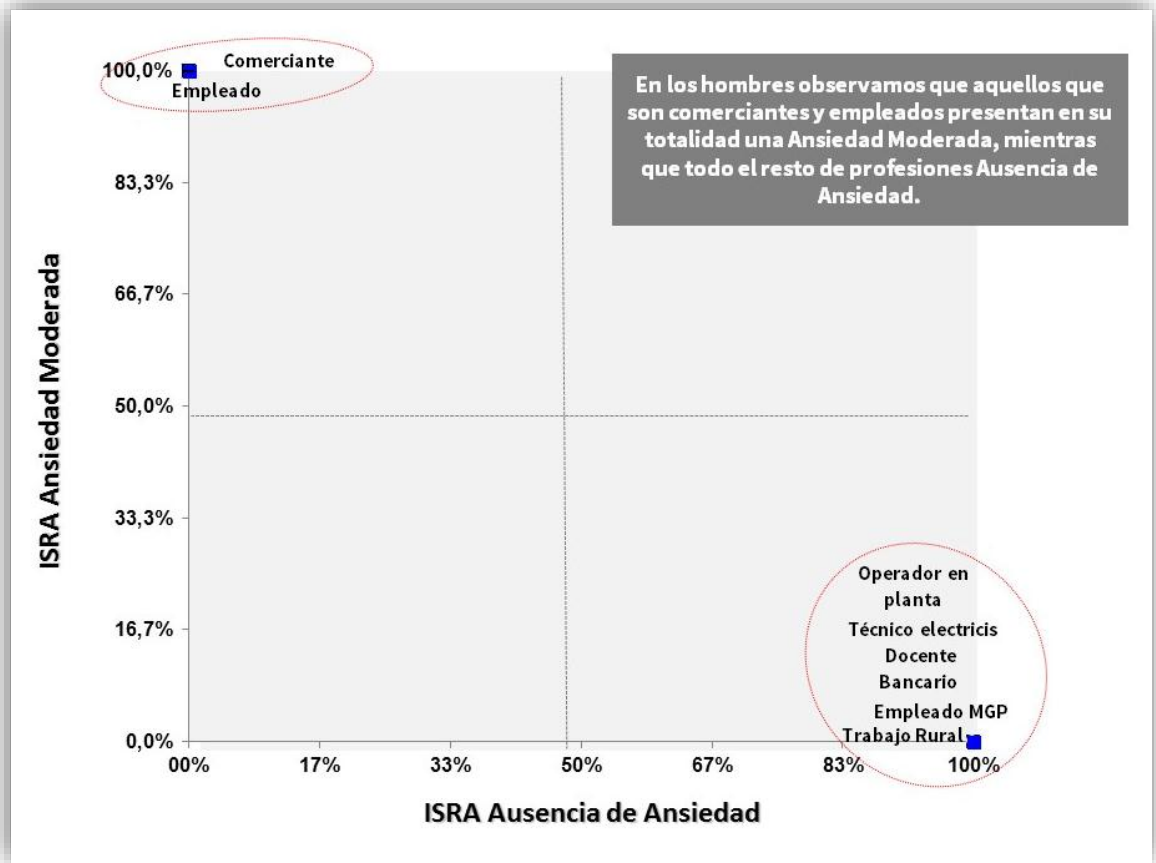
Fuente: Elaboración propia.

Se observa del gráfico anterior:

El total de hombres bancarios, docentes, empleados MGP, operadores en planta, técnicos electricistas y trabajadores rurales poseen ausencia de ansiedad. El total de hombres comerciantes y empleados una ansiedad moderada. Entre las mujeres el total de empleadas municipales y de radio poseen ausencia de ansiedad. Entre las comerciantes y docentes la distribución se da equitativa entre ambos tipos de ISRA. El 66,7% de las empleadas administrativas tienen ansiedad moderada, el 81,8% de las amas de casa presentan ausencia de ansiedad. En comerciantes y docentes se da una distribución mitad y mitad para ambos tipos de ISRA.

Se muestra el cruce de variables de ISRA: ansiedad y profesión de hombres.

Gráfico N°3. ISRA: ansiedad según profesión de hombres.



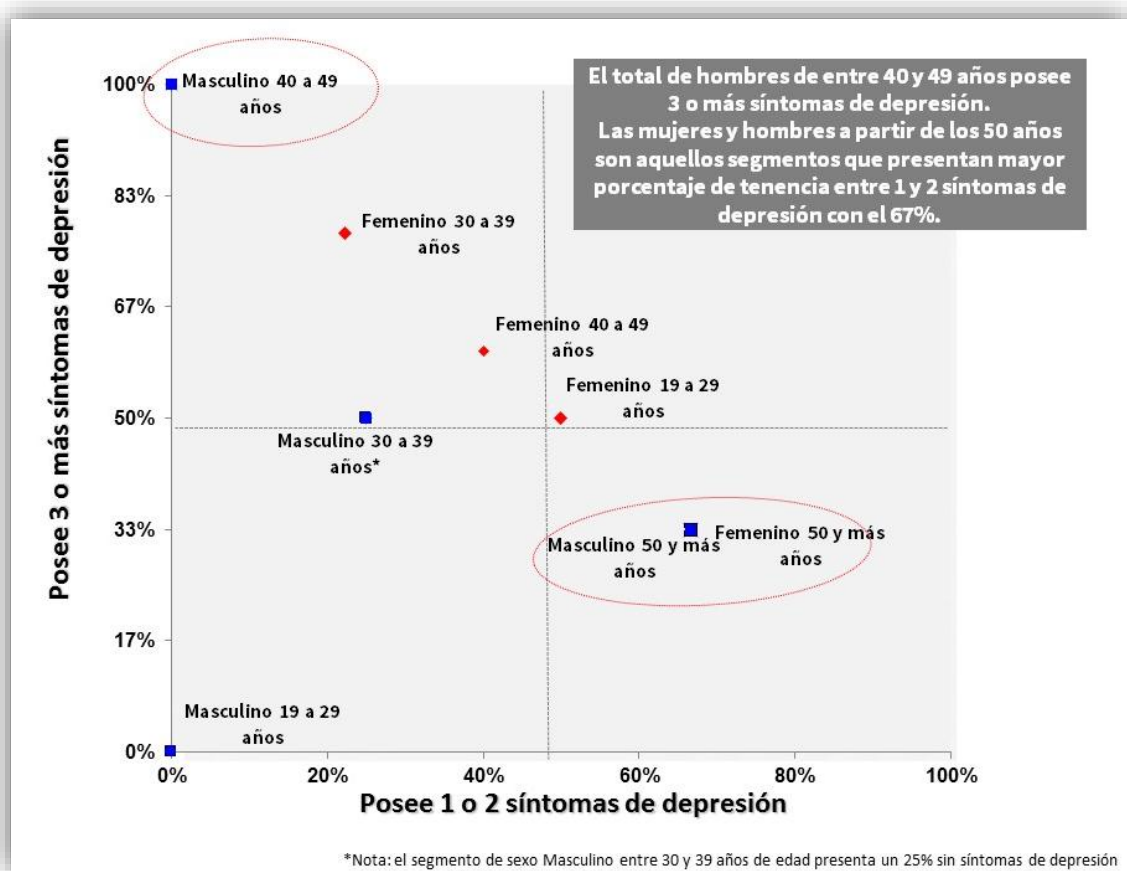
Fuente: Elaboración propia.

Se observa del gráfico anterior:

La mitad de los hombres entre 30 a 39 años denotan entre 3 a 4 síntomas de depresión, mientras que el 25% de ese segmento muestra entre 1 a 2 síntomas y el 25% restante no presenta ningún síntoma. El total de los hombres de 40 a 49 años presenta entre 3 a 4 síntomas de depresión. El 66,7% de los hombres mayores de 50 años presenta de 1 a 2 síntomas y el 33,3% entre 5 a 6. La misma situación se observa entre las mujeres. Entre las mujeres se observa que la mitad de las más jóvenes manifiesta entre 1 a 2 síntomas, y el 50% restante entre 5 a 6. El 40% de las mujeres entre 40 a 49 años presenta entre 1 a 2 síntomas, y otro 40% entre 3 a 4.

Se presenta el cruce de variables de síntomas de depresión según sexo y edad.

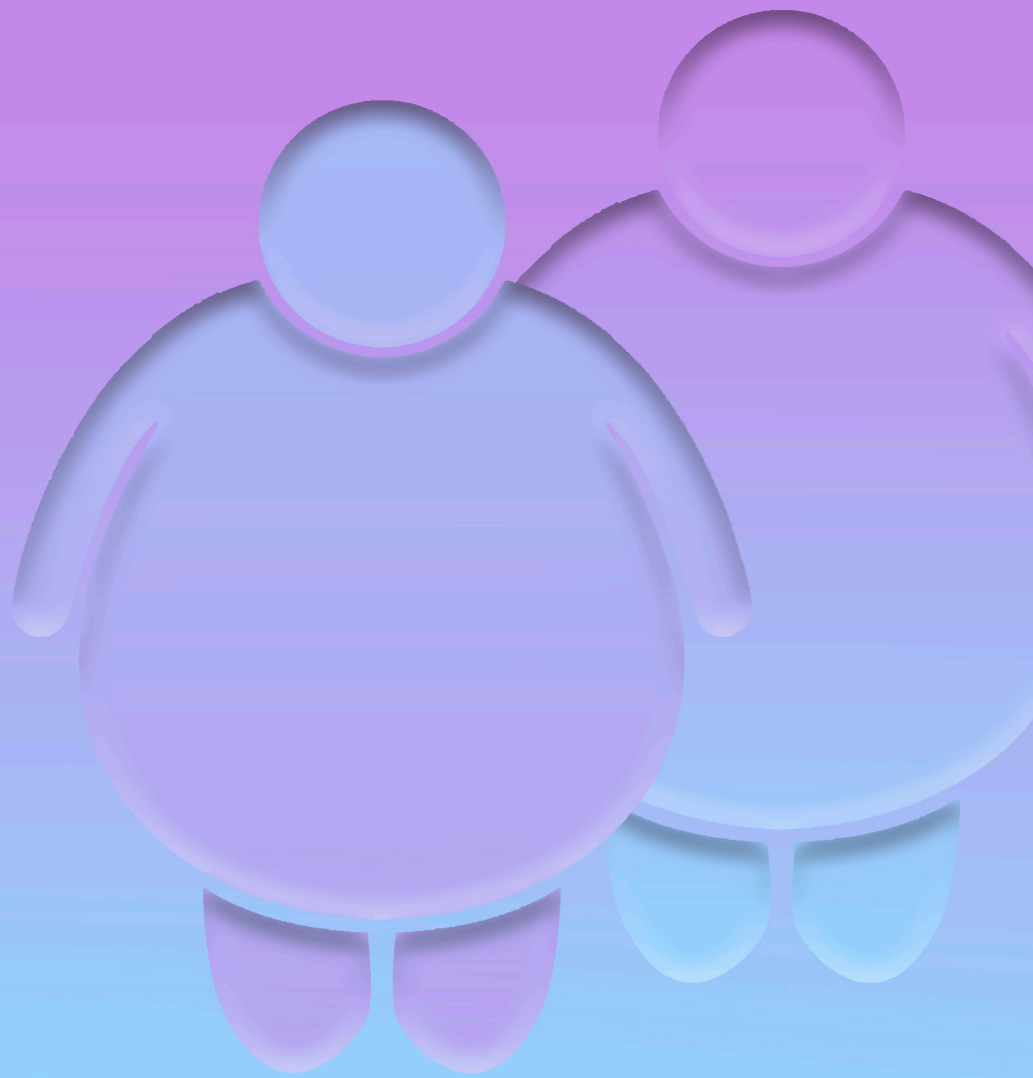
Gráfico N° 4. Depresión, sexo y edad.



Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico anterior se observa:

El total de los hombres que tiene un trabajo rural no presenta síntomas de depresión. El total de los hombres bancarios, empleado MGP, técnico electricista, así como el total de las mujeres municipales y operadoras de radio presentan de 1 a 2 síntomas de depresión. El total de los comerciantes, docentes, operadores en planta hombres presentan de 3 a 4 síntomas. La mitad de los hombres empleados muestran de 3 a 4 síntomas, y la otra mitad de 5 a 6. Con la misma proporción las mujeres administrativas presentan entre 1 a 2 síntomas, de 3 a 4 y de 5 a 6. El total de mujeres comerciantes y la mitad de las docentes presentan de 5 a 6 síntomas de depresión. El total de las mujeres cuidadoras de ancianos presentan de 7 a 8.



Conclusiones

En el presente trabajo respecto a la muestra poblacional utilizada se observa la prevalencia de sexo femenino respecto al masculino.

En relación al rango etario muestra un amplio margen, abarca de 19 a 59 años siendo esta última la edad máxima, teniendo el porcentaje más alto en la franja que abarca de 30 a 39 años.

Se muestra también un abanico de profesiones variadas, pero con el mayor porcentaje representado por las amas de casa.

Del análisis de datos respecto al estado de ansiedad se observa que del total de la muestra en ambos casos, tanto sexo femenino como masculino, presentan un 60% de ausencia de Ansiedad y un 40% de Ansiedad moderada respectivamente y cuando lo relacionamos con la profesión y sexo se observa que los hombres bancarios, docentes, empleados municipales, operadores de planta, técnicos electricistas y trabajadores rurales poseen ausencia de ansiedad, las mujeres empleadas municipales y de radio poseen ausencia de ansiedad, pero entre las comerciantes y docentes, la distribución es equitativa entre ambos tipos de ISRA; el 66.7% de las empleadas administrativas tienen ansiedad moderada, el 81,8% de las amas de casa presentan ausencia de ansiedad. En comerciantes y docentes se da una distribución mitad y mitad para ambos tipos de ISRA.

En cuanto a los síntomas depresivos, el mayor porcentaje está dado en los pacientes de sexo masculino representado por el 90% y relacionado con la profesión se observa que los hombres que tienen trabajo rural no presentan síntomas de depresión, el total de los hombres bancarios, empleado MGP, técnico electricista, así como el total de las mujeres municipales y operadoras de radio presentan de 1 a 2 síntomas de depresión; del total de los comerciantes, docentes, operadores en planta hombres representan de 3 a 4 síntomas. La mitad de los hombres empleados muestran de 3 a 4 síntomas, la otra mitad de 5 a 6 síntomas; con la misma proporción las mujeres administrativas presentan entre 1 a 2 síntomas, de 3 a 4 y de 5 a 6 síntomas. El total de mujeres comerciantes y la mitad de las docentes presentan de 5 a 6 síntomas de depresión. Por otro lado, el total de las mujeres cuidadoras de ancianos presentan de 7 a 8 síntomas.

Se deduce de esto que del total de la muestra la mayor parte presenta síntomas depresivos independientemente del tipo profesión y del sexo.

Otro aspecto que llama la atención es que tanto en los pacientes de sexo femenino como masculino se demuestra que poseen hábitos y conductas alimentarias poco saludables con el 50,0% en ambos casos, pero en el sexo masculino se observan que con el mismo porcentaje presentan hábitos y conductas alimentarias no saludables.

Todos los datos del análisis anterior fueron recabados en el momento previo a la primera consulta de pacientes con obesidad mórbida, posibles candidatos para cirugía Bariátrica.

De esta información brindada se observa la importancia del trabajo interdisciplinar de los distintos profesionales abocados a la salud para poder tratar al paciente como un todo y abordar desde los distintos aspectos el tratamiento de esta enfermedad crónica y multifactorial que presenta recaídas constantes ya que el paciente debe tratarse de por vida.

Se sabe que la obesidad es una enfermedad compleja que puede deberse a factores biológicos, psicológicos o sociales, además de estar influida por determinados factores metabólicos y de comportamiento, por lo tanto, es de vital importancia la pronta intervención por parte de los profesionales de la salud en la educación alimentaria, divulgando los riesgos de esta enfermedad y sobre todo hacer prevención en todos los ámbitos posibles de la vida del individuo ya que es fundamental el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

La promoción de la salud está constituida por las actividades encaminadas a producir cambios en el estilo de vida, promoviendo en el individuo y la comunidad acciones como educación nutricional con énfasis en la lactancia materna y ablactación correcta y divulgación de las características de la dieta balanceada y estimular la actividad física como parte de la vida diaria.

Este trabajo sugiere realizar educación alimentaria y talleres prácticos en escuelas a modo de prevención para poder evitar futuras comorbilidades asociadas con la obesidad.



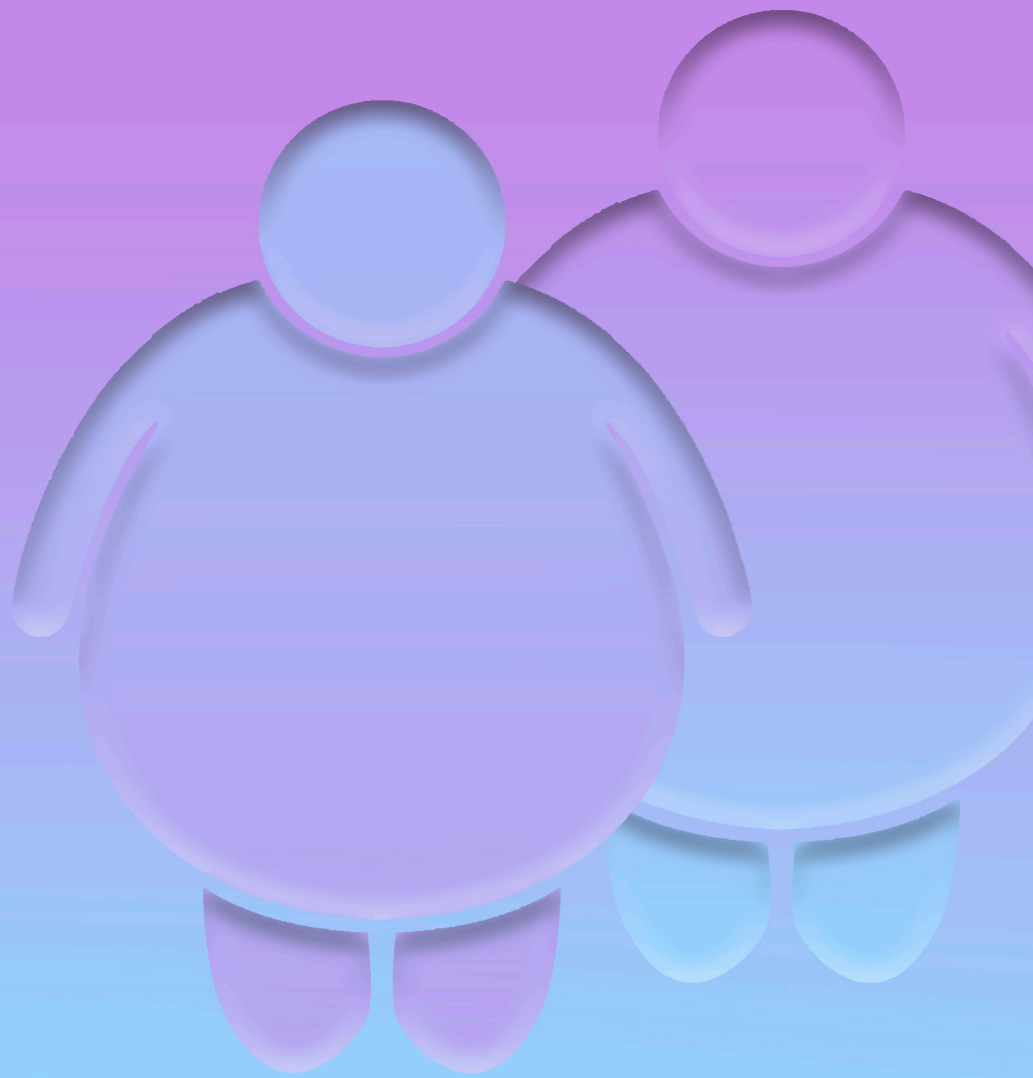
Bibliografía

- ✓ Aguilar 2014. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: *reflexiones necesarias desde la salud pública*. *Nutr. clín. diet. hosp.* 34(1):67-71.
- ✓ Aguirre 2000. Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. *Capital Intelectual*; 2000.
- ✓ Agras 1988 Binge eating increases with decreasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 7,115- 119.
- ✓ Astrup 1999. The role of low –fat diets in body weight control. *Obes Relat Metab Disord* 1999; 23: 1016-24.
- ✓ Alvarez 1998. Dieta y enfermedad coronaria. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 4 (1998), pp. 261–263. 10.
- ✓ Azzi 2013. *Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina. Diferencias de género* Rev. Alternativas en psicología 2013.
- ✓ Badesvant 2004. A. y Guy-Grand, B. (2004): *Stratégies thérapeutiques de l'obésité chez l'adulte Médecine de l'obésité*. París. Flammarion.
- ✓ Barquera 2006. S, Hotz C, Rivera J, et al. *Food consumption, food expenditure, anthropometric status and nutrition related diseases in Mexico*. En: G KGaN, editor. *Double burden of malnutrition in developing countries*. Rome: Food and Agricultural Organization (FAO) / United Nations; 2006. p. 161-204
- ✓ Bray 1992. GA. *Etiology and pathogenesis of obesity*. 1999;2(3):1-15
- ✓ Blair 1999. *Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos en EEUU*.
- ✓ Braguinsky 1986 *Saberes y conflictos en la prevención y el tratamiento de la obesidad*. Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento. 1995.
- ✓ Bruce 1996. Bruce, B., y Wilfley, D. (1996). *Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem*. 96(1), 58-61
- ✓ Bruch H.1973. *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York, EUA: Basic Books Inc.
- ✓ Chamdler 2002. Eduardo; Rovira Bernardo. (2002). *Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales*. Agosto 2002.
- ✓ Chopra, Tobacco 2001. *Obesidad y Medicamentos*. Southam S., Wright A.J., Blanco I., Gil Martínez E., Berg H., Corrida B., Roussel A.M., Chopra M., Thurham D.J., 2001.
- ✓ Cole 1993. Colé TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, et al: *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International Stirvey*. 1993; 329:1008-1012 36 Sobal J, StunkarclAJ, *Socioeconomic status and obesity: a reviewv of the literature*.
- ✓ Contreras 2010. *Sobrepeso y Obesidad, epidemiología, evaluación y tratamiento*, México: Contreras Hernández, I. "Decade report (2000-2010)

- ✓ Dhaliwal 2013. *Obesidad y sus comorbilidades: Estrategias desde la actividad física*. S Ho, Satvinder S Dhaliwal
- ✓ Donini 2009.L., Bellini, M.Y Santomassimo, C.(2008). *Binge eating disorder and body uneasiness*. *PsihologijskeTeme*, 17(2), 287-312. Devlin, M.J., Golden, J.A Ydobrow.
- ✓ Elizagarate 2001. E, Ezcurra S, Sánchez PM. *Aspectos psiquiátricos del tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida*. 2001
- ✓ Ericcson: 1996.Walker C Pan Foreyt J. *Common Biological Pathways in Eating Disorders and Obesity*.
- ✓ Foreyt 1980. J.P., Goodqick, G.K. y Gotto, A.M. Limitations of behavioral treatment of obesity: Review and analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 159-174.
- ✓ Goldberg 1987- 2004. *Assessment of psychological morbidity in primary care: explorations with the general health questionnaire*. *J Chronic Dis*, 40 (1987), pp. S71–S79. 25. B. Liptzin, DA Regier,
- ✓ Guidano 1897. *Devenir persona con otros*. Gestaltnet. M. Mahler 1897- 1985.
- ✓ Guisado 2002. J, Vaz F. *Personality assessment in morbid*. *Obesity Surgery* 2002; 12: 598-601. 8
- ✓ Interpsiquis 2001. *Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida*.
- ✓ Iruarrizaga, Romero, Camuñas, Rubio 1994. Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad.Vol. 16, num. 1: 115-123.
- ✓ Kaplan 1995. H. I. Bt Kaplan, H. S. The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 125, 181-201.
- ✓ Kaplan, *Obesity and the liver* 1995-2004. Role in the treatment of obesity-related liver disease controversial
- ✓ Kennedy 1953. *The role of depot fat in hypothalamic control of food intake in the rat*. *Proceedings of the Royal Society of London*, 140: 578, 1953
- ✓ Kopelman 2001. *BMJ* 2001; 322:1-4. 7. Kopelman PG. *Obesity as a medical problem*.
- ✓ Lazarevich 2003. Lazarevich I, Rodríguez JH. *Manifestaciones psiquiátricas en los tras- tornostiroideos, diabetes mellitus y obesidad*. 2003;23(5):149- 151. 2.
- ✓ Le guen J. 2005. *Comer bien, comer mal: la medicalización de la alimentación*, *Salud Pública México*, vol. 49, 3: 236-242.
- ✓ Levine 2005. Lanningham-Foster LM, McCrady SK, et al. (2005). *Interindividual variation in posture allocation, possible role in human obesity*. 307, 584-586
- ✓ Lindsay 2002. Hanson RL, Bennett PH, Knowler WC. *Secular trends in birth weight, BMI, and diabetes in the offspring of diabetic mothers*. *Diabetes Care* ; 23(9): 1249-54.
- ✓ Looking 1997. *Reflujo gastroesofágico y obesidad*. 1997; 125: 671-5.
- ✓ Lorence 2008. *Apuntes de Psicología Revista cuatrimestral de psicología* 2008, Vol. 26, número, págs.-48

- ✓ Malinowski 2006. *Manual de obesidad mórbida*, Médica Panamericana, Buenos Aires, Madrid (2005), pp.309–321. 20. DJ Stocker;
- ✓ Mc Keown 1957. *Whole-grain intake is favorably associated with metabolic risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease in the Framingham Offspring Study.* ; 76: 390-8.
- ✓ Key molds 1982. *La Obesidad y Sus Complicaciones* by Alfredo Ingelmo Setién, Carlos Fernández Escalante Acad Sci 1982;389:406-418.
- ✓ Modan 1985. *Obesidad: La epidemia del siglo XXI.* Modan M, Hallan H, Almog S, Lusky A, Eskol A, Shefi
- ✓ Montt, Koppmann, Rodríguez, 1997. *Aspectos psiquiátricos.* 1997; 42: 17-41. 28.
- ✓ Naos.Aesan. mssi.1997. *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.* 11;24-26.
- ✓ Pardo 1998. *Síndrome de descondicionamiento físico el paciente en estado crítico.* 1998.
- ✓ Prochaska 1997. J. & Velicer, W. (1997). *The transtheoretical model of health behavior change.* 12(1), 38-48.
- ✓ Ravenna 2004. Máximo. (2004). *Una delgada línea entre el exceso y la medida.* –
- ✓ Rodríguez 2004. *La prevalencia de sobrepeso u obesidad en escolares.* Martínez Vizcaíno F, Salcedo Aguilar Rodríguez Artalejo Martínez
- ✓ Rojas Martín 2006. Marcos P. *Esteatohepatitis no alcohólica y obesidad.* Madrid 2006, 301-8. 9.
- ✓ Rojin 1993. A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom 1993 150–154.
- ✓ Aranceta J, Pérez C. *Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO).*
- ✓ 1997.; 71(6):515-29.
- ✓ Slade 1994. Slade, P. D. (1994). *What is body image? Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.
- ✓ Spielberg 1991. Ch. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory Manual.* Odessa, Florida.
- ✓ Stock 1982. *Sobrepeso y obesidad: epidemiología, evaluación y tratamiento.* s. bre -. pes. y Stock MJ. Kemper H. Measuring physical activity and energy expenditure. Washburn R. Pequignot Guggenbuhl F. 1982. 14:337-343
- ✓ Strobele 2004. *Análisis experimental de la conducta alimentaria: evaluación de la influencia social en el consumo de adolescentes.* 5-10;35.
- ✓ Tobal, Vindel, Cano 1986-1994. *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA* Madrid. (1988; 1994)

- ✓ Trembley 1994. *Revista Paulista de Educação Física*, 1994, 8, 1, 98-111. Dionne, I.; Alméras, N.; Bouchard, C. & Tremblay, A. The association between vigorous physical activities and fat deposition in male adolescents.
- ✓ Vague 1947. *La différenciation sexuelle, facteur déterminant des formes de l'obésité*. Presse Médicale, 30:339-340
- ✓ Van Baak 1998. *Ann Nutr Metab* 1998 42: 75- 89. 38. Schiffelers SI, Saris W, Van Baak.
- ✓ Vázquez 2003. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2003:11(1) enero-marzo.28-33.
- ✓ Wadden 1999. *Teoría psicométrica*. 2da edición español. México: McGraw-Hill, 1999: 3-34. 15. Wadden TA, Stunkard AJ. Psychopathology and obesity. *Ann NY Acad Science* 1987; 499: 55-65. 16.
- ✓ Wahrem 1979. *Am J Clin Nutr* 1979; 33: 1776-1787. 48. Wahren J, Sato Y, Ostman L, et al. *of insulin and contraction on glucose transpon in rat ejercicio Y Obesidad* 283.
- ✓ Wilsom 1980. *Treatment of Obesity*, J.P. Foreyt (Ed.) pp 19-34, Pergamon Press, USA, 1980. 3. Wilson, G. T.
- ✓ Who 1997. *Programme of nutrition, Family and Reproductive Health Obesity*. Preventing and managing the global epidemie.
- ✓ Yopez, Téllez, Alarcón 2007. Abril 2007. 34. *Obesidad infantil*. María Soledad Achor, Néstor Adrián Benítez Cima,



Anexos

EDAD _____ SEXO _____ N° de historia clínica _____

PROFESION _____

Instrucciones

Cada síntoma debe ser evaluado por la frecuencia con que tenemos dicho síntoma o respuesta, en general en nuestra vida, de acuerdo con la siguiente escala de frecuencias:

0: casi nunca; 1: pocas veces; 2: unas veces sí, otras veces no; 3: Muchas veces; 4: casi siempre.

Sintomas	Frecuencia
-Preocupación	0 1 2 3 4
-Pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo	0 1 2 3 4
-Inseguridad	0 1 2 3 4
-Temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede.	0 1 2 3 4
-Molestias en el estómago	0 1 2 3 4
-Sudor	0 1 2 3 4
-Temblor	0 1 2 3 4
-Tensión	0 1 2 3 4
-Palpitaciones, aceleración cardíaca	0 1 2 3 4
-Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc)	0 1 2 3 4
-fumar, comer o beber en exceso	0 1 2 3 4
-Evitación de situaciones	0 1 2 3 4

Subescala de depresión del cuestionario de Golberg

EDAD _____ SEXO _____ N° de historia clínica _____

PROFESIÓN _____

Instrucciones

El siguiente cuestionario comprende 9 preguntas para evaluar síntomas de depresión. Completar los mismos por SI o por NO.

PREGUNTAS	SI	NO
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

Criterios de valoración Subescala de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

Questionario

Valoración y cuantificación de conductas alimentarias	Nunca	Pocas veces	Con alguna frecuencia	Muchas veces	Siempre
Al cocinar pongo o digo que pongan en el sartén la cantidad mínima de aceite.					
Soy consciente de las calorías que tomo al cabo del día.					
Si pico, tomo alimentos bajos en calorías (fruta, un vaso de agua, etc.).					
Cómo verduras todos los días					
Los lácteos que tomo son descremados.					
Como la carne, el pescado a la plancha o al horno en vez de frito					
Tomo alimentos frescos en vez de platos precocinados .					
Me sirvo raciones pequeñas.					
Realizo un programa de ejercicios físicos					
Cuando tengo hambre entre horas tomo tentempiés con pocas calorías.					
Picoteo si estoy bajo/a de ánimo.					
Como carnes grasas.					
Hago ejercicio físico regularmente					
Cuando me parece comer algo espero unos minutos antes de tomarlo.					
Picoteo si tengo ansiedad.					
Saco tiempo cada día para hacer ejercicio.					
Tomo bebidas de baja graduación alcohólica (cerveza, vino).					
Cuando estoy aburrido me da hambre.					
Tomo bebidas de alta graduación alcohólica (licores, ginebra, wisqui).					
Cuando como en restaurante tengo en cuenta las calorías de los alimentos.					
Reviso las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen.					
Compro principalmente alimentos precocidos.					



OBESIDAD MÓRBIDA

Ansiedad, Depresión y Conducta alimentaria

Clara Evelina Nieto clara.nieto@camuzzigas.com.ar



20
16

UNIVERSIDAD FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Nutrición

La obesidad tiene causas multifactoriales, genéticas, metabólica, psicológica, social, cultural; por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema y debe atenderse de forma simultánea con los programas de control de peso (Synnott,1992). Así mismo los tratamientos médicos de la obesidad han demostrado baja efectividad, lo que ha llevado a que la cirugía bariátrica se haya establecido como una alternativa de tratamiento cada vez más frecuente (Dziurawicz, 2006).

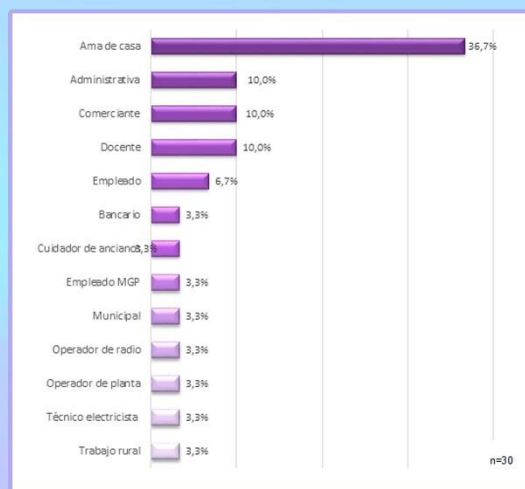
Objetivos: Evaluar el nivel de ansiedad, depresión y las conductas alimentarias de los pacientes con IMC 40 previo a la cirugía bariátrica que asisten a centros de asistencia públicos y privados de Salud de la Ciudad de Mar del Plata.

Material y métodos: el presente trabajo corresponde a una investigación de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo en pacientes que concurren a su primera entrevista, está dirigido a evaluar el nivel de ansiedad, depresión y conductas alimentarias de los pacientes con IMC 40 previo a la cirugía bariátrica que asisten a centros de asistencia públicos y privados de Salud de la ciudad de Mar del Plata.

Distribución por sexo



Distribución según la profesión



Distribución según edades de la muestra estudiada



Fuente: Elaboración propia.

Resultados: Del total de la muestra de sexo femenino se observa que el 85% presenta síntomas depresivos y el 15% restante no; el 60% posee ausencia de ansiedad y el 40% restante ansiedad moderada; el 40% presenta conductas y hábitos alimentarios no saludables, el 50% poco saludables y el 10% restante saludables. De la muestra de pacientes de sexo masculino se presenta que el 90% presenta síntomas depresivos y el 10% restante no, el 60% tiene ausencia de ansiedad y el 40% restante posee ansiedad moderada; el 50% presenta hábitos y conductas alimentarias poco saludables y el 50% restante tiene conductas no saludables.

Conclusiones: Es de vital importancia encarar el tratamiento para la obesidad de forma interdisciplinaria para que el paciente sea tratado en todos sus aspectos y de esta forma evitar las recaídas que son tan frecuentes en esta enfermedad.

**REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA
AUTORIZACION DEL AUTOR⁸³**

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que, sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: Nieto, Clara Evelina
 Tipo y N° de Documento: DNI 24.542.987
 Teléfono/s: 223 154971813
 E-mail: claraevelinanieto@msn.com
 Título obtenido: Licenciatura en Nutrición

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Obesidad Mórbida, (ansiedad, depresión y conducta alimentaria)

Fecha de defensa ____/_____/2016

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

⁸³ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

