

OBESIDAD MÓRBIDA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Conducta alimentaria, patrón de consumo, alteraciones del sueño y percepción de la calidad de vida relacionada con la salud



MARTINA ALIENDE

TUTORA: Lic. Guillermina Riba

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO: Mg. Vivian Minnaard

2020

“La posibilidad de hacer un sueño realidad,
eso es lo que hace interesante la vida”

Paulo Coelho

A mi familia, por su amor y apoyo incondicional
en cada paso que doy en la vida.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, les agradezco a mis padres por inculcarme los valores que hoy me llevan a ser quien soy, y por darme el apoyo necesario para poder hacer posible este logro. Sin ellos no habría llegado a donde hoy me encuentro.

A mi hermana, Milagros, por ser mi compañera de vida y lograr siempre sacarme una sonrisa aún en los peores momentos. Gracias por aguantarme hasta cuándo ni yo misma lo hago.

A mi familia, en especial mis abuelos, que están presentes en cada paso.

A mis amigos de la vida, por compartir mis alegrías y tristezas, formando parte de mi crecimiento y dejando mil anécdotas en mis recuerdos para siempre.

A las amigas que me dio la universidad, Mica, Pilu, Guille y Lu, que hicieron de esta etapa de mi vida una experiencia divertida e inolvidable. Sin su apoyo me hubiera sido difícil poder atravesarlo de la manera en que lo hice.

A todas aquellas personas que formaron o forman parte de mi vida y me ayudaron a ser quien soy hoy.

A mi asesora Vivian Minnaard quién no dudó desde el principio en ayudarme y acompañarme, teniendo una increíble predisposición y capacidad para evacuar cualquier duda que me surgiera.

A mi tutora Guillermina Riba por acompañarme y darme las herramientas para lograr realizar mi tesis desde su gran conocimiento y experiencia en el tema.

A la Universidad Fasta y a cada uno de los profesores que se esforzaron en transmitirme sus conocimientos, en plantar interrogantes y curiosidad en mí.

RESUMEN

La obesidad mórbida es, por sus repercusiones en la calidad de vida, salud física y psicológica, uno de los principales temas de interés e investigación en el campo de la salud y las ciencias médicas.

Objetivo: Analizar la conducta alimentaria y el patrón de consumo, el estado nutricional, la presencia de alteraciones del sueño nocturnas, y la percepción de la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y concurren a una clínica de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata en el año 2019.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio cuali-cuantitativo de tipo descriptivo, no experimental y transversal, con una muestra conformada por 25 pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata. La selección de los participantes se realizó de manera no probabilística por conveniencia. La recolección de datos se llevó a cabo a través de una encuesta auto-administrada la cual incluyó una frecuencia de consumo.

Resultados: El sexo femenino fue predominante en la muestra, y el rango etario fue amplio entre los 18 y 54 años. El 74% de los pacientes valora la calidad de su sueño como mala, tanto en cantidad de horas como en continuidad de su descanso. Se observó que la mayor parte de los participantes posee creencias irracionales con respecto a los alimentos, siendo éste el origen de desviaciones en la conducta alimentaria. En cuanto al patrón de consumo, se superan las recomendaciones diarias para la mayor parte de los grupos de alimentos, a excepción de aceites, frutos secos y semillas, y agua. Por otra parte, la población objetivo evalúa en su mayoría con 2 puntos su salud, cercano al valor de peor estado de salud imaginable.

Conclusión: En la muestra predomina un estado nutricional deficiente asociado a la ausencia de hábitos saludables, y un elevado consumo de snacks, fiambres, golosinas y gaseosas. Esto se ve asociado directamente a las creencias irracionales de los alimentos, al deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y las alteraciones del sueño nocturnas. Para comenzar a corregir estos aspectos es esencial un contacto cercano y un control interdisciplinario con los individuos, utilizando herramientas de educación nutricional.

Palabras claves: Obesidad mórbida; Calidad de vida; Patrón de consumo; Alteración del sueño.

ABSTRACT

Morbid obesity is, due to its repercussions on quality of life, physical and psychological health, one of the main topics of interest and research in the field of health and medical sciences.

Objective: Analyze eating behavior and consumption pattern, nutritional status, presence of nocturnal sleep disturbances and perception of quality of life in morbid obese patients who present gastrophageal reflud and attend a local obesity clinic in the city of Mar del Plata in 2019.

Materials and methods: It is a descriptive, non-experimental and cross-sectional qualitative-quantitative study, with a sample made up of 25 patients with morbid obesity that present gastrophageal reflux and attend a local obesity clinic in the city of Mar del Plata. The selection of participants was carried out in a non-probabilistic manner for convenience. The data collection was carried out through a self-administrated survey which included a frequency of consumption.

Results: The female sex was predominant in the sample, and the age range was wide between 18 and 54 years. 74% of the patients rated the quality of their sleep as poor, both in terms of the number of hours and continuity of their rest. It was observed that most of the participants have irrational beliefs regarding food, being this the origin of their deviations in eating behavior. Regarding de consumption pattern, the daily recommendations for most of the food groups are exceeded, with the exception of olis, nuts and seeds, and water. In turn, the target population evaluates their health with 2 points, close to the worst imaginable state of health.

Conclusions: The sample is dominated by a poor nutritional status, associated with the absence of healthy habits, and a high consumption of snacks, sweets, cold cuts and sugar drinks. This is directly associated with irrational food beliefs, the impaired health-related quality of life, and nighttime sleep disturbances. To begin correcting these aspects, close contact and interdisciplinary control are essential, using nutritional education tools.

Keywords: Morbid obesity; Quality of life; Consumption pattern; Sleep disturbance.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1	
<i>La Obesidad Mórbida.....</i>	<i>5</i>
Capítulo 2	
<i>Conducta alimentaria y Calidad de vida relacionada con la salud.....</i>	<i>22</i>
Diseño Metodológico.....	33
Análisis de Datos.....	46
Conclusión.....	70
Bibliografía.....	74



INTRODUCCIÓN



La obesidad mórbida es, por sus repercusiones en la calidad de vida, salud física y psicológica, uno de los principales temas de interés e investigación en el campo de la salud y las ciencias médicas. Resulta pertinente mencionar que según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)¹, más de la mitad de la población argentina (57,9%) ha presentado exceso de peso, tanto sobrepeso como obesidad, habiendo aumentado significativamente la obesidad desde la primer encuesta realizada en el año 2005 con un 14,6%, a un 18% en el año 2009 y finalmente alcanzando el 20,8% en el año 2013.

Hasta la década pasada la investigación en el campo de la obesidad estuvo enfocado casi exclusivamente sobre dos aspectos: la asociación entre sobrepeso y morbimortalidad y el tratamiento de la misma. No obstante, en los últimos años se ha despertado gran interés en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) o salud percibida como un complemento clave para la valoración integral del paciente obeso (Barajas Gutiérrez et al., 1998)².

El concepto de CVRS se puede definir como *el nivel de bienestar derivado de la evaluación que realiza la persona de los diferentes dominios de su vida, considerando la influencia que éstos tienen en su estado de salud*. Esta definición comprende la percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado una enfermedad o su tratamiento sobre su propio sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalismo). Estas dimensiones básicas deben ser analizadas tanto en los dominios físico, emocional y social para poder determinar la calidad de vida del paciente (Urzúa, 2010)³.

Un estudio realizado por Salazar Estrada, Martínez Moreno, Torres López, Beltrán & López Espinoza (2016)⁴, ha señalado que la obesidad se asocia con una menor calidad de vida percibida. Se ha descrito una asociación entre un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado con puntuaciones más bajas en los dominios físicos, sociales y emocionales de la CVRS. Por lo tanto, los individuos con IMC más altos tienden a reportar puntuaciones más bajas en las medidas relacionadas con la calidad

¹Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2009). Realizada en muestra probabilística de 32.365 personas mayores de 18 años.

²La calidad de vida del paciente obeso se deteriora en varios aspectos: capacidad física, bienestar psicológico, funcionamiento social, entre otros. Para la valoración de la CVRS se utilizan en general dos tipos de cuestionarios: genéricos (permiten su aplicación en diferentes patologías) y específicos (diseñados para un trastorno concreto).

³La calidad de vida debe diferenciarse de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la clínica con el interés de evaluar la calidad de vida del paciente como resultado de la experiencia que el mismo tiene con su propia enfermedad o también para establecer el impacto que posee la misma en la vida diaria.

⁴Salazar Estrada José Guadalupe es actualmente profesor investigador de Ciencias de la Salud en una Universidad de Guadalajara. Posee una licenciatura en Psicología, una Maestría en Ciencias de la Salud Pública y un Doctorado en Ciencias de la Salud.



de vida relacionada con la salud. La pérdida de peso también ha estado estrechamente vinculada a la mejora de la CVRS.

La CVRS en el paciente con obesidad mórbida se encuentra afectada en diferentes esferas, dentro de las que se puede mencionar problemas directamente relacionados con el exceso de grasa y peso corporal que generan dificultades en la funcionalidad del paciente; inconvenientes relacionados con las complicaciones orgánicas derivadas de la propia enfermedad; incertidumbre con respecto al pronóstico vital y su percepción; y finalmente cambios en la calidad de vida por tratamientos a largo plazo y con frecuentes recaídas (Monereo Megías et al., 2000)⁵.

A su vez, la calidad de vida del paciente obeso puede verse afectada por otro factor de gran importancia: el sueño. En efecto, Diez, González y Tugas (2003)⁶ definen al sueño no como una situación pasiva ni una falta de vigilia, sino un estado activo en el que tienen lugar cambios en las funciones corporales, además de actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico de los individuos, durante el cual se producen modificaciones hormonales, bioquímicas, metabólicas y de temperatura imprescindibles para el buen funcionamiento durante el día.

En los pacientes que padecen esta enfermedad suele verse afectada la calidad del sueño nocturno. El exceso de peso extremo es un factor de riesgo de alteraciones respiratorias que suelen generar anomalías o trastornos durante el sueño que afectan la vida diurna del paciente. El trastorno del sueño se puede describir como un conjunto de padecimientos que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia y puede aparecer como consecuencia de diversos factores psíquicos, somáticos, fisiológicos, ambientales, asociados o independientes a una patología que repercutirá en el ámbito social, emocional y laboral de las personas (Serfaty, Masautis & Foglia, 2004)⁷.

Por otra parte, de acuerdo a los autores Escobar, González Guerra, Velasco Ramos & Ángeles Castellanos (2013)⁸, se ha relacionado el aumento de peso con la falta de sueño a través de alteraciones de hormonas reguladoras del apetito. A corto plazo la grelina y la leptina se ven alteradas aún por una o dos noches de sueño

⁵Se ha observado que la relación entre un IMC mayor y la mala percepción de la salud es más directa en hombres a medida que aumenta la edad, a la inversa de lo que ocurre en las mujeres.

⁶Se debe considerar al sueño y la vigilia como funciones cerebrales y, por lo tanto, sujetas a alteraciones del sistema nervioso. El mal sueño no se trata de enfermedades aisladas, sino más bien del aviso sobre una previa irregularidad de origen físico o psíquico.

⁷Las diferentes alteraciones del sueño dan cuenta de cambios en la calidad de vida y en aspectos psicológicos como irritabilidad, ansiedad, impaciencia y depresión.

⁸La leptina refleja los niveles de adiposidad, de manera que bajos niveles de esta hormona, señalan reducción del tejido adiposo y se asocian que sentimientos de hambre, en contraste, la grelina se secreta por el estómago y duodeno cuando están vacíos y por ello cuando aumenta su secreción estimulan las sensaciones de hambre.



reducido; la leptina disminuye y la grelina aumenta, resultando de ello mayor sensación de hambre.

A su vez, se ha observado que uno de los principales factores que influye en la alteración y deterioro de la calidad del sueño en la obesidad mórbida es la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). Esta patología se encuentra estrechamente relacionada con la obesidad; de hecho, se ha estimado a través de diversos estudios que un 45% de los pacientes con obesidad mórbida la padecen. La ERGE generalmente puede presentarse con síntomas nocturnos que tienen un impacto negativo sobre el descansar de los pacientes. La literatura publicada estima que aproximadamente el 75% de los pacientes con pirosis experimenta síntomas nocturnos. Dentro de los factores que se combinan en el paciente con exceso de peso, acentuando los síntomas, se pueden mencionar: el aumento de la presión intra-abdominal, incremento del gradiente de presiones gastroesofágicas, aumento en la frecuencia de hernia hiatal y retraso del vaciamiento gástrico (Bernal Reyes, 2013)⁹.

Durante un estudio realizado a través de una encuesta estadounidense National Health and Wellness Survey (NHWS) (2006)¹⁰, se ha observado que los pacientes con síntomas nocturnos de ERGE comunican una menor CVRS que los que no tienen síntomas nocturnos. También se ha demostrado que esto produce un impacto considerable sobre el sueño, como dificultad para la inducción y el mantenimiento del sueño, peor calidad del sueño y mayor somnolencia y cansancio diurnos (Mody, Bolge, Kannan & Fass, 2010)¹¹.

Por lo tanto, se puede afirmar que la obesidad mórbida es una patología que genera un impacto directo en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. El tratamiento implicará cambios permanentes en la ingesta y requiere de un manejo integral que incluya aspectos educativos, médicos, nutricionales y psicológicos para su abordaje, de manera que tenga en cuenta no sólo cuestiones alimentarias o médicas, sino también la propia percepción del paciente de su enfermedad y el impacto generado en su vida cotidiana por la misma (Bersh, 2006)¹².

⁹Las Relaxaciones Transitorias del Esfínter Esofágico Inferior (RTEE) juegan un papel fundamental en la fisiopatología de ERGE y se ha demostrado que estas incrementan también a mayor IMC y favorecen la aparición de los síntomas.

¹⁰Esta encuesta ha sido un estudio transversal anual del estado de enfermedad, las actitudes hacia la atención médica, conductas y resultados en la población estadounidense mayor de 18 años. Los datos fueron recopilados mediante un cuestionario auto-administrado realizado a través de internet.

¹¹En los adultos con ERGE, los síntomas nocturnos producirían un efecto significativo en las dificultades para dormir, las que, a su vez, tienen una asociación negativa con la CVRS. Estos resultados son compatibles con un estudio previo que halló que los pacientes con síntomas nocturnos de ERGE informaban una CVRS más baja que aquellos sin síntomas nocturnos

¹²Sonia Bersh es Psiquiatra general, profesora del Departamento de Psiquiatría de una Universidad pública de Colombia.



A partir de lo anteriormente mencionado, se plantea como problema de investigación:

¿Cuál es la conducta alimentaria y el patrón de consumo, el estado nutricional, la presencia de alteraciones del sueño y la percepción de la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y concurren a una clínica de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata en el año 2019?

El objetivo general que se ha propuesto es:

Analizar la conducta alimentaria y el patrón de consumo, el estado nutricional, la presencia de alteraciones del sueño nocturnas, y la percepción de la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y concurren a una clínica de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata en el año 2019.

Para su cumplimiento, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar el patrones de consumo y las conductas alimentarias de la población objetivo y su estado nutricional
- Identificar la presencia de alteraciones del sueño durante los períodos de descanso nocturno
- Determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes en relación a su estado de salud



Capítulo 1:
LA OBESIDAD MÓRBIDA



La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹³, define a la obesidad como *una enfermedad crónica, multifactorial en su origen y caracterizada por el aumento de grasa corporal más allá de los límites fisiológicos, con respecto a la masa muscular, asociada a un mayor riesgo para la salud.*

Esta patología de carácter crónico ha aumentado su prevalencia a lo largo del tiempo a nivel mundial. En el año 2008 se estimaba que 1.500 millones de adultos poseían exceso de peso y, dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. Actualmente, se estima que estas cifras han sido duplicadas (Moreno, 2012)¹⁴.

En el trabajo presentado por González (2007)¹⁵, se explica que la obesidad se presenta como la patología metabólico-nutricional más frecuente en la actualidad, tanto en la edad adulta como en la infancia, más allá de sus particularidades clínicas y socioculturales. En los países en vías de desarrollo, esta enfermedad no transmisible se relaciona estrechamente con los cambios económicos de la población: la falta de educación de los padres, la obesidad materna y la inseguridad alimentaria¹⁶ en el hogar influyen negativamente a la hora de definir un estilo de vida saludable para el grupo familiar.

Se considera que la obesidad es un proceso de patogenia complejo, en el que se encuentran implicados factores genéticos y ambientales, y que se manifiesta por la expansión patológica de los depósitos adiposos corporales. A pesar de que la etiología de esta patología es multifactorial, la mayoría de las personas que la padecen tienen hábitos alimentarios inadecuados y realizan poca o casi nula actividad física que condiciona el almacenamiento de grasa corporal. Por lo tanto, esta acumulación es generalmente consecuencia de un desbalance energético crónico relacionado con factores ambientales modificables dentro de los cuales cabe destacar el estilo de vida, el comportamiento alimentario, la accesibilidad a los alimentos y la seguridad alimentaria; junto con factores hormonales endógenos no modificables; y que se desarrolla en un individuo predispuesto genéticamente (Lozano & Gonzales, 2010)¹⁷.

¹³La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Su fecha de fundación data del 7 de abril de 1948. Se encuentra constituida por 194 Estados que la gobiernan a través de la Asamblea Mundial de la Salud.

¹⁴El Dr. Manuel Moreno posee un Magíster en Nutrición Clínica y forma parte del Departamento de Nutrición y de Diabetes y Metabolismo en una Universidad privada de Chile.

¹⁵Se sugiere la lectura del artículo Adherencia al Tratamiento Nutricional y Composición Corporal: Un estudio transversal en pacientes con sobrepeso y obesidad en: *Revista chilena de Nutrición*, publicado en el año 2007.

¹⁶El concepto de inseguridad alimentaria hace referencia a la imposibilidad de las personas en acceder a los alimentos debido a razones económicas, físicas o geográficas.

¹⁷El incremento de grasa corporal se considera patológico cuando supera el 20% en hombres y el 30% en mujeres.



Con respecto a la predisposición genética, el desarrollo de esta enfermedad se encuentra asociado a la presencia del gen ahorrador, planteado en la Teoría del Gen Ahorrador. La misma establece que durante la evolución del ser humano se fueron seleccionando ciertas variantes genéticas en los individuos que les permitían lograr un mayor almacenamiento de energía en el tejido adiposo y un bajo gasto energético ante condiciones de vida caracterizadas por la escasez o dificultad en la obtención de los alimentos y/o exposición a prolongados periodos de hambruna. Esta carga genética enfrentada en la actualidad a un estilo de vida sedentario y alta ingesta de calorías constituye el principal factor de riesgo de obesidad, especialmente en las culturas occidentales. Es por este motivo que resulta de importancia mencionar que se ha estimado que los factores genéticos explican entre un 25 y 40% de la etiología de la obesidad (Carrasco N. & Galgani F., 2012)¹⁸.

A su vez, de acuerdo a Mockus e Ismena (2007)¹⁹ los recién nacidos con bajo peso o elevado para la edad gestacional presentan una mayor susceptibilidad a desarrollar obesidad en la vida extrauterina, por lo que se ha planteado que una alteración del desarrollo en la vida intrauterina aumenta el riesgo de enfermedades de tipo crónicas en la vida adulta.

De esta manera, los genes pueden determinar señales y mecanismos implicados en la regulación del peso corporal. Entre estos se pueden distinguir las alteraciones en genes que determinan obesidad y la susceptibilidad que se manifiesta cuando confluyen factores metabólicos o ambientales. Algunos de los posibles mecanismos fisiológicos a través de los cuales la susceptibilidad genética puede actuar son la baja tasa de metabolismo basal, la disminución en la oxidación de macronutrientes, bajo contenido de masa magra, así como factores relacionados con el perfil hormonal, incluyendo la sensibilidad a la insulina (Martínez, Moreno-Aliaga, Marques-Lopes & Marti, 2002)²⁰.

Por otra parte, desde el punto de vista clínico, la obesidad puede ser hipertrófica o hiperplásica. El primer tipo es propio del adulto, se caracteriza por una gran cantidad de grasa en los adipocitos que genera un aumento en su tamaño pero sin aparecer un aumento en su número; mientras que el segundo tipo se corresponde a una forma clínica de larga duración que se caracteriza no sólo por el aumento de tamaño de los

¹⁸La predisposición genética a la obesidad se puede expresar a través de algunas características metabólicas, como un bajo gasto energético de reposo, mala oxidación de grasas o un bajo nivel de actividad física espontánea.

¹⁹El artículo está basado en el desarrollo de obesidad de acuerdo a las características del peso al nacer.

²⁰Además de los factores genéticos debe asumirse que el peso corporal está finalmente determinado por la interacción de factores genéticos, ambientales como los hábitos alimentarios y la realización de actividad física, y psicosociales que actúan a través de diferentes mecanismos fisiológicos del apetito y del metabolismo energético.



adipocitos sino también por una mayor cantidad de los mismos. En general, el segundo tipo mencionado es aquel que comienza en la niñez ya que para que las células grasas aumenten en número, es decir, se vuelvan hiperplásicas, primero deben encontrarse hipertrofiadas (Chiprut et al. 2001)²¹.

Actualmente, la obesidad es una condición de gran recurrencia a nivel mundial, motivo por el cual ha sido llamada “la epidemia del siglo XXI” y reconocida como una enfermedad social por Basilio Moreno, Álvarez Hernández y Monereo Megías (2000)²².

Esta enfermedad se considera un fenómeno relacionado con la sociedad de consumo, aumentando claramente el número de personas afectadas, y vinculada esta circunstancia con los cambios en los hábitos de vida y conductas alimentarias. El sedentarismo desarrollado en las tareas cotidianas y la continua oferta desde la industria alimentaria de alimentos ricos en calorías vacías han modificado el mapa de la población obesa. Esta situación genera un aumento en los gastos de salud que deben destinarse para el tratamiento y rehabilitación de aquellos pacientes que padecen esta enfermedad.

El sedentarismo es definido por la OMS (2002)²³ como “*la ausencia de la actividad física necesaria para que el organismo humano se mantenga en un estado saludable*”, situándolo como un factor de riesgo y motivos de un aumento de la morbi-mortalidad, y discapacidad en el mundo actual. La falta de actividad física implica un severo problema de la salud pública ya que determina y empeora todas las enfermedades no transmisibles como las patologías cardiovasculares. Así mismo, se establece una relación creciente entre la tasa de sedentarismo y la obesidad en la población.²⁴

El Comité de Nutrición y la subcomisión de Epidemiología (2005) sostienen que los mecanismos que avalan los resultados protectores del ejercicio referente a la reducción del riesgo de las ECV y su evolución son variados. Como en el caso de la actividad física, particularmente el ejercicio de resistencia aeróbica, que ayuda a vigilar algunos factores de riesgo cardiovascular como la resistencia a la insulina, la hipertensión arterial y la obesidad. Así mismo, la actividad física es capaz de reducir

²¹El Dr. Roberto Chiprut es el director general de un Instituto mexicano de Investigación Clínica de los Estados Unidos, profesor clínico de medicina en una universidad privada y médico asistente en un centro de atención de Los Ángeles, California.

²²El costo económico atribuido a la obesidad incluye los costos directos como la atención a las enfermedades relacionadas con la obesidad; el costo indirecto por pérdida de productividad laboral o por incapacidad laboral transitoria o permanente; y el costo por mortalidad estimado por la falta de ingresos.

²³También mencionado por la entidad como “*la poca agitación o movimiento*”.

²⁴El sedentarismo o la falta de actividad física casi siempre preceden y está presente en las enfermedades crónicas. Además, se demostró que está asociado de forma independiente con un mayor riesgo de muerte, enfermedad cardiovascular, incidencia de cáncer (mama, colon, colorrectal, endometrial y de ovario epitelial) y de diabetes mellitus tipo II.



los niveles lipídicos, aun en personas con niveles normales, e incrementar la cantidad de colesterol HDL²⁵.

En los países en desarrollo en los últimos 20 años, las cifras de esta patología se han triplicado en la medida en se ha occidentalizado el estilo de vida, es decir, ha aumentado el consumo de comida de un bajo costo pero con alto contenido calórico y simultáneamente, se ha disminuido la realización de actividad física. Según recientes reportes de la OMS, a nivel global existen unos 250 millones de personas obesas, es decir, un 7% de la población. A su vez, es importante mencionar que según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)²⁶ realizada en Argentina en el año 2013, se pudo observar que 6 de cada 10 personas registraron exceso de peso y 2 de cada 10 obesidad por lo que más de la mitad de la población de referencia, es decir un 53,4%, presentó exceso de peso (tanto sobrepeso como obesidad), habiendo aumentado significativamente la prevalencia de obesidad en un 42,5% con respecto a la misma encuesta realizada en el año 2005, de 14,6% a 20,8%, sin cambios en la prevalencia de sobrepeso que fue de 35,4%.

Para determinar con certeza si un individuo padece de esta patología, se deben utilizar ciertos parámetros. El método aceptado a nivel internacional en la actualidad para el diagnóstico y clasificación de la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet, el cual permite detectar de forma indirecta el grado de adiposidad en la población general a excepción de pacientes con un elevado porcentaje de masa muscular, ancianos o niños menores a 18 años ya que los valores obtenidos podrían no reflejar realmente el estado nutricional de los mismos. El IMC se define como el cociente entre el peso en kilogramos y la talla en metros elevada al cuadrado, es decir, $IMC = \text{Peso (en kilogramos)} / \text{Talla (en metros)}^2$. A partir de su cuantificación, se considera obesidad cuando el IMC obtenido sea superior a un valor de 30 kg/m² y sobrepeso cuando el valor se encuentre entre 25 y 29,9 kg/m² (Lozano et al., 2010)²⁷.

²⁵Esto ha sido demostrado en múltiples trabajos realizados en individuos que realizan AF moderada en forma regular y en atletas con entrenamiento de resistencia aeróbica.

²⁶La ENFR es un estudio de prevalencia o corte transversal que forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Dicho diseño permite estimar las prevalencias de los factores de riesgo en un estudio y evaluar sus tendencias, a través de la implementación periódica de la encuesta (cada 4 o 5 años) a lo largo del tiempo. Se han realizado actualmente 3 de las mismas en Argentina, en los años 2005, 2009 y 2013 respectivamente.

²⁷La grasa corporal también puede ser determinada mediante técnicas de valoración de la composición corporal más específicas como la absorciometría con rayos X de doble energía (DXA), impedancia bioeléctrica (BIA), densitometría hidrostática, TAC, RMN, etc. Estos métodos son caros y poco accesibles, por lo que tienen poca aplicabilidad clínica. Es por esto que en la práctica clínica se suelen utilizar los métodos antropométricos.



Los valores de corte según el IMC para determinar el estado nutricional y el riesgo asociado a la salud son:

Tabla N°1. Riesgo asociado a la salud según IMC.

<i>IMC</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Riesgo asociado a la salud</i>
< 18	Bajo peso	Bajo
18 - 24,9	Normal	Peso saludable
25 - 29,9	Sobrepeso	Moderado
30 - 34,9	Obesidad grado I (moderada)	Alto
35 - 39,9	Obesidad grado II (severa)	Muy alto
> 40	Obesidad grado III (mórbida)	Severo o Extremo

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (2000) (OMS)

A pesar de lo anteriormente mencionado, de acuerdo con los autores Zárate, Basurto Acevedo & Saucedo García (2001)²⁸, el IMC no proporciona información exacta acerca de la distribución de la grasa corporal, siendo la misma un aspecto de relevancia ya que múltiples estudios han determinado que una acumulación preferencial de tejido graso en la zona abdominal del cuerpo se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica. En base a esto, la obesidad puede clasificarse de acuerdo con la distribución de la grasa corporal; cuando la misma se acumula preferentemente en las nalgas y la parte alta de las piernas se denomina “ginoide” y se observa una apariencia corporal asemejada a una pera. En cambio, cuando el tejido adiposo se localiza principalmente en el abdomen se llama “androide” y la figura corporal tiende a asemejarse a una manzana.

Según los autores Gómez et al. (2017)²⁹, aquellas personas que padecen la obesidad central cuentan con mayor riesgo y deben llevar un tratamiento cuyo fin sea la pérdida de peso mediante una alimentación adecuada y el incremento de la realización de actividad física. El incremento de la masa grasa en el área abdominal se vincula con un aumento de las probabilidades de sufrir múltiples enfermedades como dislipemias, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, coronariopatías, y demás. Dicha relación se dispone principalmente con el tejido lipídico intraabdominal³⁰, quien cuenta con una respuesta fisiológica diferente de la ubicada subcutáneamente,

²⁸El Dr. Arturo Zárate forma parte de la Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas, trabaja en un Hospital de Especialidades y en un Centro Médico de México.

²⁹La obesidad central suele observarse con mayor frecuencia en personas de sexo masculino, mientras que aquella de tipo ginoide en el sexo femenino.

³⁰Se encuentra en la zona del abdomen, rodea a la vez que sujeta los órganos internos. Por lo que supone un peligro para la salud si se almacena en exceso. A diferencia de la grasa periférica, ésta puede percibirse en relación a una barriga prominente



tornándola más perceptiva a los estímulos lipolíticos³¹, proceso mediante el cual en la circulación portal aumentan los ácidos grasos libres siendo el sitio inicial de los procedimientos fisiopatológicos capaces de desatar los procesos metabólicos.

Esto es, a su vez, es reafirmado por Carmentate, Marrodán, Mesa, Montero de Espinosa y Alba Díaz (2007)³², quienes señalan la existencia de una relación entre la obesidad superior o central y la diabetes mellitus tipo 2, aterosclerosis, infarto agudo de miocardio, sumado a elevadas concentraciones de colesterol y lípidos plasmáticos. Esto es debido a que el tejido adiposo no solo cumple un único rol de almacenar grasa, sino que se lo considera un órgano endocrino, el cual es capaz de secretar una serie de proteínas llamadas adipocinas que presentan una función endocrina variada según la interacción que presenten con el Sistema Nervioso Central (SNC) o con otros órganos del cuerpo. Se pueden mencionar principalmente: leptina, factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), interleukina-6, inhibidor del activador del plasminógeno 1 (PAI-1), angiotensinógeno, adiponectina³³, visfatina, resistina, leptina³⁴ entre otras.

Afirmando lo indicado por los médicos Quintana, y Garro (2013)³⁵ hace tiempo se dejó de lado el pensamiento tradicional de entender el tejido graso como un almacenamiento pasivo para depósito de lípidos, por la actual noción que lo identifica como un órgano activo biológicamente, que acciona articulando al metabolismo calórico y energético mediante la liberación de hormonas y citoquinas que median la saciedad, el apetito, la inflamación sistémica, y el metabolismo de los lípidos y los hidratos de carbono. Las células del tejido adiposo crean conjuntos de moléculas, las que pueden ser capaces de actuar como cardioprotectores, o bien de aumentar el riesgo cardiovascular (RCV).

³¹La lipólisis es estimulada por diferentes hormonas catabólicas como el glucagón, la epinefrina, la norepinefrina, la hormona del crecimiento y el cortisol, a través de un sistema de transducción de señales. La insulina disminuye la lipólisis.

³²Este artículo fue publicado en la Revista Cubana de Salud Pública. La misma se encarga de publicar trabajos científicos originales acerca de las experiencias y avances teórico-prácticos de la medicina social y la organización y dirección del sistema de salud cubano.

³³La adiponectina es una proteína con una concentración sérica dependiente del tamaño y la cantidad de adipocitos, que tiene efecto sensibilizante a la insulina y antiaterogénico. Esta hormona aumenta la sensibilidad a la insulina y tiene una relación negativa con la obesidad abdominal, hipertensión e hipertrigliceridemia.

³⁴La leptina es una hormona que modula el apetito y el gasto energético. En el hipotálamo inhibe la acción del Neuropeptido Y, el cual es un potente orexígeno, y limita el apetito. Su liberación produce que se envíe una señal del tejido adiposo al hipotálamo para disminuir el apetito. En las personas con obesidad, dicha hormona se encuentra en menores concentraciones o presentan una resistencia a la misma.

³⁵El autor Eduardo Valdés Quintana es Médico, Profesor Titular de Medicina y Profesor Consulto de Medicina en dos Universidades de la ciudad de Buenos Aires.



Por lo tanto, tal como plantean los autores Socarrás Suárez, y Bolet Astoviza, (2010)³⁶, es de interés el conocimiento del patrón de distribución de la grasa corporal por su relación con el riesgo cardiovascular. Con esta finalidad se utiliza, en conjunto con el IMC, la medición y registro de la Circunferencia de Cintura (CC). La misma contribuye significativamente a la determinación del grado de obesidad, y a la vigilancia de la disminución del peso corporal. La OMS fue el responsable de fijar los límites máximos de la circunferencia de cintura, que por encima de los cuales se incrementa la morbilidad cardiovascular.

Afirmando lo indicado por Moreno González (2010)³⁷, es importante la forma de medir esta circunferencia debido a que según el modo en que se realice los resultados pueden ser diferentes. La misma deberá tomarse teniendo como punto de referencia la línea media entre el margen costal inferior y la espina ilíaca anterosuperior, en bipedestación y en un plano paralelo al suelo tras una espiración poco profunda.

Tabla N°2. Riesgo cardiovascular asociado a la Circunferencia de Cintura.

Sexo	Riesgo aumentado	Riesgo muy aumentado
Hombre	> 95 cm	102 cm
Mujer	> 82 cm	88 cm

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2000) (OMS)

La elevada cantidad de grasa corporal total, los depósitos de tejido adiposo central incrementados y la ganancia excesiva de peso, se asocian a un riesgo aumentado de morbimortalidad en estos pacientes. La mortalidad en obesos mórbidos es doce veces mayor que en la población normal, teniendo en cuenta un rango de edad de los 25 a los 34 años. En general, gran parte de su trascendencia sanitaria radica en su asociación con un conjunto de situaciones clínicas, conocidas comúnmente como comorbilidades o complicaciones, es decir, enfermedades que aparecen o se complican con la obesidad mórbida y que pueden mejorar o hasta desaparecer con la pérdida sustancial de peso. Las principales complicaciones que se manifiestan en estos pacientes son las cardiovasculares, las cuales poseen como factores de riesgo la circunferencia de cintura aumentada (obesidad visceral), la resistencia a la insulina y dislipemia. Todos estos factores conducen a un aumento del

³⁶Este artículo consiste en las diversas patologías cardiovasculares y sus tres principales factores de riesgo que causan ataques al corazón, siendo la hipercolesterolemia, la HTA y el exceso de peso. Además, realiza una breve explicación de la alimentación dietoterápica adecuada a estas alteraciones.

³⁷El doctor Moreno González Manuel es médico y cirujano, recibido en la Universidad de Chile en la que también cursó el Magister de Ciencias Médicas en Nutrición Clínica. A su vez, posee Diploma en Educación Médica de una Universidad Privada en Chile.



riesgo de enfermedad cardiovascular, tanto en hombres como en mujeres, incluyendo: cardiopatía isquémica con angina, infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial, miocardiopatía, accidente cerebrovascular, hipertrofia ventricular izquierda, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, muerte súbita, entre otras (Forga, Petrina & Barbería, 2002)³⁸.

El incremento de mortalidad relacionado con la obesidad ha sido demostrado a través de un estudio colaborativo (2009)³⁹ en el que se incluyeron datos de 57 estudios prospectivos de 894.576 pacientes, en donde se analizó la relación del IMC con la mortalidad. Se observó que durante una media de 8 años de seguimiento, la mortalidad fue inferior en el grupo de personas con un IMC entre 22,5 - 25 kg/m². A partir del límite superior, por cada 5 kg/m² de incremento en el IMC, aumentó la mortalidad en un 30% y la mortalidad cardiovascular en un 40%. Por este motivo, los autores concluyen que el IMC es un fuerte predictor de mortalidad global.

El riesgo de padecer un evento coronario es tres veces superior en personas con un IMC superior a 29 kg/m² en comparación con aquellos que tienen un IMC menor a 21 kg/m². El incremento de peso tiene una relación lineal directa con la enfermedad cardíaca, sobre todo si el aumento es superior a los 20 kilogramos. Esto produce un aumento del gasto cardíaco, produciendo a largo plazo el desarrollo de una miocardiopatía y fallo cardíaco (Zugasti Murillo & B. Moreno, 2005)⁴⁰.

Una de las principales causas por las cuales la obesidad predispone al desarrollo de enfermedades cardiovasculares es la aparición de la disfunción endotelial. Según López-Jiménez y Cortés-Bergoderi (2011)⁴¹, un IMC aumentado en conjunto con un aumento de la grasa corporal particularmente a nivel central, se asocia a la disfunción endotelial a partir de múltiples mecanismos fisiológicos. Este desarreglo del funcionamiento del endotelio induce la quimiotaxis de las moléculas de adhesión e induce la diferenciación de monocitos en macrófagos. Esto se considera un proceso crítico en aterogénesis. La disfunción endotelial también promueve la agregación

³⁸La obesidad, especialmente la de tipo visceral, se asocia con un estado dislipémico caracterizado por un aumento del colesterol total y de los triglicéridos, y aumento de las partículas VLDL (lipoproteína de muy baja densidad) y LDL (lipoproteína de baja densidad) y un descenso de HDL (lipoproteína de alta densidad), que se convierte en un perfil altamente aterogénico. Esto exacerba una predisposición a la enfermedad coronaria.

³⁹Este estudio fue llevado a cabo a partir de datos obtenidos de 57 estudios prospectivos de 894.576 pacientes

⁴⁰La Dra. Ana Zugasti Murillo es especialista en Endocrinología y Nutrición. Es vocal de la Junta de la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad).

⁴¹Los autores plantean que otra de las posibles causas implicadas en el desarrollo de enfermedades cardíacas es el efecto parácrino de la grasa subepicárdica, es decir, el tejido adiposo visceral localizado alrededor del corazón y primordialmente sobre las arterias coronarias. Se ha demostrado que la grasa subepicárdica es fuente de producción de diversos mediadores de inflamación.



plaquetaria y disminuye la disponibilidad del óxido nítrico, lo que promueve la trombosis.

Según Menéndez (2009)⁴² la aterosclerosis es una enfermedad que comienza en la adolescencia, tiempo antes de que se exprese de clínicamente en episodios cardiovasculares agudos. Dicha patología, se origina a través del almacenamiento de minúsculas partes de lípidos, siendo partículas de colesterol LDL, entre las finas capas de la arteria, avanzando paulatinamente siendo inevitable con los años de la persona, si la misma se encuentra expuesta ante ciertos estilos de vida y factores de riesgo. Esta exposición a determinados factores, desata procedimientos y mecanismos bioquímicos y celulares sumamente complicados, que dan origen al desarrollo de la estría grasa a través de la adherencia de ciertos tipos de células formando el ateroma⁴³. Una secuencia de reacciones inflamatorias en conjunto de factores mecánicos como la hipertensión, pueden provocar la ulceración del ateroma. Si esto sucede, los trombocitos asisten al sitio lesionado, agregándose y ocasionando una trombosis, la cual es capaz de ocluir parcial o totalmente el lumen arterial imposibilitando el desplazamiento de la sangre, por ende, también el aporte del oxígeno requerido para los tejidos. Las secuelas de dicho suceso serán la defunción celular o necrosis de los tejidos irrigados por la arteria obstruida. En caso de que la obstrucción se produzca en las arterias coronarias la persona sufrirá de un infarto agudo de miocardio, siendo la necrosis de una fracción del tejido o músculo cardíaco. En cambio, si la trombosis ocurre en una arteria que irrigue al cerebro, como la arteria carótida, tendrá lugar un infarto cerebral.

“La epidemiología cardiovascular es caracterizada por su etiología multifactorial, donde la clave de su etiopatogenia lo constituyen los factores de riesgo que se potencializan entre sí y se presentan frecuentemente asociados. La división en modificables y no modificables es importante desde el punto de vista clínico, ya que los primeros son

⁴²Dicho documento facilita la información sobre enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo, su frecuencia y distribución en la población, las diversas manifestaciones que tienen dichas patologías, sus posibles pronósticos y estrategias

⁴³Los ateromas son lesiones focales (características de la aterosclerosis) que se inician en la capa más interna de una arteria. El exceso de partículas de lipoproteína de baja densidad (LDL) en el torrente sanguíneo se incrusta en la pared de la arteria. En respuesta, los glóbulos blancos (monocitos) llegan al sitio de la lesión, pegándose a las moléculas por adhesión. Este nuevo cuerpo formado es llevado al interior de la pared de la arteria por las quimioquinas. Una vez dentro de la pared, los monocitos cubren la LDL para desecharla, pero si hay demasiada, se apiñan, volviéndose espumosos. Estas "células espumosas" reunidas en la pared del vaso sanguíneo forman una veta de grasa. Este es el inicio de la formación de la placa de ateroma.



sobre los que se puede intervenir para disminuir el potencial de riesgo cardiovascular.” (Torres Damas, 2016)⁴⁴.

A pesar de que las enfermedades cardiovasculares relacionadas con la obesidad mórbida sean las más comúnmente estudiadas, también se le debe dar importancia a otras complicaciones que afectan la salud de estos pacientes. Algunas de ellas son el impacto respiratorio, gastrointestinal, osteoarticular y psicológico que genera esta enfermedad. En primer lugar, haciendo referencia a las complicaciones respiratorias, se ha observado que los mecanismos de la pared pulmonar se hallan alterados al igual que la musculatura respiratoria por depósito de grasa subcutánea y aumento del trabajo respiratorio, por lo que es frecuente la aparición de una disfunción pulmonar especialmente en posición de supino. En general, las principales alteraciones respiratorias que pueden observarse son la apnea del sueño, obstructiva o no obstructiva, y el síndrome de Pickwick⁴⁵.

Los pacientes obesos con apnea del sueño tienden a presentar depósitos de grasa adyacentes a la vía aérea que provocan un estrechamiento de la vía aérea nasofaríngea e incrementan la presión pulmonar. Esto ocasiona despertares nocturnos recurrentes, generando una mala calidad de sueño y deterioro cognitivo (Castillo & Mateos, 2004)⁴⁶.

En un estudio realizado por Arboledas y Roselló (2007)⁴⁷ verifica que el tejido intra-abdominal (visceral) cumple un papel importante en el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) en el paciente con obesidad. Se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre el contenido de tejido adiposo intra-abdominal, a igualdad de IMC, entre los varones con presencia de SAHS y los varones sin SAHS.

A su vez, aquellas personas que padecen de esta patología tienden a ventilar exclusivamente los campos aéreos superiores y, sin embargo, se hallan en general

⁴⁴Dicho artículo determina el comportamiento de los factores de riesgo aterogénico en población adulta venezolana, a través de una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal con una muestra de 340 personas, de 50 años y más de ambos sexos.

⁴⁵La American Academy of Sleep Medicine (AASM) lo define como *un trastorno crónico, incluido en los desórdenes respiratorios que afectan al sueño, que se caracteriza por episodios de alteración de la conducción aérea de las vías aéreas superiores al dormir, desde un ronquido simple hasta el cese del flujo que puede ser parcial (hipoapnea) o total (apnea); supeditando despertares nocturnos transitorios repentinos que condicionan un sueño no reparador con descensos paralelos en la saturación de oxígeno.*

⁴⁶Un 50% de las personas con apneas del sueño padecen de obesidad. Los factores de riesgo principales son: sexo masculino, edad entre los 40 y 60 años y padecer obesidad moderada-grave.

⁴⁷El Dr. Gonzalo Pin Arboledas es Pediatra, Licenciado en Medicina y Cirugía y especialista en Medicina de los Trastornos del Sueño. Actualmente es jefe de la unidad de pediatría en un hospital privado de Valencia, España.



mejor perfundidos los campos aéreos inferiores, lo que lleva a una alteración de la ventilación-perfusión y con ello un consiguiente cuadro hipoxemia. En los pacientes con obesidades graves, aumenta la hipoventilación que sumado a la hipoxemia lleva a desarrollar el síndrome de Pickwick y una retención de CO₂ (Forga et al. 2002)⁴⁸.

“Se ha demostrado que la obesidad mórbida, aún en ausencia de síndrome de apnea del sueño, cursa frecuentemente con un sueño nocturno alterado. Pacientes de ambos sexos cuando se comparan con sujetos de control, muestran un aumento de despertares y de la vigilia intermitente durante el sueño superficial y disminución del sueño profundo.” (Vela Bueno, Olavarrieta & Fernández, 2007)⁴⁹

Según Araya (2014)⁵⁰ la apnea obstructiva del sueño (AOS)⁵¹ en los últimos años se ha tornado en un problema de salud grave. Habitualmente las personas que sufren esta enfermedad son obesas, por lo que a lo largo del día pueden manifestar cansancio en demasía y quedarse dormidas con mayor facilidad al momento de encontrarse sentados leyendo, en la sala de espera, o viendo la televisión.

Los especialistas Araoz Illanes, Salguero, Katherine, y Guzmán Duchén, (2011)⁵² comprobaron que el síndrome de la apnea obstructiva del sueño se encuentra vinculada directamente con las ECV, dentro de las que se destaca el incremento de la presión arterial entre 5 mmHg como mínimo, y 10 mmHg como máximo. Es responsable de ocasionar un incremento en la tensión arterial pulmonar, la cual se asocia con una potenciación de la actividad simpática incitando a una vasoconstricción arterial sistémica y pulmonar en los ciclos de apnea o en la hipopnea⁵³ causada por la hipoxemia. Los pacientes con AOS tienen una alta prevalencia de padecer HTA, explicado por el mecanismo fisiopatológico que incluye la producción de radicales libres de oxígeno, la hiperactividad simpática, entre otros. Por otro lado, la OAS se

⁴⁸El Síndrome de Pickwick presenta como síntomas generales: somnolencia durante el día, falta de energía, dificultad respiratoria, dolor de cabeza e incluso depresión. A su vez, se pueden mencionar síntomas nocturnos tales como ronquidos fuertes y frecuentes al dormir, con un periodo siguiente en donde se suspende la respiración por períodos breves.

⁴⁹El artículo consiste en la explicación de la relación existente entre la privación del sueño y el aumento del peso corporal.

⁵⁰Este artículo consiste en la definición, explicación de la fisiopatología y consecuencias del síndrome de la apnea obstructiva del sueño,

⁵¹La apnea obstructiva del sueño (AOS) es la interrupción completa del flujo inspiratorio de aire durante un tiempo superior a 10 segundos.

⁵²Estos especialistas realizaron una revisión de bibliografía en donde demuestran detalladamente la fisiopatología de la apnea obstructiva del sueño, exponen su epidemiología y la relacionan a otros trastornos endocrinos, tales como la diabetes mellitus, la obesidad, afecciones oculares y alteraciones hepáticas.

⁵³Hipopnea es, en medicina, toda disminución del flujo aéreo de magnitud superior al 50% del flujo basal, mantenida más de 10 segundos. Se trata de una palabra compuesta por el prefijo *hipo-* (bajo, menor) y el término médico *apnea* que significa respiración.



asocia con la diabetes mellitus y otras enfermedades metabólicas, debido a que durante los ciclos de hipopneas o apneas de la enfermedad se encuentra unido al metabolismo de la glucosa, siendo capaz de manifestar una intolerancia hacia la misma y un síndrome de resistencia a la insulina.

Puntualizando lo observado por Miró, Cano Lozano, y Buela Casal, (2005)⁵⁴ los pacientes con apnea suelen frecuentar déficits neuropsicológicos, falta del deseo sexual e impotencia, la accidentabilidad incrementada, una falta de concentración y una pérdida de memoria, consecuencias que son capaces de generar un severo impacto en la calidad de vida, ya que afecta directamente a las actividades diarias. En la fisiopatología de la AOS se identifica el aumento de la coagulación sanguínea y de la agregación plaquetaria, lo que genera un incremento de la susceptibilidad del organismo a sufrir ACV, trombosis, embolismos cardíacos, entre otros.

Por otra parte, en segundo lugar, se pueden mencionar las complicaciones gastrointestinales de la obesidad, ya que se ha demostrado que los pacientes obesos padecen con mayor frecuencia síntomas digestivos comparados con sujetos de peso normal. A su vez, a medida que aumenta el IMC también aumenta significativamente la frecuencia de aparición de los síntomas y su intensidad. En general, los más prevalentes en obesidad son la dispepsia junto con ardor o vacío epigástrico y vómitos; reflujo gastroesofágico que provoca pirosis y regurgitaciones; mayor producción de gas intestinal que provoca meteorismo y flatulencia, y, por último, estreñimiento. A pesar de esto, si bien la mayoría de los síntomas gastrointestinales deberían producir malestar relacionado con la ingesta de alimentos, se ha observado que para los pacientes con obesidad esto no se refleja en una limitación del apetito (Bernal-Reyes, López & Bernal-Serrano, 2013)⁵⁵.

Dentro de los síntomas gastrointestinales, el que se presenta con mayor frecuencia es el reflujo gastroesofágico; de hecho, hasta un 45% de los pacientes con obesidad mórbida lo padecen. En su fisiopatología es fundamental la falla del mecanismo antirreflujo que compromete al esfínter esofágico inferior (EEI) y la posición del hiato esofágico. La funcionalidad de dicho esfínter se afecta por el gradiente de presión que se genera entre el ambiente intra-gástrico e intra-esofágico. Por lo tanto, el aumento del gradiente de presión entre el estómago y el esófago

⁵⁴ Este artículo fue publicado en el 2005 por la Revista Colombiana de Psicología, abarcando temas como los trastornos del sueño vinculados a la calidad de vida, haciendo hincapié en la influencia de las alteraciones del sueño sobre la salud física y psicológica.

⁵⁵ Raul Bernal-Reyes participa en la Coordinación de Investigación de Salud de la Secretaría de Salud en México.



podría ser un desencadenante de los síntomas de reflujo gastroesofágico (Ibarrola, 2013)⁵⁶.

De acuerdo a la especialista Ayala (2007)⁵⁷ es importante conocer además de los síntomas típicos de esta patología, como la pirosis y la regurgitación ácida, aquellos que no son frecuentes o llamados atípicos; los cuales pueden ser esofágicos o extraesofágicos. Entre los primeros se encuentran la disfagia, la odinofagia y el dolor torácico que suele ser el más frecuente entre los pacientes con ERGE y puede variar desde una sensación de nudo retroesternal hasta un dolor de características anginosas. Entre los síntomas extraesofágicos se pueden mencionar: erosiones orales, síntomas de esfera otorrinolaringológica (sequedad faríngea, afonía, carraspera) y síntomas respiratorios como tos crónica, broncoespasmos, entre otros.

De acuerdo al Consenso de Obesidad (2010)⁵⁸, se ha postulado que esta enfermedad constituye un factor de riesgo directo para la enfermedad por RGE. La misma es una patología multifactorial, debido a que es producida por alteraciones en la función gástrica, en la barrera antral, en el sistema nervioso autónomo y en el tránsito esofágico. A pesar de esto, en la obesidad se relaciona con el aumento de grasa abdominal y el aumento de los síntomas de ERGE en relación a la ganancia de peso: se ha observado que un aumento de 5 kg de peso corporal en menos de un año aumentó el riesgo de RGE.

A su vez, las Relaxaciones Transitorias del Esfínter Esofágico Inferior (RTEEI), es decir las caídas abruptas de la presión del esfínter esofágico inferior, juegan un papel fundamental en la fisiopatología y se ha demostrado que estas incrementan a mayor IMC y favorecen la aparición de los síntomas. Por lo tanto, los mecanismos que se desencadenan con la obesidad y favorecen el desarrollo de reflujo gastroesofágico incluyen: incremento en la presión intra-abdominal e intra-gástrica, vaciamiento gástrico alterado, aumento en la sensibilidad al ácido en sujetos obesos, disminución en la presión del EEI y un aumento en la frecuencia de las relajaciones transitorias del EEI (Peralta-Torres, Trujillo, Paredes, Méndez del Monte, Baltazar, 2007)⁵⁹.

⁵⁶El reflujo gastroesofágico puede generar complicaciones tales como esófago de Barret, esofagitis erosiva y hernias hiatales, las cuales conforme a evidencias endoscópicas son más frecuentes en sujetos con obesidad que en sujetos con un peso dentro de los parámetros de normalidad.

⁵⁷El artículo desarrolla la fisiopatología de la ERGE, incluyendo su definición, prevalencia, síntomas, diagnóstico, tratamiento.

⁵⁸El Consenso de Obesidad se formula por el Comité Nacional de Nutrición como una guía para el abordaje clínico de la enfermedad, donde se incluye información para su definición y diagnóstico, anamnesis y examen clínico, complicaciones asociadas, tratamiento y prevención.

⁵⁹Se suele observar que los pacientes sintomáticos tienden a manifestar una notable mejoría a medida que se produce una pérdida de peso y presentan recaída ante la ganancia del mismo.



Por otro lado, la enfermedad de hígado graso no alcohólico es una disfunción hepática originada por acumulación de grasa en el hígado, estando relacionado su desarrollo con el sobrepeso, la obesidad, la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico. Esta condición habitualmente evoluciona como una esteatosis simple, pero si la grasa se le une a la inflamación y fibrosis se origina esteatohepatitis, con el riesgo de infiltración grasa del hígado. Por esto, cabe destacar que la obesidad es el principal factor asociado a la infiltración de lípidos al hígado provocando que la esteatohepatitis no alcohólica sea seis veces más frecuente en obesos mórbidos (Shalub et al., 2005)⁶⁰.

Además de las complicaciones respiratorias y gastrointestinales, cabe mencionar a las osteoarticulares. La obesidad mórbida impacta negativamente sobre las denominadas articulaciones de carga tales como vértebras, caderas, tobillos y rodillas; ejerciendo sobre ellas un daño derivado directamente del exceso ponderal. Sin embargo, se ha descrito la afección simultánea de articulaciones que no son de carga, motivo por el que algunos autores sugieren que la obesidad también podría perjudicar estructuras cartilaginosas o verse implicada en el metabolismo óseo. Otras alteraciones muy frecuentes de este tipo que se encuentran relacionadas con el peso son las hernias discales, artrosis, gota, hiperuricemia y la necrosis avascular de la cabeza del fémur (Bruzos, Gómez, Escudero & Riobó, 2012)⁶¹.

Un incremento de peso se asocia con aumento de dolor en las articulaciones sometidas a peso excesivo. Por este motivo, una reducción en el IMC de 2 unidades o más, durante un período de 10 años, se correlaciona con una reducción en el riesgo de presentar osteoartritis de la rodilla de más de un 50%. La ganancia de peso se asocia con un incremento similar en el riesgo para este tipo de enfermedad. La osteoartritis es una enfermedad caracterizada por roturas cartilaginosas, remodelación y gran crecimiento óseo. En general, las propiedades biológicas del cartílago y del hueso subcondral son normales pero el exceso de carga sobre la articulación es lo que determina su falla. En los estadios tempranos de la enfermedad el cartílago es más delgado de lo normal, pero con la progresión se adelgaza de manera progresiva, se endurece y sufre pequeñas fracturas; sumado a que la capacidad de autoreparación del mismo disminuye de manera progresiva. En general, las áreas involucradas con

⁶⁰Existen antecedentes que indican que la pérdida de peso asociada a una cirugía bariátrica induce una mejoría en las lesiones histológicas hepáticas asociadas con la obesidad y que una pérdida de al menos 10% del peso se asocia a una mejoría de las cifras aminotransferasas.

⁶¹Esta complicación es una de las principales razones por las cuales la movilidad y funcionalidad de los pacientes suele verse afectada.



mayor frecuencia son la parte baja de la espalda (62%), la cadera (11%), las rodillas (57%), los tobillos (34%) y los pies (21%) (Gutiérrez, 2001)⁶².

Para finalizar, es importante también mencionar y dar a conocer las consecuencias psicológicas de la obesidad. A pesar de que todavía no es clara la relación entre obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias, es común encontrar alteraciones de la personalidad en personas obesas en mayor proporción que en aquellas de peso normal. Se deberá tener en cuenta que las condiciones ambientales en las que se desenvuelve un paciente influirán en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como en el bienestar psicológico, físico o social, especialmente por ser la obesidad una enfermedad estigmatizada socialmente. Son de gran importancia y muy frecuentes las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas como aumento de la depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad; y también de los ciclos de pérdida-recuperación de peso donde los pacientes suelen presentar sentimientos de culpa y vergüenza y sentirse criticados por su fracaso dentro de su familia, lugar de trabajo y por los mismos profesionales de la salud. Esto puede conducir indirectamente al desarrollo de patologías psíquicas entre las que se destacan la ansiedad, depresión, angustia y hasta trastornos alimentarios compulsivos (Velázquez & Alvarenga, 2001)⁶³.

De encontrarse alteraciones psicológicas en la persona obesa, éstas no suelen presentarse en forma aislada, sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices dependiendo de la persona. Las principales alteraciones psicológicas observadas que se pueden mencionar son problemas emocionales, conductuales y de la imagen corporal⁶⁴, carencia de habilidades sociales a la hora de mantener o establecer relaciones interpersonales, incorrecta conducta frente a la ingesta de alimentos, trastornos por atracón (“Binge-eating”) y ansiedad; que en general suelen tener como origen la estigmatización social y discriminación. Se ha estudiado que desde edades tempranas los niños suelen rechazar a los niños obesos prefiriendo a los delgados, atribuyéndoles características negativas a los primeros como la pereza y el descuido personal. De esta manera, surge la ansiedad y el sentimiento de rechazo

⁶²Un incremento en el peso corporal determina un trauma prolongado y adicional para las articulaciones y puede ser determinante para acelerar el desarrollo de osteoartritis. A pesar de esto, la asociación entre el incremento de peso y el riesgo para desarrollar osteoartritis de rodilla es mayor en la mujer que en el hombre.

⁶³Según el autor deberá tenerse en cuenta que las condiciones ambientales en las que se desenvuelve un paciente, influirán en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como el propio bienestar psicológico, físico o social.

⁶⁴La imagen corporal es una representación mental o psicológica subjetiva que el individuo elabora con respecto a sus percepciones, sentimientos y actitudes con respecto a su cuerpo.



social que genera en los pacientes una desesperación por alcanzar el peso más bajo posible de manera rápida (Guzmán, Castillo & García, 2010)⁶⁵.

Dentro de los problemas emocionales, el que se observa con mayor frecuencia es la baja autoestima. A través de un estudio realizado por Alvarado, Guzmán y González (2005)⁶⁶ se pudo observar que es *el sentimiento valorativo del ser y del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad de cada una de las personas*. La baja autoestima se manifiesta en aquellas personas que se muestran inseguras, desconfiadas de sus propias facultades y que solicitan constante aprobación de los demás, generándoles un sentimiento de inferioridad y timidez en sus relaciones interpersonales. También se pueden encontrar en estas personas pensamientos negativos recurrentes que pueden conllevar a largo plazo en una depresión.

A su vez, los familiares de las personas que padecen obesidad, incluso los profesionales de la salud, consideran muchas veces que si una persona engorda es sinónimo de falta de voluntad para dejar de comer, acusándola, muchas veces, como culpable de una enfermedad estigmatizada. Conjuntamente con el seguimiento de dietas y de los ciclos de pérdida-recuperación de peso, traen consecuencias psicopatológicas como depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad y hacen que los pacientes se sientan avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso, desarrollando nuevas patologías psiquiátricas como trastornos alimentarios compulsivos. Esta victimización de la persona obesa tiene implicaciones en su salud mental que afecta su vida cotidiana, la ansiedad les motiva a comer y a aislarse, conductas que facilitan mayor aumento de peso y empeoran la situación (Soldaña, 2005)⁶⁷.

Por lo tanto, la importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y tratamiento de la obesidad es evidente, por lo que el profesional a cargo del paciente obeso debe brindar apoyo, información y educación, fortaleciendo y facilitando la adherencia al tratamiento. Por esto, un tratamiento integral del paciente es aquel que debe facilitarle no sólo herramientas que le hagan posible un cambio de hábitos alimentarios y de su estilo de vida, sino también los elementos básicos para que logre un fortalecimiento interno que le ayude a obtener resultados óptimos sostenibles a

⁶⁵La discriminación se produce por una influencia social muy marcada que establece un patrón estricto de aceptación dentro de ella.

⁶⁶La pérdida de la autoestima puede llevar al paciente obeso a presentar un cuadro de depresión, por lo que puede observarse que algunos de ellos tratan de compensarlo utilizando la comida para aliviar la situación.

⁶⁷El autor remarca a la obesidad como una enfermedad estigmatizada por una sociedad en la que rigen sentimientos de desvalorización cotidianos.



largo plazo y la confianza necesaria para enfrentar y, en lo posible evitar, las posibles recaídas (Bravo del Toro, Espinosa, Mancilla & Tello, 2011)⁶⁸.

Dada la magnitud y trascendencia de la obesidad se le considera un problema de salud pública en el mundo, al establecer lineamientos para su atención integral se podrá incidir de manera positiva en el manejo adecuado del gran número de pacientes que cursan con esta enfermedad (Peralta-Torres et al. 2007)⁶⁹.

Por este motivo, y por ser el tratamiento de la obesidad tan complejo como la enfermedad en sí misma, el porcentaje de fracasos y recaídas es muy elevado. La razón de los mismos está determinada en parte por el tipo de tratamiento que se le ofrece al paciente y, que en la mayoría de los casos, se intenta resolver el problema teniendo en cuenta solo la parte nutricional, sin darle importancia al componente emocional, el estilo de vida y el entorno familiar y social del paciente (García Reyna, 2010)⁷⁰.

Ha quedado plasmado en este capítulo que la obesidad, y en especial la mórbida, se asocia a una gran variedad de patologías que afectan a múltiples órganos y sistemas que favorecen a incrementar la mortalidad de los pacientes, lo cual obliga a encontrar una solución temprana. El objetivo primordial del tratamiento es disminuir la masa grasa del paciente obeso, pero también existen objetivos secundarios como mantener el peso perdido, disminuir las complicaciones, mejorar los hábitos y la calidad de vida relacionada con la salud (Poves, Macías, Cabrera, Situ, Ballesta, 2005)⁷¹.

⁶⁸Un tratamiento integral del paciente es aquel que se realiza de forma interdisciplinaria y tiene en cuenta no sólo las variables clínicas de la enfermedad, sino también las psicológicas y los múltiples factores que intervienen en su desarrollo. De esta manera, logra un abordaje más amplio para su tratamiento.

⁶⁹La Dra. Nancy María Peralta-Torres forma parte del Servicio de Endoscopía Gastrointestinal en un Hospital de Especialidades en México.

⁷⁰El tratamiento deberá plantearse con nutricionistas, psicólogos y médicos que actúen en forma conjunta y coordinada para lograr los objetivos del mismo.

⁷¹De acuerdo a los autores solo uno de cada siete obesos mórbidos alcanzará su expectativa de vida debido a las complicaciones asociadas a la enfermedad



Capítulo 2:
**CONDUCTA ALIMENTARIA Y CALIDAD DE
VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**



La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷² reconoce la nutrición como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del cuerpo, y consideran que una buena nutrición, es decir una alimentación suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular, es un elemento fundamental de la buena salud, mientras que una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

Tal como plantea Salas-Salvadó (2000)⁷³ los requerimientos nutricionales de una persona se atribuyen a la suma de sus necesidades básicas y de diversas variables tales como la edad, el sexo, el estadio biológico⁷⁴, la actividad y el medio en el que vive. Actualmente resulta conveniente observar la importancia del costo social que se origina en los estados nutricionales inadecuados, los que a su vez predisponen un incremento de las patologías y trastornos con un evidente trasfondo nutricional. Esto es el motivo por el cual la enunciación en líneas generales de mensajes respecto a una alimentación adecuada hacia la población no es una medida ostentosa, debido a que está demostrado que los mismos pueden reducir los riesgos nutricionales, tornándose en un factor preventivo.

Afirmando lo indicado por Servín Rodas, (2013)⁷⁵ los nutrientes son compuestos químicos presentes en los alimentos que comemos, y son la materia prima necesaria para que el organismo lleve a cabo sus funciones vitales. Los mismos se clasifican según su composición química en hidratos de carbono, proteínas, lípidos, vitaminas, y minerales o nutrientes inorgánicos.

La alimentación es un fenómeno complejo por lo que se basa en un conjunto de premisas: *es una necesidad biológica que impulsa la búsqueda de alimentos en respuesta a un grupo de señales hormonales periféricas reguladas por el Sistema Nervioso Central (SNC) ; es una fuente de placer que orienta la selección de alimentos*

⁷²La OMS comenzó el 7 de abril de 1948 (fecha en la que celebramos cada año el Día Mundial de la Salud). Actualmente son más de 7000 personas trabajando en 150 oficinas diversos países, seis oficina regionales y la Sede en Ginebra.

⁷³El reconocido médico Jordi Salas Salvado publica este libro con la ayuda de cuatro colaboradores, en donde desarrollan temáticas respecto a los alimentos que se adecuan a cada tipo de patología.

⁷⁴Se llama estadio (o instar) a cada etapa en el desarrollo de los humanos desde que nace hasta llegar a la madurez sexual. Los aspectos que caracterizan estas etapas pueden variar de una persona a otra según su origen su origen social, biológico o cultural que hacen que cada persona sea diferente a las demás, por lo cual no se puede decir con exactitud cuándo inicia o culmina una etapa en el desarrollo del ser humano. Sin embargo, se mantiene una edad relativa en la cual se evidencian los cambios más fácilmente y que sirve como marca para determinar en qué etapa debería encontrarse una persona dada su edad.

⁷⁵En este libro mencionada autora describe y explica todos los nutrientes, los diversos métodos de evaluación del estado nutricional, y detalla la forma de alimentación más adecuada según el estadio biológico de la persona.



y su consumo según características organolépticas; está basada en pautas socioculturales que determinan el patrón de consumo de alimentos superponiéndose a los impulsos fisiológicos; es un hecho social que funciona como medio de relación e interacción entre las personas dentro de la cultura; es un producto del entorno social y constituye un rasgo característico de la cultura; y, por último, es una interacción de influencias ambientales, cognitivas, fisiológicas y socioculturales. (Keller, Rodríguez & Carmenate, 2015)⁷⁶

La multiplicidad de factores que se involucran en el consumo de productos alimenticios han hecho que su estudio se desarrolle en dos líneas específicas independientes pero interrelacionadas: la ingesta alimentaria, enfocada al patrón de consumo en cantidad y tipo de alimentos incluidos en la dieta; y la conducta alimentaria orientada a la relación habitual del individuo con los alimentos. En primer lugar, la conducta alimentaria, también llamada hábito alimentario, es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. (Domínguez-Vásquez, Olivares & Santos, 2008)⁷⁷.

Se debe tener en cuenta que la alimentación es el primer aprendizaje social del ser humano. Tales comportamientos forman la base de la cultura alimentaria, es decir, el conjunto de creencias, conocimientos y prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de un grupo social determinado dentro de una misma cultura. A pesar de esto, además de las influencias sociales, se ha señalado que las influencias genéticas y de ambiente familiar compartido, tienen un impacto relevante sobre el patrón de ingesta, la conducta alimentaria y la obesidad. (Urzúa, Oda-Montecinos & Martínez, 2018)⁷⁸

Los hábitos alimentarios incluyen el número de comidas diarias que realiza una persona, los horarios en los que come, la manera en que se adquieren, almacenan y manejan los alimentos, la forma en que se decide cuánto, cómo, con quien y dónde se come, las técnicas y tipos de preparación de sistemas alimentarios, el orden en el que se sirven los alimentos y la manera de seleccionarlos. En la obesidad, se ha

⁷⁶La alimentación desde un punto de vista nutricional será considerada como la ingestión de alimentos que luego se incorporan y transforman en materia y energía para poder llevar a cabo procesos fundamentales: mantenimiento, desarrollo y movimiento.

⁷⁷Dentro de los determinantes sociales en la elección de alimentos en el artículo se mencionan la influencia de la pertenencia a una clase social, la cultura, entorno social, actitudes y creencias de los consumidores.

⁷⁸El autor Alfonso Urzúa es Doctor en Psicología Clínica y de la Salud, y cuenta con un Magíster en Salud Pública.



observado que estos hábitos se encuentran muchas veces asociados al estado emocional de los individuos, debido a que se come de manera desproporcionada cuando se experimenta alguna emoción tanto positiva como negativa. También pueden vincularse a refuerzos positivos que satisfacen las necesidades o placeres a corto plazo. Todo esto provoca como consecuencia que se desarrolle una conducta alimentaria no adecuada y que se mantiene a largo plazo provocando la aparición de problemas de salud asociados al incremento de peso (Reséndiz, Hernández, Sierra y Torres, 2015)⁷⁹.

Se debe considerar a los hábitos como 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. Esto no incluye únicamente ingerir alimentos, sino que implica 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 (Medina, Aguilar & Solé-Sedeño, 2014)⁸⁰.

“En los hábitos alimentarios influyen factores sociodemográficos, culturales, religiosos, económicos y educacionales que determinan costumbres alimentarias propias de un país y/o una zona hasta un individuo. El vivir en un país determinado, el entorno social, los factores económicos, el tiempo que se dispone para cocinar y la disponibilidad de alimentos utilizados comúnmente, son todas variables que pueden afectar directamente a la alimentación” (González-Solanellas et al., 2011)⁸¹.

En un estudio realizado por Falcón, Arias & Miranda (2018)⁸², se observó que la mayoría de los sujetos obesos comen cuando se encuentran ansiosos o deprimidos, favoreciendo conductas de sobrealimentación, como un modo de autoregulación emocional, generando un círculo vicioso que perpetúa la obesidad. Por lo tanto, se

⁷⁹Estudio observacional-descriptivo, prolectivo y transversal con 250 pacientes candidatos a cirugía bariátrica, 79.2% mujeres y 20.8% hombres con una edad de 37.7 ± 10.2 años y un IMC 44.3 ± 7.7 kg/m². Tuvo como objetivo identificar los patrones de ingesta y los hábitos alimentarios específicos que es necesario modificar para lograr la pérdida de peso.

⁸⁰De acuerdo a los autores, la alimentación humana dista mucho de ser un hecho unidimensional por esto es necesario un abordaje transdisciplinario que pueda permitir una perspectiva integradora y comprensiva.

⁸¹El estudio desarrolla la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en una población de 18-44 años atendidos en un centro de salud.

⁸²El estudio se plantea el objetivo de la valoración de los estilos de vida saludables en pacientes obesos que acuden a un hospital de referencia. De esta manera, se pudo evidenciar un elevado porcentaje de pacientes que necesitaban cambios en el estilo de vida, a pesar del tratamiento médico, nutricional y conductual que recibían.



concuera que en general las emociones en estos pacientes tienen una influencia muy importante en cuanto a la elección de alimentos y los hábitos alimenticios. Así también se sugiere que la emoción en sí misma no es la responsable del consumo excesivo de alimentos, sino más bien la forma en que la persona afronta esa emoción.

De acuerdo a Braguinsky (1995)⁸³, se verificó que la génesis de la obesidad está relacionada con factores estresantes, por lo que se emplea a la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores que pueden estar asociadas a prejuicios y discriminación.

Además, se ha evidenciado que 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 forman parte de una dieta saludable, no se traducen necesariamente en consumos reales de los mismos, es decir, no se ponen en práctica los conceptos aprendidos. (Falcón et al., 2016)⁸⁴

Es por este motivo, afirmando lo señalado por Moreiras, Ávila & Ruiz (2015)⁸⁵, que no se ha podido identificar ningún elemento en particular que pueda considerarse como factor causal universal de la actual epidemia de obesidad, sino conductas diferentes y factores determinantes que actúan a distintos niveles favoreciendo un balance energético positivo⁸⁶. Muchos de estos hábitos están relacionados entre sí y su combinación puede producir diferentes efectos en la salud.

Por otra parte, además de los hábitos alimentarios, se debe mencionar dentro de los factores que influyen en la ingesta de alimentos el patrón de consumo. La composición nutricional de la dieta es un factor que puede influir en la regulación de la ingesta energética y, por tanto, en el desarrollo de la obesidad y el aumento de su

⁸³El Dr. Jorge Braguinsky fue un médico endocrinólogo y especialista en Nutrición de la ciudad de Buenos Aires. Fue director de la carrera de Especialistas en Nutrición con orientación a obesidad en una Universidad privada de Buenos Aires, y director del posgrado de Nutrición de la misma Universidad. También vicepresidente de la International Association for the Study of Obesity (IASO) durante dos periodos, presidente de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad (FLASO) y miembro fundador y presidente de la Asociación Argentina de Obesidad.

⁸⁴La posibilidad del individuo para elegir su tipo de alimentación marca, por lo tanto, el canon de comportamiento social (principalmente urbano), así como el desarrollo de las políticas de salud pública nutricional. Sin embargo, las diferencias socioeconómicas, educacionales y de acceso a la información pueden limitar claramente la capacidad para elegir de manera adecuada.

⁸⁵El Balance Energético (BE) se define como el estado alcanzado cuando la ingesta se iguala al gasto energético y se considera como "dinámico" y no "estático". Por lo tanto, cuando la ingesta excede el gasto de energía se tiende al aumento de peso.

⁸⁶Ingesta de alimentos superior al gasto energético diario.



prevalencia a nivel mundial. En aquellos individuos que padecen de esta patología se puede observar un patrón característico en la alimentación, que incluye: incremento en el consumo de las llamadas “comidas rápidas” realizadas fuera del hogar, las cuales en general poseen un elevado nivel de grasas saturadas y sodio; aumento en la tendencia a consumir alimentos fuera de las comidas principales, llamados snacks, con una gran proporción de azúcares; y por último, una decreciente inclusión de frutas, vegetales y cereales integrales en la dieta; todo esto sumado al reemplazo del agua por bebidas azucaradas o gaseosas, las cuales se consideran carentes de nutrientes pero con un elevado contenido de azúcares simples. (Vizmanos, Hunot & Capdevila, 2006)⁸⁷.

En un estudio realizado por Ratner, Hernández, Martel & Atalah (2012)⁸⁸, se observa que en individuos obesos existe una alta frecuencia de consumo semanal de alimentos de baja calidad nutricional y una alimentación caracterizada por una elevada ingesta energética, proveniente principalmente de alimentos con altos contenidos de grasas, azúcar y sodio. Por otra parte, se observó el bajo consumo de frutas, verduras y lácteos, que se asocia con un menor consumo de antioxidantes, fibra y calcio. Estos factores alimentarios asociados además a bajos niveles de actividad física justifican que a la mayor parte de la población estudiada se le ha diagnosticado alguna enfermedad crónica no transmisible. A su vez, un aspecto importante a considerar es que los pacientes obesos tienden a subestimar la ingesta calórica real en comparación con las personas de peso normal.

El sedentarismo es definido por OMS como *“la ausencia de la actividad física necesaria para que el organismo humano se mantenga en un estado saludable”*, situándolo como un factor de riesgo y motivos de un aumento de la morbi-mortalidad, y discapacidad en el mundo actual. La falta de actividad física implica un severo problema de la salud pública ya que determina y empeora todas las enfermedades no transmisibles. Así mismo, se establece una relación creciente entre la tasa de sedentarismo y la obesidad en la población.⁸⁹

⁸⁷A pesar de que la etiología de la obesidad es multifactorial, está determinada en gran medida por el equilibrio a largo plazo entre la ingesta y el gasto energético. Los cambios en la conducta alimentaria: mayor dependencia de alimentos preparados y comidas rápidas, aumento de tamaño de las porciones, consumo de dulces y gaseosas, y el tipo de composición y calidad de los alimentos, contribuyen directamente al desarrollo de la obesidad.

⁸⁸Estudio de tipo transversal en estudiantes de 54 centros de educación superior donde se analizaron conductas alimentarias, estado nutricional e historial de enfermedades y antecedentes.

⁸⁹El sedentarismo o la falta de actividad física casi siempre preceden y está presente en las enfermedades crónicas. Además, se demostró que está asociado de forma independiente con un mayor riesgo de muerte, enfermedad cardiovascular, incidencia de cáncer (mama, colon, colorrectal, endometrial y de ovario epitelial) y de diabetes mellitus tipo II.



Por este motivo cabe destacar que según los autores Gómez, Martín-Castellanos, Cabañas, Durán & Castellanos (2017)⁹⁰ aquellas personas que padecen la obesidad central cuentan con mayor riesgo y deben llevar un tratamiento cuyo fin sea la pérdida de peso mediante una alimentación adecuada y el incremento de la realización de actividad física.

De esta manera, los hábitos nutricionales y el estilo de vida contribuyen sin duda al desarrollo de la obesidad. La ingesta de nutrientes con altos contenidos de grasa y poco volumen traen consigo el aumento del apetito, creando una sobre-ingesta y almacenamiento avanzado de tejido adiposo. Como factor de riesgo, las prácticas alimentarias de una sociedad es uno de los más importantes, ya que todo problema de salud relacionado con la ingesta de determinados alimentos tiene su base en los hábitos de consumo que se adquieren en las primeras etapas del desarrollo del niño. (Aragónés, Blasco, & Cabrinety, 2010)⁹¹

Esta patología que se produce por el aumento significativo del peso corporal trae consigo múltiples dificultades. En primer lugar, la obesidad presenta comorbilidades metabólicas, digestivas, cardiovasculares, psicológicas, entre otras; pero además se encuentra asociada a un deterioro en la calidad de vida. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se considera como la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones más importantes que incluye la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. Los factores objetivos que forman parte de la calidad de vida están determinados por la forma de organización de una sociedad. Aun cuando la calidad de vida esté determinada por factores objetivos, su manifestación esencial se aprecia en el orden subjetivo (Morales Contreras, 2016)⁹².

⁹⁰Estudio caso-control basado en análisis antropométrico *Receiver Operating Characteristic (ROC)* en infartados para identificar la fuerza discriminatoria de mediciones, obesidad, ratios cintura-cadera, ratios cintura-talla e índice de conicidad.

⁹¹Estudio en un total de 358 pacientes con TCA y población general para comparar la calidad de vida partir de la utilización del cuestionario específico Health-Related Quality of Life for Eating Disorders (HeRQoLED).

⁹²El propósito de este estudio fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud y su asociación con las variables actividad física y exceso de peso. Se utilizó una metodología cuantitativa, de corte descriptivo correlacional.



Shumaker y Naughton (1996)⁹³ la definen como *“aquella percepción subjetiva del paciente, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”*.

La misma se centra en los aspectos de la vida que se encuentran dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades cotidianas que cada persona realiza para mantener o mejorar su salud general. Se debe tener en cuenta que la CVRS es un concepto construido a partir de múltiples facetas y situaciones que atraviesa el paciente, denominadas dimensiones. Es por este motivo que es un concepto multidimensional; donde cada una de las dimensiones se encuentran relacionadas entre sí en mayor o menor medida. (Salazar-Estrada, Martínez, Torres, Beltrán & López, 2016)⁹⁴.

Por lo tanto, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene acerca de su propia vida, que se elabora dentro del contexto de la cultura y el sistema de valores, y normas en el que vive y está íntimamente vinculado con sus objetivos y sus expectativas. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de independencia, así como por su relación con los elementos sociales y económicos esenciales del entorno (Mercado Aravena, 2016)⁹⁵

De acuerdo a Medina, Aguilar & Solé-Sedeño (2014)⁹⁶ la obesidad supone un importante deterioro en la capacidad funcional y la CVRS y, además parece existir una relación directamente proporcional entre el IMC y el grado de deterioro de la calidad de vida. A pesar de que, como señalan algunos autores, esta patología es percibida por los propios afectados como un problema con mayor impacto sobre el funcionamiento físico (limitación de actividad, problemas músculo esqueléticos, respiratorios, dolor corporal) que sobre aspectos psicológicos (depresión, insatisfacción corporal, baja autoestima, etc.) o sociales, la actuación específica sobre los aspectos psicosociales

⁹³Es la medida en la que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función a la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

⁹⁴Archivos Latinoamericanos de Nutrición es la entidad encargada de la divulgación de conocimientos en el campo de la alimentación y la nutrición principalmente del Hemisferio Americano. En sus páginas se acogen trabajos generales, trabajos de investigación, trabajos de nutrición aplicada, entre otros.

⁹⁵Visualizar cómo se presenta la calidad de vida en personas con obesidad es una tarea que requiere de constante revisión, ya que la forma en cómo se realice una intervención con dicha población servirá como antecedente para posibles acciones, conocimientos y explicaciones relevantes que pudiesen potenciar, modificar o crear políticas públicas de salud, legislaciones y normativas orientadas a la prevención y promoción de la salud integral de las personas que presentan obesidad.

⁹⁶Las personas obesas se enfrentan hoy en día al reto de la pérdida de peso para mejorar, no sólo sus problemas físicos, si no también aspectos numerosos aspectos psicosociales



tiene una influencia directa, no solamente sobre la calidad de vida en general, sino también sobre las problemáticas de carácter médico.

En un estudio realizado por Cameron, Magliano, Dunstan, Zimmet, Hesketh, Peeters & Shaw, (2012)⁹⁷ se ha observado que la obesidad se asocia con una menor calidad de vida percibida. Se ha encontrado asociación entre un IMC elevado con las puntuaciones más bajas en los dominios físicos, sociales y emocionales de la CVRS. A su vez, se ha podido confirmar que la pérdida de peso también se encuentra estrechamente vinculada a una mejora en la percepción de la calidad de vida en los individuos. La literatura también sugiere que pueden existir diferencias de género para las asociaciones de peso y de calidad de vida, estableciendo que las mujeres tienden a reportar más baja la calidad de vida relacionada con el peso y padecen en mayor proporción efectos negativos de la obesidad sobre la CVRS.

A su vez en una investigación realizada por Govantes, Ortiz, Manes, Rosabal, Caravajal & Pérez (2018)⁹⁸, donde se evaluó la calidad de vida en pacientes obesos antes y después de iniciar un tratamiento específico, se pudo evidenciar que desde el inicio la mayor afectación fue en función física, seguida la autoestima; sin embargo, al finalizar el tratamiento se apreció una disminución significativa de los valores de todos los dominios que influyó en una mejoría de la puntuación final, lo cual se traduce en una disminución del impacto del peso en la CVRS y por consiguiente un incremento en la calidad de vida del paciente.

Con respecto a la alimentación y los patrones de consumo, existen diferentes Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) que se pueden observar en personas que presentan esta patología. Se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan por comer en exceso o dejar de hacerlo; debido a un impulso psicológico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba una serie de entidades patológicas que comparten ciertos atributos, pero varían en sus expresiones (Méndez, Vázquez-Velázquez & García-García, 2008).⁹⁹

En general, el trastorno por atracón y el síndrome de comedor nocturno son los TCA más frecuentemente observados en pacientes obesos. De acuerdo a un estudio

⁹⁷Estudio longitudinal realizado sobre un total de 5985 hombres y mujeres de 25 años al comenzar el mismo. La población fue estudiada a través de encuestas realizadas durante los años 1999-2000 y 2004-2005.

⁹⁸Estudio explicativo en pacientes ambulatorios con diagnóstico de obesidad atendidos en un Hospital de Rehabilitación durante 6 meses.

⁹⁹Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen alteraciones severas en la ingesta de alimentos en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica.



realizado por Cuerda et al. (2010)¹⁰⁰, se estima que un 30% de las mujeres obesas padecen alguno de los trastornos mencionados y que, con respecto a la distribución por sexo, está ampliamente demostrado que predomina en mujeres.

Tal como mencionan Planell y Fernández-Valdés (2002)¹⁰¹, el atracón alimentario es un trastorno alimentario que se caracteriza por descontrolados alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia nerviosa como la autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno, entre otros. La persona afectada ingiere una gran cantidad de comida, generalmente en menos de un lapso de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre lo que se come y cuánto se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo, desesperación de no poderse controlar, y finalmente repercute sobre la idea de la figura corporal afectando su autoestima negativamente.

En relación con lo anterior, cabe mencionar que en una investigación realizada por Muñoz y colaboradores (2012)¹⁰² para comparar la calidad de vida entre personas con TCA y mujeres adultas de la población general, se pudo observar que los pacientes con TCA en tratamiento mostraban mejoría en su salud física pero no en su salud mental luego de un año de tratamiento multidisciplinario, por lo que luego de ese período tendrían a mejorar sus índices de CVRS, pero éstos seguían siendo menores que los obtenidos por la población general; en específico, los índices que mejoraron de modo más significativo fueron los vinculados a las relaciones sociales y a los síntomas.

Es por esto, que la importancia de la medición de la CVRS en el obeso radica en la magnitud del problema de esta enfermedad en términos epidemiológicos y de asistencia sanitaria, así como los aspectos psicológicos relacionados con la obesidad, que en ocasiones no son debidamente tenidos en cuenta a la hora del tratamiento. Si bien es sabido que la obesidad genera enfermedades que afectan severamente al paciente acortando la esperanza de vida, son más recientes los estudios de la repercusión de la obesidad sobre la CVRS. La mayoría de los obesos que solicitan tratamiento lo hacen por el deterioro de la calidad de vida, aunque no sean

¹⁰⁰Estudio de tipo observacional descriptivo, de corte transversal. Se evaluaron un total de 150 historias clínicas de pacientes mayores a 18 años con obesidad que concurren a una clínica privada en la ciudad de Rosario.

¹⁰¹De acuerdo a los autores, los pacientes que inician con atracones, probablemente un 35-40% presentan un inicio de obesidad a edad temprana y poseen mayor afectación por comentarios negativos sobre su peso y su figura corporal, y un mayor número de acontecimientos estresantes.

¹⁰²Estudio en un total de 358 pacientes con TCA y población general para comparar la calidad de vida partir de la utilización del cuestionario específico Health-Related Quality of Life for Eating Disorders (HeRQoLED).



conscientes de ello. La imposibilidad de llevar a cabo el estilo de vida que desearían, es probable que sea una consecuencia tan grave como cualquier aspecto relacionado con la morbilidad de la enfermedad. La evaluación de la calidad de vida en los pacientes obesos no sólo permite saber qué áreas son las más afectadas y poder de esta manera incidir en su tratamiento, sino que también ayudan a redefinir el objetivo de la pérdida de peso. (Monereo, Pavon de la Paz, Molina, Vega, Alameda, López de la Torre, 2000)¹⁰³

Además de poder medir el deterioro global de la CVRS, esta información podrá ser útil para comprender mejor el porqué de los elevados índices de recidiva, buscar nuevas directrices para su tratamiento, incidir en el deterioro de la CVRS y ayudar así a personas poco motivadas a cambiar sus hábitos. La utilidad de la valoración de la CVRS puede generalizarse a un ámbito sociopolítico-sanitario, ya que la repercusión sobre la salud y el gasto económico que supone un determinado plan de actuación aplicado a una población ha de conocer el impacto que éste representará tanto en la CVRS de los pacientes a quienes va dirigido como en la de la población general (Alcaraz, Ferrer & Parrón, 2015)¹⁰⁴.

Poves, Macías, Cabrera, Situ y Ballesta (2010)¹⁰⁵ realizaron un estudio respecto de cómo se presentaba la calidad de vida en pacientes obesos mórbidos. Se evidenció que las personas obesas presentan una calidad de vida disminuida, ya que no son capaces de integrarse a diversas actividades sociales mermando aspectos psicológicos y de identidad social. Por tal razón, muchas de estas personas se someten a intervención quirúrgica, para mejorar en primera instancia problemas de salud física, como también, para subsanar aspectos psicológicos que los aquejan. Referente a lo último, se observó que una vez realizadas las operaciones, la percepción de las relaciones interpersonales, del estado emocional y del cambio en la apariencia física, modificaron de manera positiva la concepción subjetiva que se tenía respecto de la calidad de vida. La persona se siente mucho más satisfecha con la nueva imagen física y psicológica que posee.

¹⁰³La objetiva medición de la CVRS permite obtener información adicional sobre una enfermedad concreta y valorar el impacto que esta produce en el paciente y su entorno.

¹⁰⁴La obesidad mórbida ha crecido enormemente en las últimas décadas, representando un grave problema de Salud Pública. Por este motivo resulta de gran importancia crear políticas.

¹⁰⁵Se utiliza el cuestionario GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) como herramienta en la evaluación de la calidad de vida en el paciente obeso mórbido. Consta de 36 ítems cuya suma de cada puntuación individual otorga un valor final. A mayor puntuación, mejor calidad de vida. Dichos ítems se agrupan en 5 apartados: sintomatología digestiva, emocional, efectos sobre el tratamiento, disfunción física y social.



Como afirman Ratner, Sabal, Hernández, Romero y Atalah (2013)¹⁰⁶ la epidemia de la obesidad incrementa el riesgo de la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), repercutiendo en la calidad de vida de las personas y reduciendo entre 5 a 10 años la calidad de vida. Las ECNT son responsables de la depresión, el estrés, el aislamiento social, la baja autoestima y el menor rendimiento laboral, a causa del ausentismo e incremento de licencias médicas, que se manifiestan en la sociedad actualmente. De modo que un estilo de vida nocivo, no solo afecta al individuo, sino que también a su familia y a la sociedad. Si bien la OMS ha propuesto una estrategia global sobre régimen alimentario y actividad física, instando a los estados participantes a implementarla, significa un gran desafío conseguir un cambio conductual de los individuos y de la sociedad, que permita mejorar estilos de vida, disminuir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a la alimentación.

¹⁰⁶El objetivo de este estudio es el de caracterizar los estilos de vida y el estado nutricional de los trabajadores del sector público y privado, en las regiones Metropolitanas de Chile.



DISEÑO METODOLÓGICO



El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo ya que posee como finalidad la medición de variables en una población definida, determinando la conducta alimentaria y el patrón de consumo, la presencia de alteraciones del sueño nocturnas y la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

En relación al tiempo de ocurrencia de los hechos, este trabajo es considerado de corte transversal debido a que se realizará en un momento, lugar y con un grupo de personas determinadas y no existe una continuidad en el tiempo. Por lo tanto, los hechos se registrarán por única vez en el año 2019.

El universo poblacional al que se dirige este estudio está constituido por los pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y concurren a una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata.

La muestra seleccionada en forma no probabilística por conveniencia es de 25 pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata; cuya unidad de análisis es cada uno de los individuos, tanto hombres como mujeres.

El tipo de investigación que se llevará a cabo es de tipo cuali-cuantitativo. Se lo considera cualitativo ya que se estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, interpretar los fenómenos de acuerdo a los significados que tienen para las personas implicadas, utilizando para su fin diferentes instrumentos. A su vez, el estudio es clasificado como cuantitativo debido a que se recogerán datos de manera controlada, lineal y objetivamente.

Las variables sujetas a estudio son:

Sexo:

Definición conceptual: Conjunto de características que permiten clasificar a las personas en masculino y/o femenino.

Definición operacional: Conjunto de características que permiten clasificar a cada uno de los pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata en masculino y femenino. Los se obtienen mediante una encuesta auto-administrada a través de una pregunta dicotómica al grupo muestrario seleccionado, con las opciones: "F (femenino) – M (masculino)".

**Edad:**

Definición conceptual: Tiempo que ha transcurrido a partir del nacimiento de un individuo expresado en años.

Definición operacional: Tiempo que ha transcurrido a partir del nacimiento de cada uno de los pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata, expresado en años. Los datos se obtienen mediante una encuesta auto-administrada al grupo muestrario seleccionado a través de una pregunta abierta.

Estado nutricional:

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluarlo es estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

Definición operacional: Situación en la que se encuentran cada uno de los pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata, en relación a la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Los datos se obtienen a partir de la determinación del Índice de Masa Corporal (IMC)¹⁰⁷ del grupo muestrario seleccionado; calculado a partir del peso y la talla, que serán recabados a través de una balanza y un tallímetro.

Presencia de alteraciones del sueño:

Definición conceptual: Presencia de una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir o cambios en los patrones normales del sueño que afectan a la salud. Existiendo tanto en etapas de inicio y mantenimiento, como durante el ciclo de sueño-vigilia.

Definición operacional: Presencia de una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir o cambios en los patrones del sueño que afectan a la salud

¹⁰⁷Razón matemática que asocia el peso y la talla de un individuo, ideada por el estadístico Adolphe Quetelet.



de los pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata. Se obtienen los datos a través de una encuesta auto-administrada estandarizada validada llamada “Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh” dirigida al grupo muestrario seleccionado. La misma abarca una sumatoria de 10 preguntas con respuesta de múltiple opción que se combinan entre sí para formar 7 componentes de puntuación: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño habitual, perturbaciones del sueño, uso de medicación hipnótica, disfunción diurna.

Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud:

Definición conceptual: Nivel de bienestar derivado de la evaluación que realiza la persona de los diferentes dominios de su vida, considerando el impacto que éstos tienen en su estado de salud.

Definición operacional: Nivel de bienestar derivado de la evaluación que realizan los pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata, de los diferentes dominios de su vida considerando el impacto que éstos tienen en su estado de salud. Los datos son obtenidos a partir de una encuesta auto-administrada, dirigida al grupo muestrario seleccionado a través de 4 preguntas de múltiple opción y 1 de escala numérica que contemplen las siguientes respuestas:

1. “No tengo problemas para realizar mis actividades diarias – Tengo algunos problemas para movilizarme y/o realizar mis actividades diarias – Tengo que estar en la cama”.
2. “No tengo problemas con mi cuidado personal – Tengo algunos problemas para mi cuidado personal – Soy incapaz de realizar mi propio cuidado”.
3. “No tengo ningún dolor o malestar físico – Tengo moderado dolor o malestar físico – Tengo mucho dolor o malestar físico”.
4. “No me encuentro ansioso o deprimido – Estoy ansioso o deprimido – Estoy muy ansioso o deprimido frecuentemente”.
5. “Escala numérica 0-10, donde: 0 = Peor estado de salud imaginable/ 10 = Mejor estado de salud imaginable”.



Conducta alimentaria:

Definición conceptual: Creencias, conocimientos y hábitos que determinan la forma de elección, preparación y consumo de los alimentos (Hernán & Polivy, 2010).

Definición operacional: Creencias, conocimientos y hábitos que determinan la forma de elección, preparación y consumo de los alimentos en los pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata. Se obtienen los datos a partir de un cuestionario auto-administrado validado, Escala de Creencias Irracionales de los Alimentos (IFBS). El mismo presenta respuestas de múltiple opción que comprenden las alternativas “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “De acuerdo” y “Completamente de acuerdo”. Se plantean un conjunto de afirmaciones con un orden determinado con respuestas cerradas de modo que los interrogantes sean comparables y la variabilidad entre los sujetos pueda atribuirse a variaciones reales en las respuestas y no al instrumento utilizado.

Patrón de consumo alimentario:

Definición conceptual: Conjunto de productos que un individuo, familia o grupo de individuos consumen de manera ordinaria. En la conformación del mismo intervienen factores multicausales: cultura, hábitos, edad, entorno físico, actitudes y valores sociales (Rappo Miguez, 2002).¹⁰⁸

Definición operacional: Conjunto de productos alimentarios consumidos en forma habitual por los pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata. Se obtienen los datos a partir del cuestionario de frecuencia de consumo auto administrado que incluye distintos tipos de alimentos dentro de cada grupo, frecuencia semanal y cantidad consumida expresada en medidas caseras.

Se evalúa los alimentos consumidos en cuanto a tiempo, frecuencia y cantidad, permitiendo determinar la posibilidad de existencia de exceso o déficit asociado al consumo de los principales alimentos fuentes, comparado con las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina.

¹⁰⁸La autora agrega que, en la conformación del mismo, los factores multicausales siempre están supeditados a los ingresos del individuo o la familia y sus posibilidades de gasto.



A continuación, se presenta el consentimiento informado y el instrumento seleccionado para la recolección de la información. El mismo consta de una encuesta que se les realizará a los pacientes con obesidad mórbida que presentan reflujo gastroesofágico y asisten a una primera consulta en una clínica privada de obesidad localizada en la ciudad de Mar del Plata.

La presente investigación es conducida por Martina Aliende, estudiante de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad FASTA. El objetivo de dicho trabajo es describir la conducta alimentaria y el patrón de consumo, la presencia de alteraciones del sueño nocturnas, y la percepción de la calidad de vida en pacientes con Obesidad Mórbida que presentan reflujo gastroesofágico.

Si usted accede a participar en este estudio de manera voluntaria, se le pedirá completar una encuesta y se le realizarán medidas antropométricas simples. Cabe aclarar que la misma no provoca ningún efecto adverso hacia su persona ni implica ningún gasto económico y los datos recabados, serán estrictamente confidenciales y se utilizarán únicamente para el trabajo de tesis sin revelar información personal de los participantes de la encuesta.

Si usted responde esta encuesta, se entiende que acepta las condiciones de la misma.

Desde ya, agradezco su colaboración.

Firma del participante

**1. Sexo**Femenino / Masculino **2. Edad:** _____**3. Estado Nutricional**

- Peso: _____
- Talla: _____
- IMC: _____
- Diagnóstico: _____

4. Conducta alimentaria

A continuación leerá algunas frases sobre pensamientos acerca de la alimentación.

Lea cada una de ellas y escoja la puntuación con la que mejor se identifique en cuanto a lo que piensa de cada frase. No hay respuestas “buenas” ni “malas”.

Utilice las siguientes puntuaciones para elegir una con la que esté más de acuerdo:

1 = Muy en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Completamente de acuerdo

1. Algunos alimentos pueden relajarte _____
2. Comer sano lleva más tiempo que hacerlo de forma no sana _____
3. Hacer la comida a la parrilla o a la plancha son formas sanas de cocinar _____
4. Uno de mis mayores placeres en la vida es comer _____
5. Comer es una buena forma de superar el aburrimiento _____
6. El ejercicio puede anular los efectos de una mala alimentación _____
7. Comer sano no tiene que implicar abandonar por completo mis comidas preferidas _____
8. La comida es una buena forma de salir de la depresión _____
9. Las reuniones sociales no son tan divertidas sin comida _____
10. Comer sano debería ser un estilo de vida _____
11. Si nadie me ve comiendo algo, las calorías no cuentan _____
12. La única manera de hacer dieta es una dieta “de choque” _____
13. La clave de una dieta sana es lograr el equilibrio sobre lo que se come _____
14. Algunas comidas son irresistibles _____
15. Si algo es “light” puedes comer todo lo que quieras _____
16. El desayuno es la comida más importante del día _____



17. Si comes algo que no debías debes sentirte culpable _____
18. Hay alimentos de los que puedes consumir lo que quieras sin ganar peso ____
19. Uno/a debería esforzarse por consumir 5 raciones al día de frutas y verduras _____
20. Hay algunos alimentos con los que no logro controlar lo que como _____
21. Algunos alimentos son adictivos _____

5. Frecuencia de consumo

	<i>Todos los días</i>	<i>5 veces a la semana</i>	<i>Entre 4 y 2 veces a la semana</i>	<i>Una vez a la semana</i>	<i>Nunca</i>	Porciones	
Leche Entera						Pequeña (1/2 taza)	
						Mediana (1 vaso chico, 150ml)	
						Grande (1 taza, 200ml)	
Leche Descremada						Pequeña (1/2 taza)	
						Mediana (1 vaso chico, 150ml)	
						Grande (1 taza, 200ml)	
Yogurt descremado						Pequeña (1 pote, 170 gr)	
						Mediana (1 pote con frutas o cereales, 200gr)	
Quesos untables o cremosos						Pequeña (1 porción tipo celular chico, 60 gr)	
						Mediana (2 porciones tipo celular chico, 120 gr)	
Quesos duros o semiduros (tipo Gouda)						Pequeña (1 cda tipo té al ras, 5 gr)	
						Mediana (1 cda tipo postre al ras, 10 gr)	
						Grande (1 cda sopera al ras, 15 gr)	
Huevo						Pequeña (1 unidad)	
						Mediana (2 unidades)	
						Grande (3 unidades)	
Carne vacuna						Pequeña (1/2 bife, 80 gr)	
						Mediana (1 bife, 150 gr)	
						Grande (2 bifés, 300 gr)	
Pollo						Pequeña (1 pata, 80 gr)	
						Mediana (1 pechuga, 200gr)	
						Grande (1/4 de pollo, 250gr)	
Pescado						Pequeña (1/2 filet, 70 gr)	
						Mediana (1 filet, 120 gr)	
						Grande (2 filetes, 240 gr)	



Fiambres o embutidos (jamón cocido o crudo, mortadela, salchicha, salami)						Pequeña (1 feta, 30 gr)	
						Mediana (2 fetas, 60 gr)	
						Grande (3 fetas, 90 gr)	
Verduras de hoja (acelga, espinaca, lechuga)						Pequeña (1/4 de plato)	
						Mediana (1/2 plato)	
						Grande (3/4 plato)	
Berenjena, Morrón, Zapallito, Tomate, Espárragos, Brócoli, Coliflor, Repollo						Pequeña (1 unidad de 100gr)	
						Mediana (1 unidad de 150gr)	
						Grande (1 unidad de 200gr)	
Remolacha, Zapallo, Zanahoria, Calabaza, Puerro, Chauchas, Arvejas						Pequeña (1 unidad de 100gr)	
						Mediana (1 unidad de 150gr)	
						Grande (1 unidad de 200gr)	
Papa, batata o choclo						Pequeña (1 unidad de 100gr)	
						Mediana (1 unidad de 150gr)	
						Grande (1 unidad de 200gr)	
Manzana, Naranja, Mandarina, Limón, Frutilla, Pera, Durazno						Pequeña (1 unidad de 100gr)	
						Mediana (1 unidad de 150gr)	
						Grande (1 unidad de 200gr)	
Banana						Pequeña (1 unidad de 100gr)	
						Mediana (1 unidad de 150gr)	
						Grande (1 unidad de 200gr)	
Frutos secos (nueces, almendras, avellanas, pistacho)						Pequeña (3 unidades, 15gr)	
						Mediana (5 unidades, 25gr)	
						Grande (10 unidades, 50gr)	



Fideos, polenta, pastas, arroz						Pequeña (1/2 plato cocido, 120gr)	
						Mediana (1 plato cocido, 240gr)	
						Grande (2 platos cocidos, 480gr)	
Pan (Blanco o Integral)						Pequeña (1 mignón, 30gr)	
						Mediana (2 mignones, 60gr)	
						Grande (3 mignones, 90gr)	
Galletitas saladas y dulces						Pequeña (5 unidades tipo bizcocho, 30gr)	
						Mediana (10 unidades tipo bizcocho, 60gr)	
						Grande (15 unidades tipo bizcocho, 90gr)	
Productos de panadería (facturas, bizcochos, churros, torta fritas)						Pequeña (1 medialuna o torta frita, o 5 bizcochos, 40gr)	
						Mediana (2 medialunas o torta fritas, o 10 bizcochos, 80gr)	
						Grande (3 medialunas o torta fritas, o 15 bizcochos, 120 gr)	
Azúcar						Pequeña (2 cdas tipo té, 20gr)	
						Mediana (4 cdas tipo té, 20gr)	
						Grande (6 cdas tipo té, 30gr)	
Mermeladas o jaleas						Pequeña (1 cda tipo té colmada, 20 gr)	
						Mediana (2 cdas tipo te, 30 gr)	
						Grande (2 cdas tipo te colmadas, 40 gr)	
Manteca, margarina, crema de leche, mayonesa						Pequeña (1 rulo, 5 gr)	
						Mediana (3 rulos, 15 gr)	
						Grande (6 rulos, 30 gr)	
Aceite (cualquier tipo)						Pequeña (2 cdas soperas, 20cc)	
						Mediana (4 cdas soperas, 40cc)	
						Grande (6 cdas soperas, 60cc)	



Golosinas (chocolate, alfajor, dulces, chicles)						Mediana (1 alfajor 50gr o 1 turrón 20 gr, 3 cuadraditos de chocolate 25gr, 5 caramelos o gomitas 40 gr)	
						Grande (1 alfajor triple 70gr, 6 cuadraditos de chocolate 50gr, 10 caramelos o gomitas 80gr)	
Infusiones (café, té, mate)						Pequeña (1/2 taza, 100ml)	
						Mediana (1 vaso chico, 150ml)	
						Grande (1 taza, 200ml)	
Gaseosas y jugos						Pequeña (1/2 vaso, 100ml)	
						Mediana (1 vaso chico, 150ml)	
						Grande (1 vaso grande, 200ml)	
Aguas Saborizadas						Pequeña (1/2 taza, 100ml)	
						Mediana (1 vaso chico, 150ml)	
						Grande (1 vaso grande, 200ml)	
Productos de copetín (papas fritas, maní salado, palitos)						Pequeña (1 puñado, 25 gr)	
						Mediana (1/2 plato, 50 gr)	
						Grande (1 plato, 100 gr)	
Vino						Pequeña (1 copa, 100ml)	
						Mediana (1 ½ copas, 150ml)	
						Grande (2 copas, 200ml)	
Cerveza						Pequeña (1/2 pinta, 150ml)	
						Mediana (1 vaso, 200ml)	
						Grande (1 pinta, 250ml)	

Fuente: Elaborado por Departamento de Estadística

6. Alteraciones del sueño y calidad del mismo

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches.

- 1) ¿Cuánto tiempo suele tardar en dormirse habitualmente? _____
- 2) ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante este último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama) _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso.



3) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna vez - Menos de 1 vez a la semana - 1 o 2 veces a la semana - 3 o más veces a la semana | <p>e. Sentir frío</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna vez - Menos de 1 vez a la semana - 1 o 2 veces a la semana - 3 o más veces a la semana |
| <p>b. Despertarse durante la noche o madrugada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna vez - Menos de 1 vez a la semana - 1 o 2 veces a la semana - 3 o más veces a la semana | <p>f. Sentir demasiado calor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna vez - Menos de 1 vez a la semana - 1 o 2 veces a la semana - 3 o más veces a la semana |
| <p>c. No poder respirar bien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna vez - Menos de 1 vez a la semana - 1 o 2 veces a la semana - 3 o más veces a la semana | <p>g. Tener pesadillas o “malos sueños”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna vez - Menos de 1 vez a la semana - 1 o 2 veces a la semana - 3 o más veces a la semana |
| <p>d. Toser o roncar ruidosamente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna vez - Menos de 1 vez a la semana - 1 o 2 veces a la semana - 3 o más veces a la semana | <p>h. Sufrir dolores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna vez - Menos de 1 vez a la semana - 1 o 2 veces a la semana - 3 o más veces a la semana |

i. Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):

4) Durante el último mes, ¿cómo valoraría la calidad de su sueño?

Bastante buena _____

Buena _____

Mala _____

Bastante mala _____



5) Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicamentos (por su cuenta o recetadas por un médico) para dormir?

Ninguna vez _____

Menos de 1 vez a la semana _____

1 o 2 veces a la semana _____

3 o más veces a la semana _____

6) ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?

Ninguna vez _____

Menos de 1 vez a la semana _____

1 o 2 veces a la semana _____

3 o más veces a la semana _____

7) Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna actividad de su vida cotidiana?

Ningún problema _____

Solo un leve problema _____

Un problema _____

Un grave problema _____

Fuente: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)

9. Valoración de la calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

Marque la opción correcta

Movilidad

- No tengo problemas para caminar grandes distancias
- Tengo algunos problemas para caminar grandes distancias
- Tengo que estar la mayor parte del tiempo sentado/a o en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con llevar a cabo el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para aseoarme o vestirme
- Son prácticamente incapaz de aseoarme o vestirme solo/a



Actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares, actividades al aire libre, etc.)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas que me obstaculizan realizar mis actividades cotidianas
- Me genera mucha dificultad o soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo ningún dolor ni malestar en general
- Tengo moderado dolor o malestar físico
- Tengo mucho dolor o malestar físico

Ansiedad/Depresión

- En general no suelo sentirme ansioso o deprimido
- Generalmente me siento moderadamente ansioso o deprimido
- La mayor parte del tiempo estoy muy ansioso o deprimido

Estado de salud propio

Marque la opción correcta con un círculo de acuerdo a la valoración que realiza usted mismo de su salud actual, teniendo en cuenta que 10 = Mejor estado de salud imaginable y 0 = Peor estado de salud imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peor estado de salud imaginable										Mejor estado de salud imaginable

Fuente: Adaptación Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

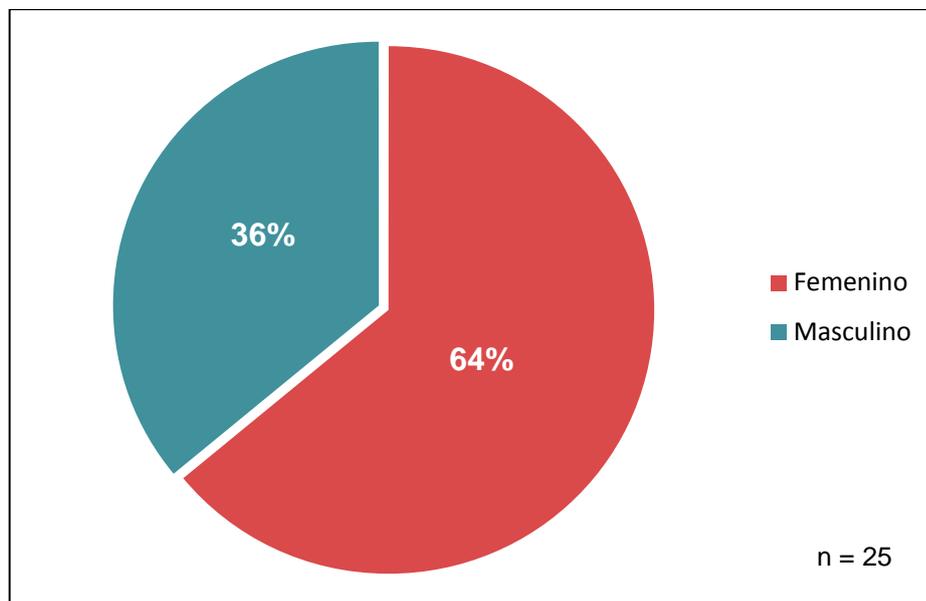


ANÁLISIS DE DATOS

Para poder llevar a cabo la presente investigación se efectúa un trabajo de campo que consiste en la realización de una encuesta dirigida con el objetivo de indagar sobre la conducta alimentaria, el patrón de consumo, la presencia de alteraciones del sueño nocturnas y la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de una muestra de 25 pacientes con Obesidad Mórbida, que presentan Reflujo Gastroesofágico, y concurren a una clínica privada de obesidad en la ciudad de Mar del Plata durante el mes de diciembre del año 2019.

Inicialmente, se detalla la distribución por sexo del total de los pacientes encuestados.

Gráfico N°1: Distribución según sexo

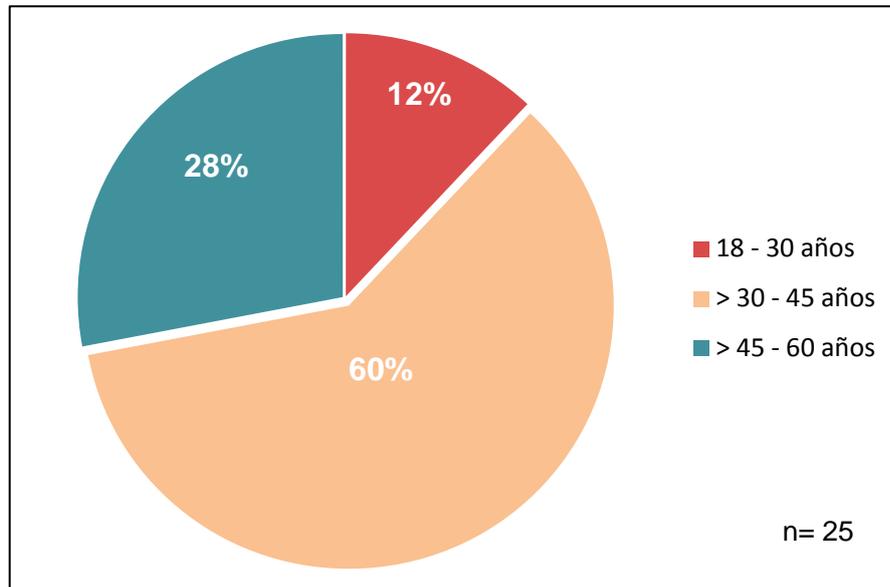


Fuente: Elaboración propia

El gráfico anterior nos demuestra un predominio del sexo femenino sobre el masculino con el 64% de la muestra de estudio.

Con respecto a la edad, la distribución de la misma se presenta a continuación.

Gráfico N°2: Distribución etaria de la muestra



Fuente: Elaboración propia

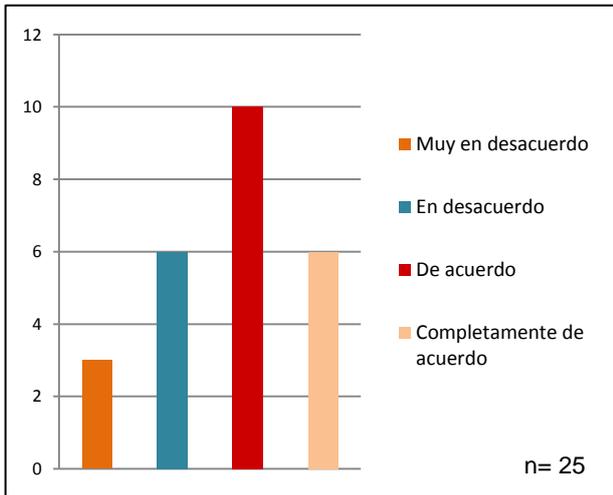
De acuerdo a los resultados obtenidos, la franja de la población estudiada varía entre los 18 a 54 años. Se puede observar que existe una mayor concentración de la muestra entre los 30 y 45 años, con un 60%, siendo la edad predominante.

Cabe destacar que el 100% de la muestra evaluada posee un estado nutricional de Obesidad Grado III o Mórbida, teniendo en cuenta la relación existente entre su talla y el peso al momento de la encuesta.

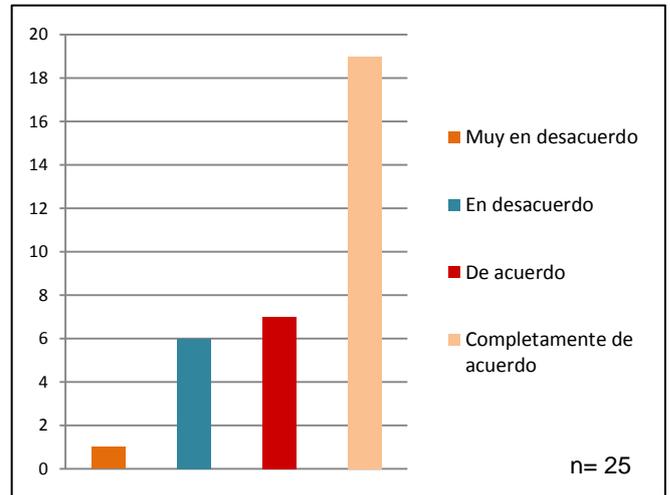
A continuación, se presenta la valoración y cuantificación de conductas alimentarias a través de la escala de creencias irracionales de los alimentos (IFBS).

Gráfico N°4: Valoración de conductas alimentarias

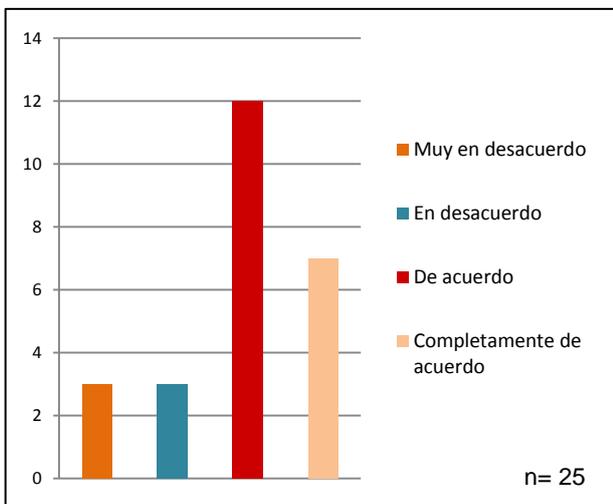
A: “Algunos alimentos pueden relajarte”



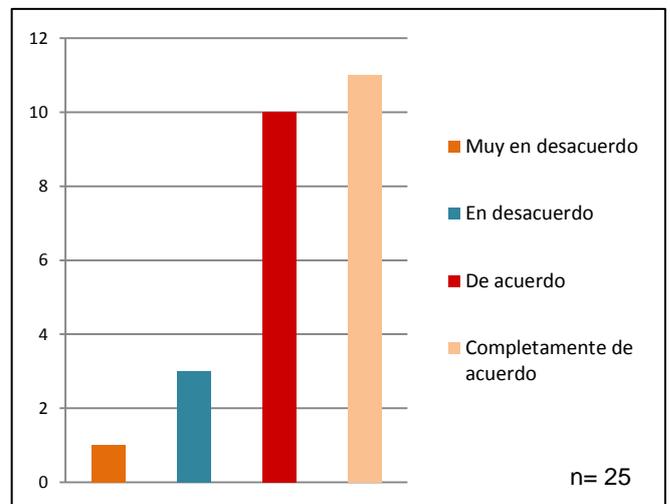
B: “Comer sano lleva más tiempo que hacerlo de manera no sana”



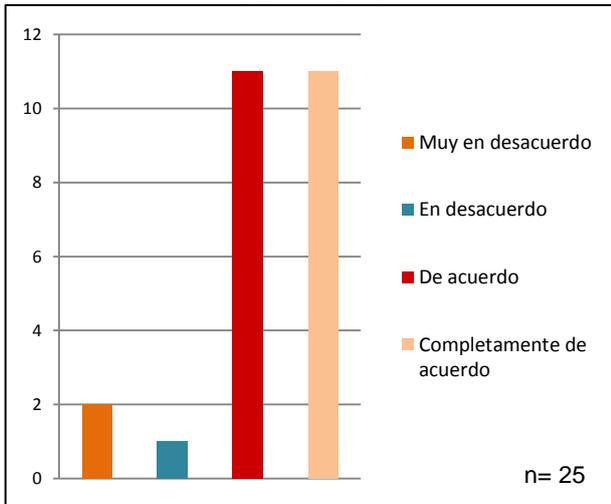
C: “Plancha y parrilla son formas saludables de cocinar”



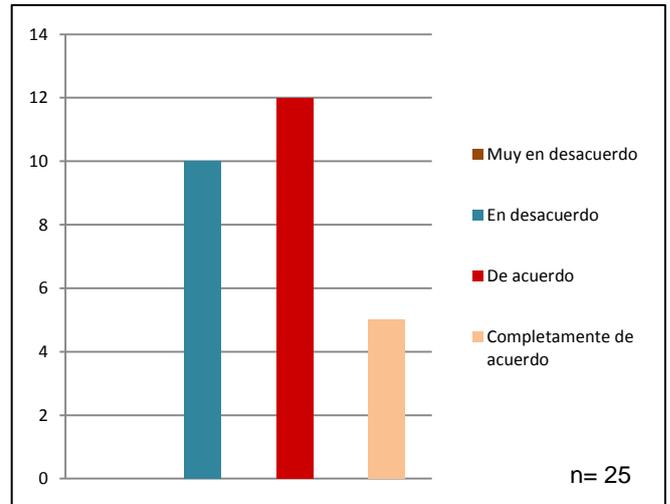
D: “Uno de los mayores placeres en la vida es comer”



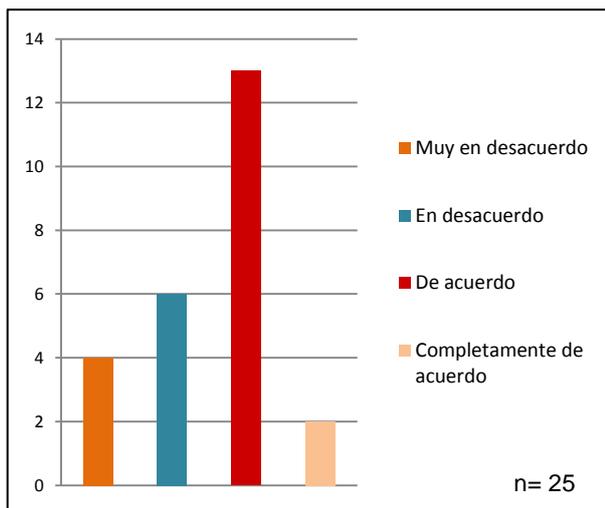
E: “Comer es una buena forma de superar el aburrimiento”



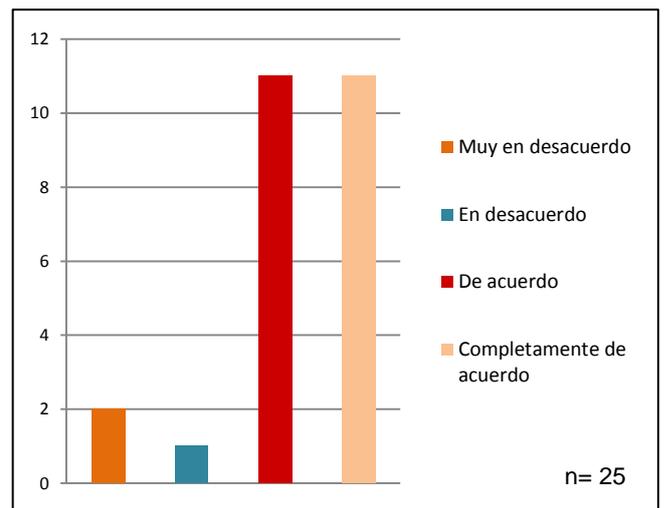
F: “El ejercicio físico anula la mala alimentación”



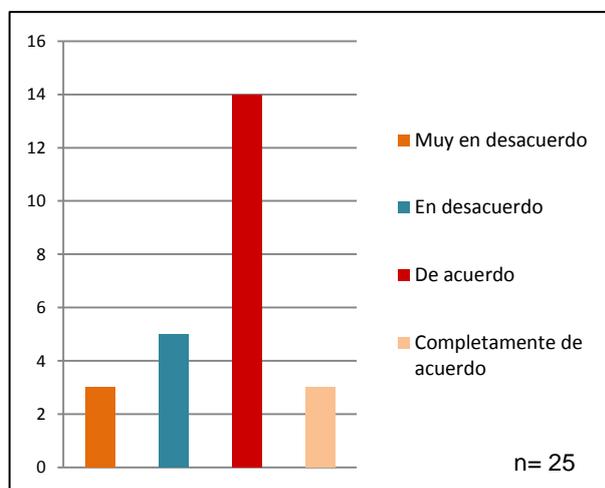
G: “Comer sano implica abandonar las comidas preferidas”



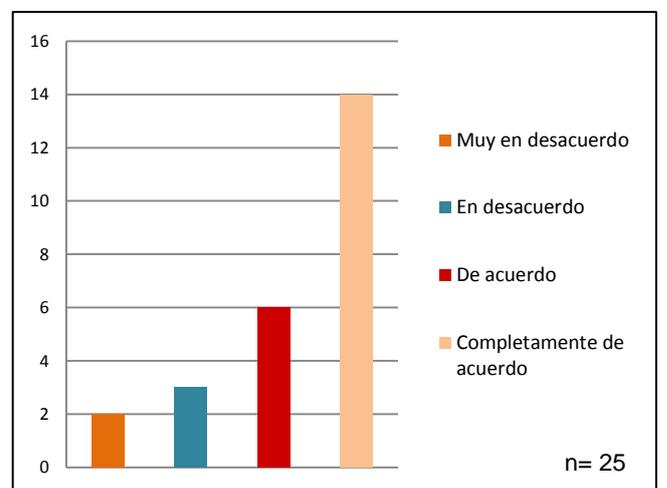
H: “Comer es una buena forma de afrontar la depresión”



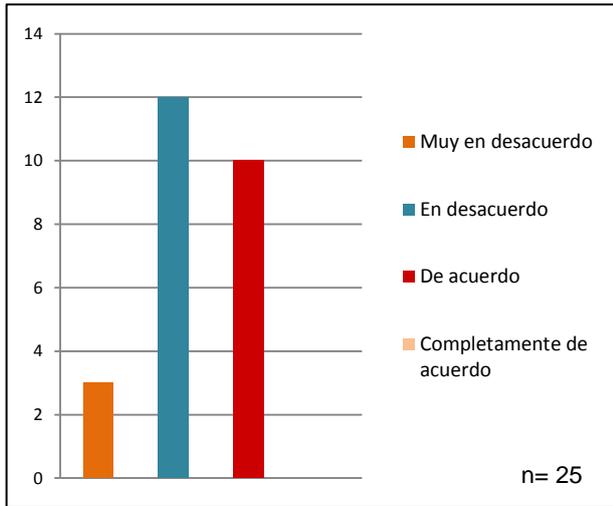
I: “Las reuniones sociales no son tan divertidas sin comida”



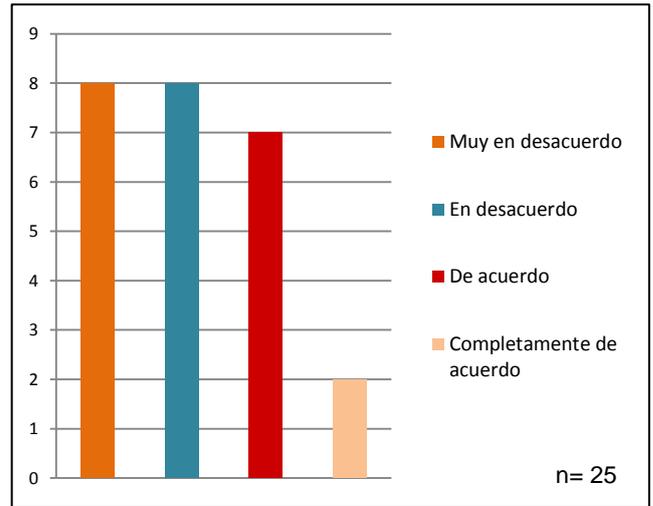
J: “Comer sano debería ser un estilo de vida”



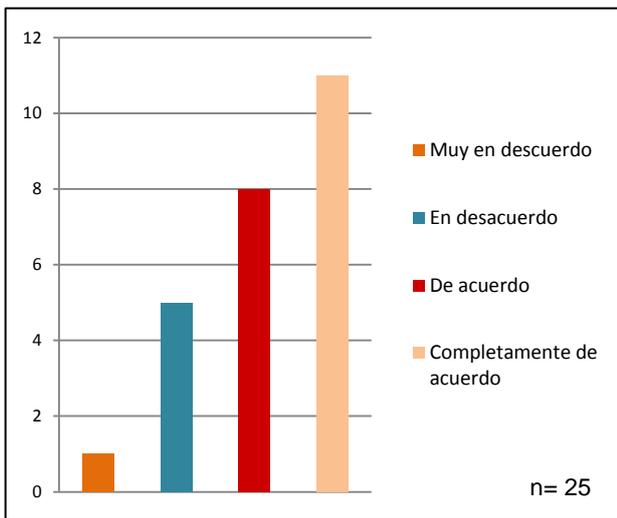
K: “Las calorías no cuentan si nadie me está viendo mientras como”



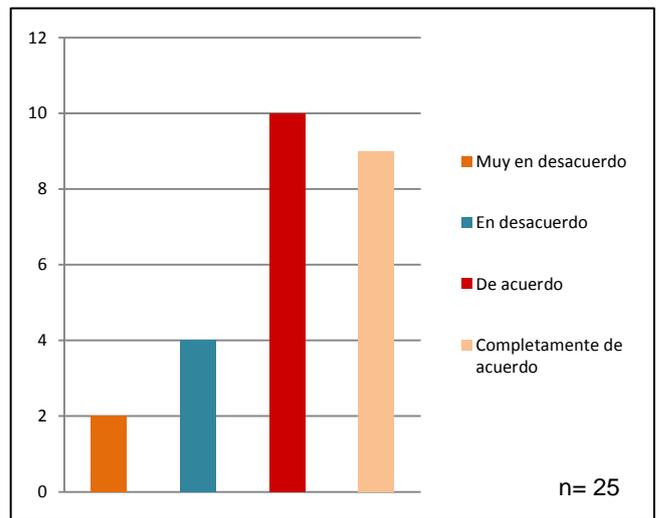
L: “La única forma de bajar de peso es a través de dietas de choque”



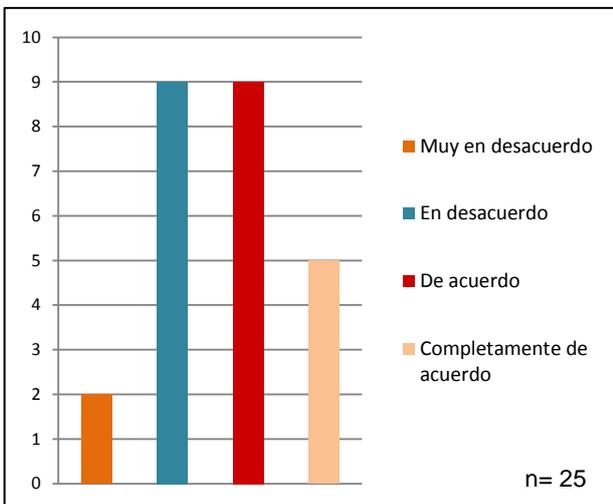
M: “Para tener un estilo de vida saludable hay que tener equilibrio en la alimentación”



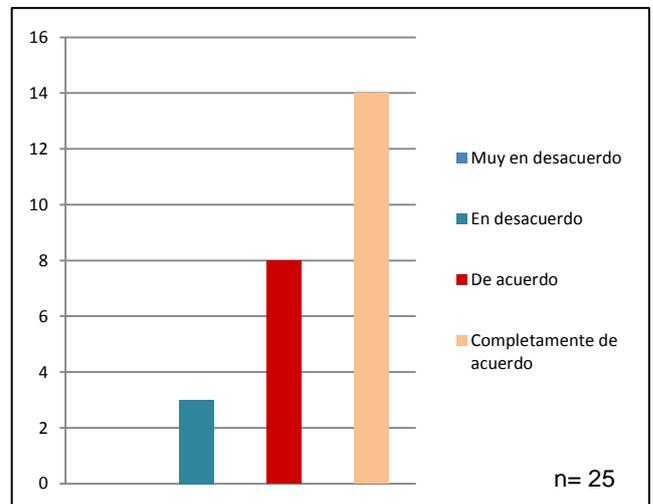
N: “Algunas comidas me resultan irresistibles”



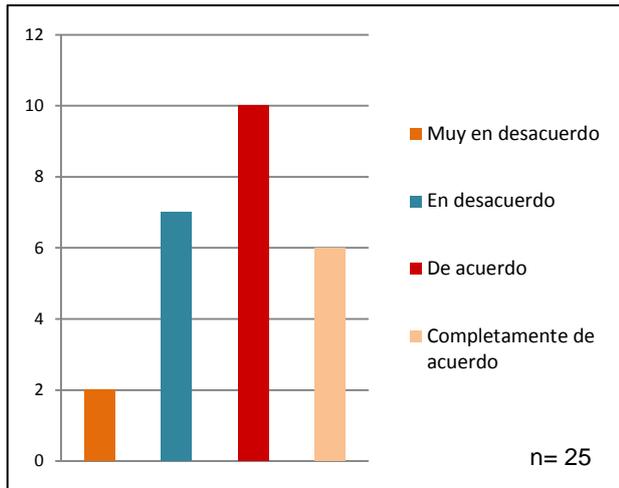
O: “Si un alimento es light puedo consumir la cantidad que desee sin aumentar de peso”



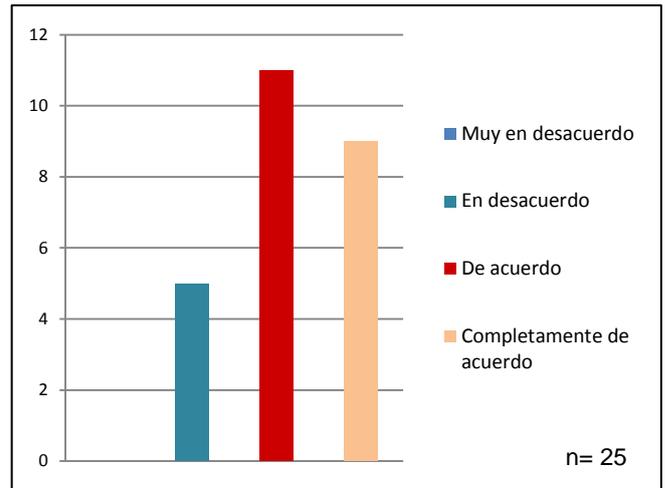
P: “El desayuno es la comida más importante del día”



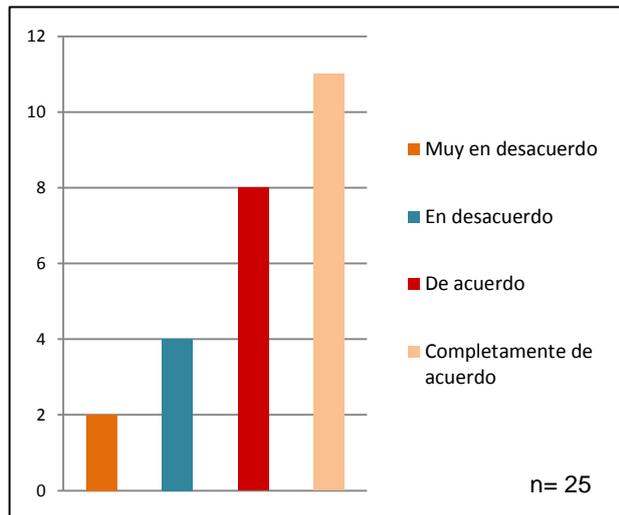
Q: "Si como algo que no debería, me debo sentir culpable"



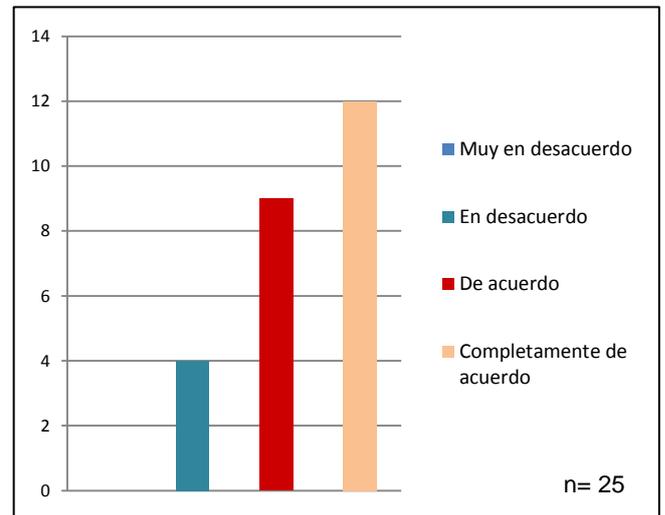
R: "Existen alimentos que sin importar la cantidad consumida no generan aumento de peso"



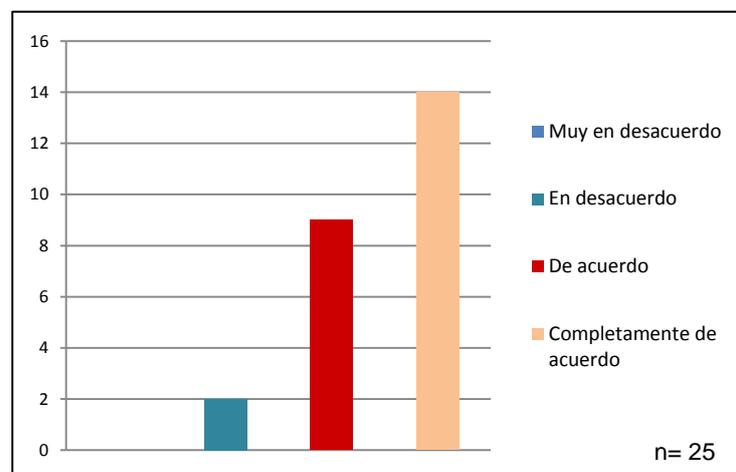
S: "Debería esforzarme por consumir 5 raciones de frutas y verduras por día"



T: "Las reuniones sociales deberían centrarse en la comida"



U: "Algunos alimentos son adictivos"



Fuente: Elaboración propia



Se procede a hacer un análisis minucioso de cada una de los ítems de la encuesta de creencias irracionales acerca de los alimentos. La misma abarca las siguientes afirmaciones: *“Algunos alimentos pueden relajarte”*; *“Comer sano lleva más tiempo que hacerlo de manera no sana”*; *“Plancha y parrilla son métodos saludables para cocinar”*; *“Uno de los mayores placeres en la vida es comer”*; *“Comer es una buena forma de superar el aburrimiento”*; *“El ejercicio físico anula la mala alimentación”*; *“Comer sano implica abandonar las comidas preferidas”*; *“Comer es una buena forma de afrontar la depresión”*; *“Las reuniones sociales no son tan divertidas sin comida”*; *“Comer sano debería ser un estilo de vida”*; *“Las calorías no cuentan si nadie me está viendo”*; *“La única forma de bajar de peso es a través de una dieta de choque”*; *“Para tener un estilo de vida saludable hay que tener equilibrio en la alimentación”*; *“Algunas comidas me resultan irresistibles”*; *“Si un alimento es light puedo comer la cantidad que desee sin aumentar de peso”*; *“El desayuno es la comida más importante del día”*; *“Si como algo que no debería, debo sentirme culpable”*; *“Existen alimentos que sin importar la cantidad consumida no generan un aumento de peso”*; *“Debería esforzarme por consumir 5 raciones de frutas y verduras por día”*; *“Las reuniones sociales deberían centrarse en la comida”*; *“Algunos alimentos son adictivos”*.

Con respecto al gráfico A, un 40% de la muestra se encuentra de acuerdo con que algunos alimentos pueden relajarte. Por otra parte, un 24% se encuentra completamente de acuerdo, otro 24% en desacuerdo y un 12% del total muy en desacuerdo, siendo este último el porcentaje de respuestas más bajo.

Observando el gráfico B, se puede observar que un 76% de los participantes se encuentran de acuerdo con que comer sano lleva más tiempo que hacerlo de manera no sana. A su vez, un 28% se encuentra de acuerdo, un 24% en desacuerdo y sólo un 4% muy en desacuerdo.

En cuanto a la consigna plancha y parrilla son formas sanas de cocinar un 48% de la muestra se encontró de acuerdo, un 28% completamente de acuerdo, un 12% en desacuerdo y, finalmente, un 12% muy en desacuerdo.

A su vez, cabe destacar que se el 44% de los participantes concluyeron que se encuentran completamente de acuerdo en que uno de sus mayores placeres en la vida es comer; y un 40% se encuentra de acuerdo. Por otra parte, un 12% se manifiesta en desacuerdo y un 4% muy en desacuerdo, siendo este último el porcentaje más bajo de respuestas.

Se puede determinar al observar el gráfico E, que un 44% de los encuestados se encuentra completamente de acuerdo y otro 44% de acuerdo con que comer es una



buena forma de superar el aburrimiento. Por otra parte, el 12% restante se manifestó en desacuerdo y muy en desacuerdo con un 4% y 8% respectivamente.

La mayor parte de los pacientes que conforman la muestra se encuentran de acuerdo con que la realización de ejercicio físico anula la mala alimentación. A su vez, en menor proporción, un 40% se encuentra en desacuerdo y un 20% completamente de acuerdo. Ningún encuestado se encuentra muy en desacuerdo con la afirmación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico G, el 52% de la muestra se manifestó de acuerdo con que comer sano implicaría abandonar sus comidas preferidas. Un 24% se encuentra en desacuerdo, un 16% muy en desacuerdo y sólo un 8% completamente de acuerdo, siendo éste último el porcentaje más bajo de respuestas.

Con respecto al gráfico H, se concluye que la mayor parte de los encuestados se manifestó en desacuerdo con que comer sea una buena opción para salir de la depresión, en un 48%. A su vez, un 16% del total se encuentra muy en desacuerdo. Por otra parte, un 32% se manifestó de acuerdo con esta afirmación y un 4% completamente de acuerdo.

Es importante mencionar que un 56% de la muestra se encuentra de acuerdo en que las reuniones sociales no son divertidas sin comida. Un 20% se encuentra en desacuerdo, un 12% muy en desacuerdo y un 12% restante completamente de acuerdo.

Con respecto a la afirmación comer sano debería ser un estilo de vida, en concordancia con el gráfico J, se puede observar que un 56% de los encuestados se encuentra completamente de acuerdo y un 24% de acuerdo. Por otra parte, un 12% se manifestó en desacuerdo y un 8% muy en desacuerdo.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede concluir que la mayor parte de los pacientes incluidos en la muestra se encuentran en desacuerdo con la afirmación de las calorías no cuentan si nadie está viendo, con un 48% de las respuestas. Por otra parte, un 40% se encuentra de acuerdo y un 12% muy en desacuerdo. Ninguno de los encuestados se manifestó completamente de acuerdo.

Se puede observar con respecto al gráfico L, que la mayor parte de los encuestados se encuentran muy en desacuerdo y en desacuerdo con que la única manera de poder descender de peso es a través de la realización de una dieta “de choque”, en un 32% para ambas respuestas respectivamente. Por otra parte, un 28% de los encuestados se manifestó de acuerdo y un 8% completamente de acuerdo.

Con respecto al equilibrio en la alimentación, un 44% de la muestra se encuentra completamente de acuerdo en que para llevar un estilo de vida saludable se debe tener un equilibrio en los alimentos que se consumen. A su vez, un 32% se consideró



de acuerdo, un 20% en desacuerdo y finalmente un 4% muy en desacuerdo, siendo éste último el menor porcentaje de respuestas.

Al observar el gráfico N, se puede concluir que la mayor parte de los encuestados se manifestaron de acuerdo con la sensación de que algunas comidas específicas les resultan irresistibles. La anterior respuesta se presentó en el 40%, mientras que un 36% se encontró completamente de acuerdo, el 16% en desacuerdo y sólo un 8% de la muestra se manifestó muy en desacuerdo.

A su vez, se concluye que la mayor parte de la muestra se encuentra de acuerdo y en desacuerdo con respecto al consumo de alimentos “light” sin aumentar de peso; en un 36% para ambas respuestas. Por otro lado, un 20% se encuentra completamente de acuerdo y un 8% muy en desacuerdo. Se puede concluir que en esta premisa se encontraron igual cantidad de respuestas en acuerdo que en desacuerdo.

El 50% de los encuestados coinciden en que el desayuno es la comida más importante el día. Un 32% se encuentra de acuerdo y un 12% en desacuerdo. Ningún encuestado se manifestó muy en desacuerdo con la afirmación.

Con respecto al gráfico Q, un 40% de la muestra se encuentra de acuerdo con que si come algo que no debería o trasgrede una dieta debería sentirse culpable; siendo el mayor porcentaje de respuestas. Por otra parte, un 28% se encuentra en desacuerdo, un 24% completamente de acuerdo y sólo un 8% muy en desacuerdo.

El 44% de los pacientes encuestados se encuentra de acuerdo con que existen alimentos que no generan aumento de peso al consumirlos, sin importar la cantidad de consumo. Un 36% se encuentra completamente de acuerdo y un 20% en desacuerdo. Ningún encuestado de la muestra respondió estar muy en desacuerdo con la afirmación.

El 44% de los encuestados se encuentra completamente de acuerdo con que debería esforzarse por consumir 5 raciones al día de frutas y verduras; y un 32% se encuentra de acuerdo. Por otra parte, un 16% se manifestó en desacuerdo y sólo un 8% muy en desacuerdo.

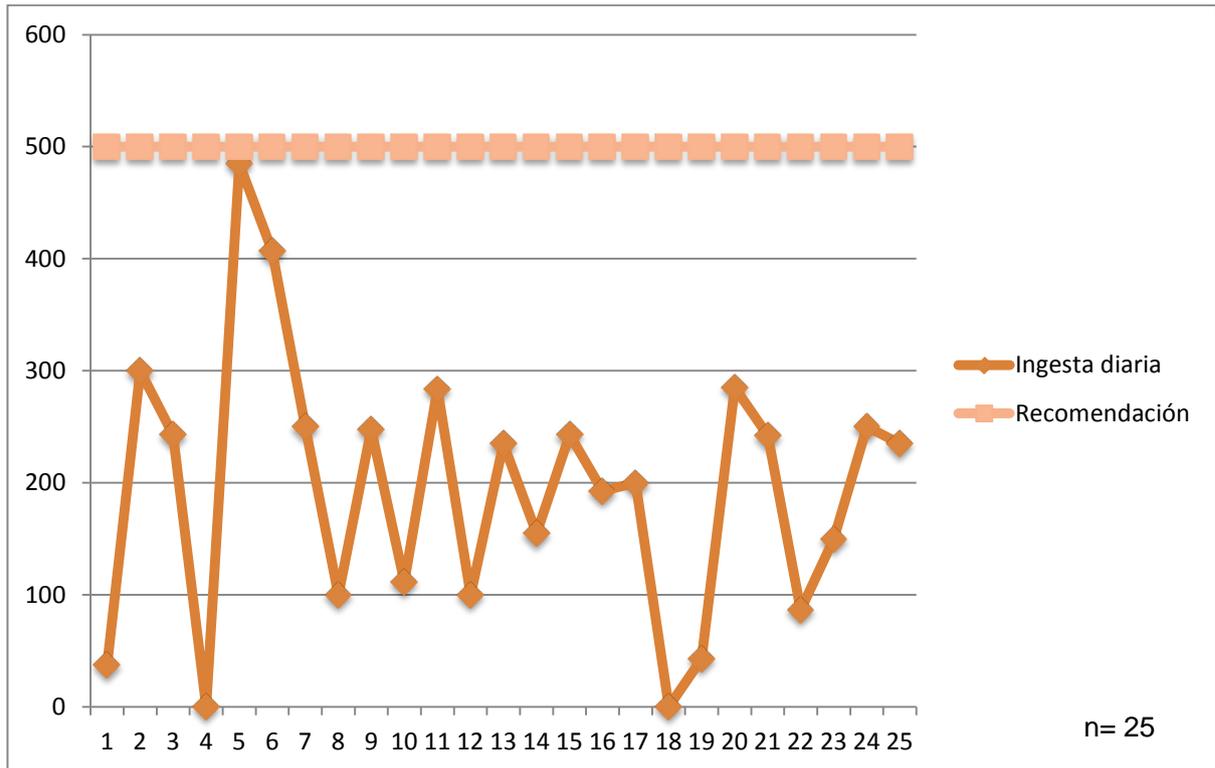
Cabe mencionar también que un 48% de la muestra se encuentra completamente de acuerdo y un 36% de acuerdo con que las reuniones sociales deberían centrarse en la comida. El restante porcentaje de los participantes se manifestó en desacuerdo (16%), ya que ningún paciente determino encontrarse muy en desacuerdo con la afirmación.

Finalmente, un 56% de la muestra se encuentra completamente de acuerdo con que algunos alimentos les resultan adictivos, siendo el mayor porcentaje de

respuestas. A su vez, un 36% se encuentra de acuerdo y un 8% en desacuerdo. Ningún encuestado respondió encontrarse muy en desacuerdo con la afirmación.

A continuación, se presentan los gráficos relacionados con el patrón de consumo de la muestra.

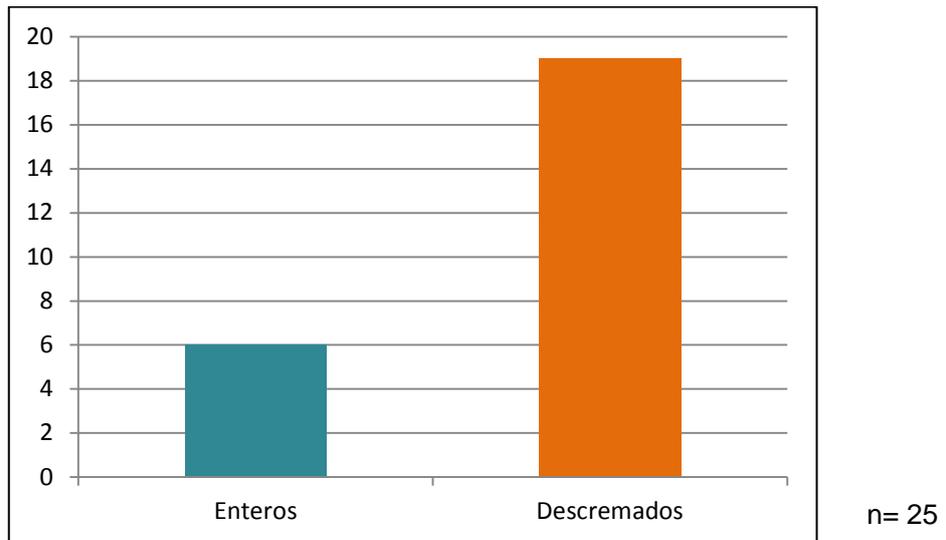
Gráfico N°26: Consumo de leche y yogur en comparación con la recomendación



Fuente: Elaboración propia

Al observar el gráfico anterior, se puede determinar que solo un encuestado alcanza la recomendación diaria de consumo de leche y yogur, teniendo en cuenta que la misma es de 500 gramos al día de acuerdo a las Guías Alimentarias para la Población Argentina. En el resto de los participantes, la media de consumo es de 195,28 gramos por día.

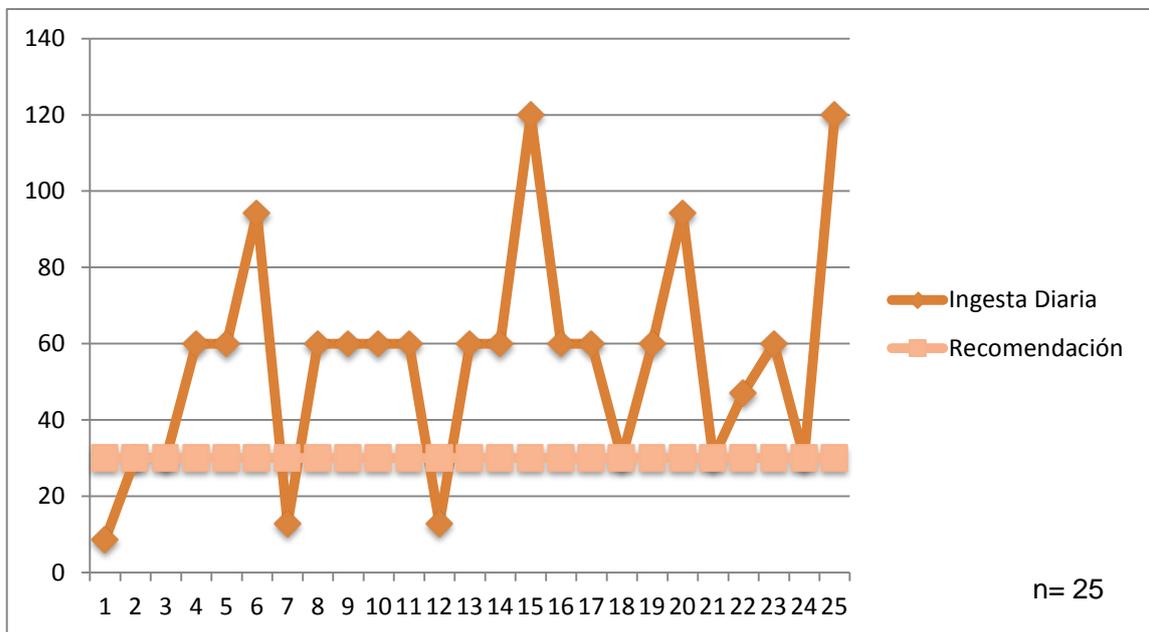
Gráfico N°27: Selección de leche y yogur de acuerdo a su composición



Fuente: Elaboración propia

La mayor parte de la muestra opta por la selección de leche y yogur descremados.

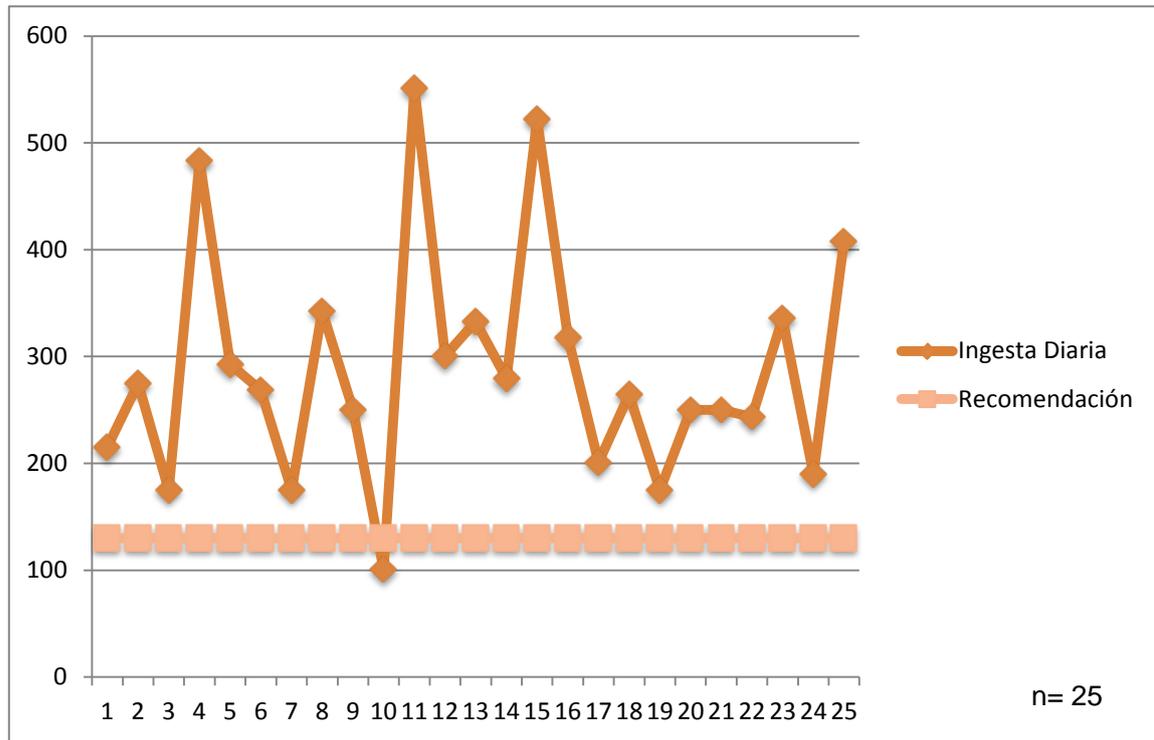
Gráfico N°28: Consumo de quesos en comparación a la recomendación



Fuente: Elaboración propia

Un 88% de los participantes de la muestra superan la ingesta diaria de consumo para quesos en promedio, siendo la misma unos 30 gramos al día. La ingesta media es de la muestra es de 55,19 gramos al día, superando la recomendación por 25,19 gramos.

Gráfico N°29: Consumo de carnes y huevo en comparación con la recomendación



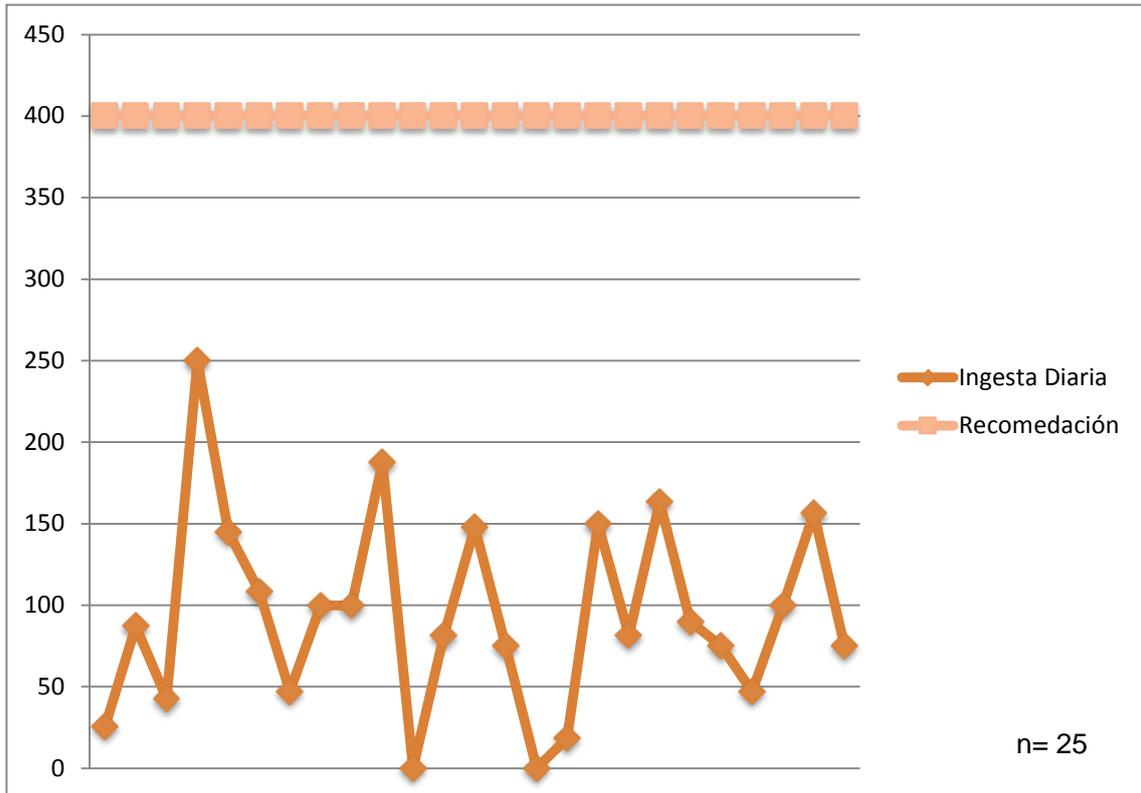
Fuente: Elaboración propia

En concordancia con el gráfico anterior se puede determinar que el 96% de los participantes de la encuesta consume una cantidad superior de carnes que la que debería de acuerdo a la recomendación. Esta última es de 130 gramos al día, equivalente a 1 bife pequeño, 1 hamburguesa chica, ½ pechuga y/o 1 filete chico.

La ingesta diaria media de la muestra es de 285,57 gramos, superando por 155,57 gramos la recomendación. A pesar de esto, cabe destacar que el consumo de pescado en promedio por día es de 12,36 gramos; siendo el mismo un consumo significativamente bajo.

Por otra parte, cabe destacar que se supera ampliamente el consumo de huevo según la recomendación. La misma refiere a una porción de 25 gramos, equivalente a aproximadamente ½ unidad del alimento mencionado al día.

Gráfico N°30: Consumo de vegetales de acuerdo a la recomendación



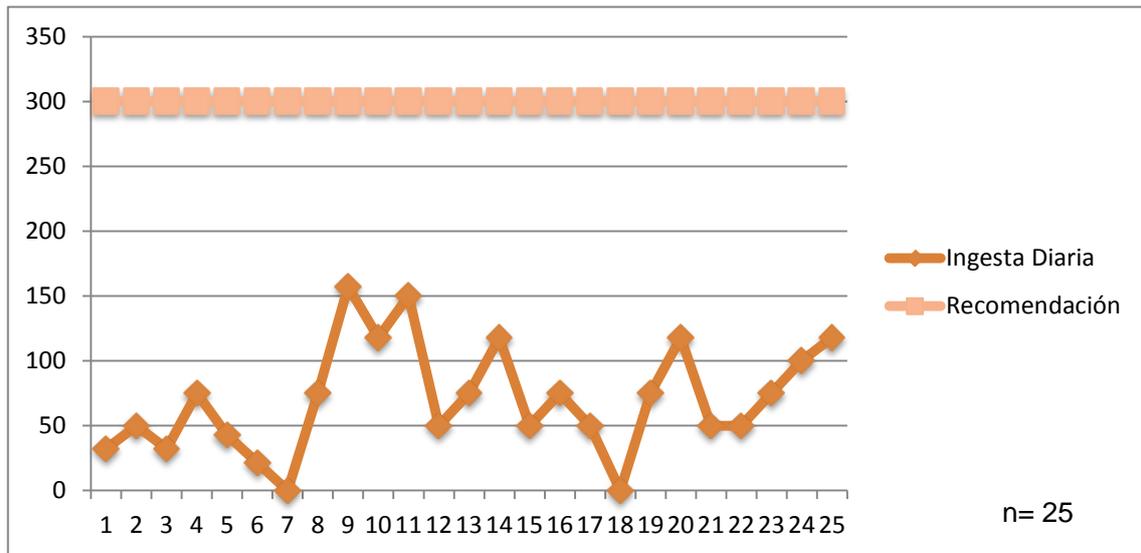
Fuente: Elaboración propia

En este grupo se evaluaron todos los vegetales del grupo A: acelga, achicoria, ají, apio, berenjena, berro, brócoli, coliflor, espinaca, espárragos, endivia, hinojo, hongos, lechuga, pepino, rabanito, rábano, radicheta, repollo, repollitos de Bruselas, tomate, zapallitos, zucchini; y también los del grupo B: alcaucil, arvejas frescas, cebolla, cebolla de verdeo, brotes de soja, chauchas, habas, nabo, palmitos, puerro, remolacha, zanahoria, zapallo.

En base a estos alimentos, se observa que la mayoría de los encuestados no consume la cantidad recomendada, siendo la misma de 400 gramos al día. Este último valor equivaldría a 2 tazas de vegetales cortados en cubos (crudos o cocidos) y 2 tazas de vegetales de hoja en crudo.

La ingesta al día de vegetales A y B es en promedio 85,76 gramos.

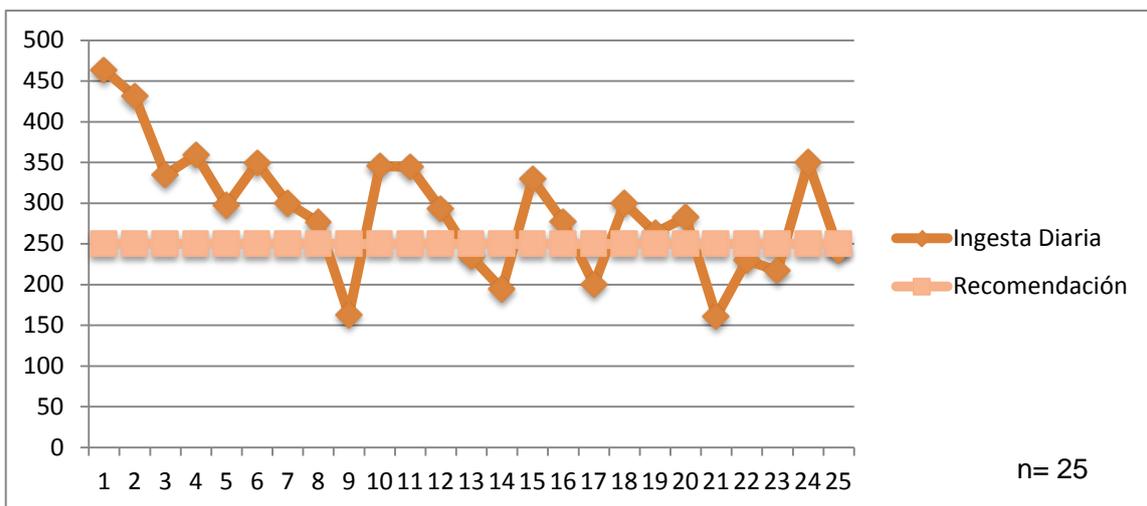
Gráfico N°31: Consumo de frutas en comparación a la recomendación



Fuente: Elaboración propia

A partir del gráfico anterior, se observa que el 100% de los participantes de la muestra no alcanzan la recomendación diaria de frutas. La misma refiere a 300 gramos, lo que equivale a 2 unidades medianas al día. A pesar de esto, la ingesta promedio de la muestra es de 70,29 gramos.

Gráfico N°32: Consumo de fécules cocidos en comparación con la recomendación



Fuente: Elaboración propia

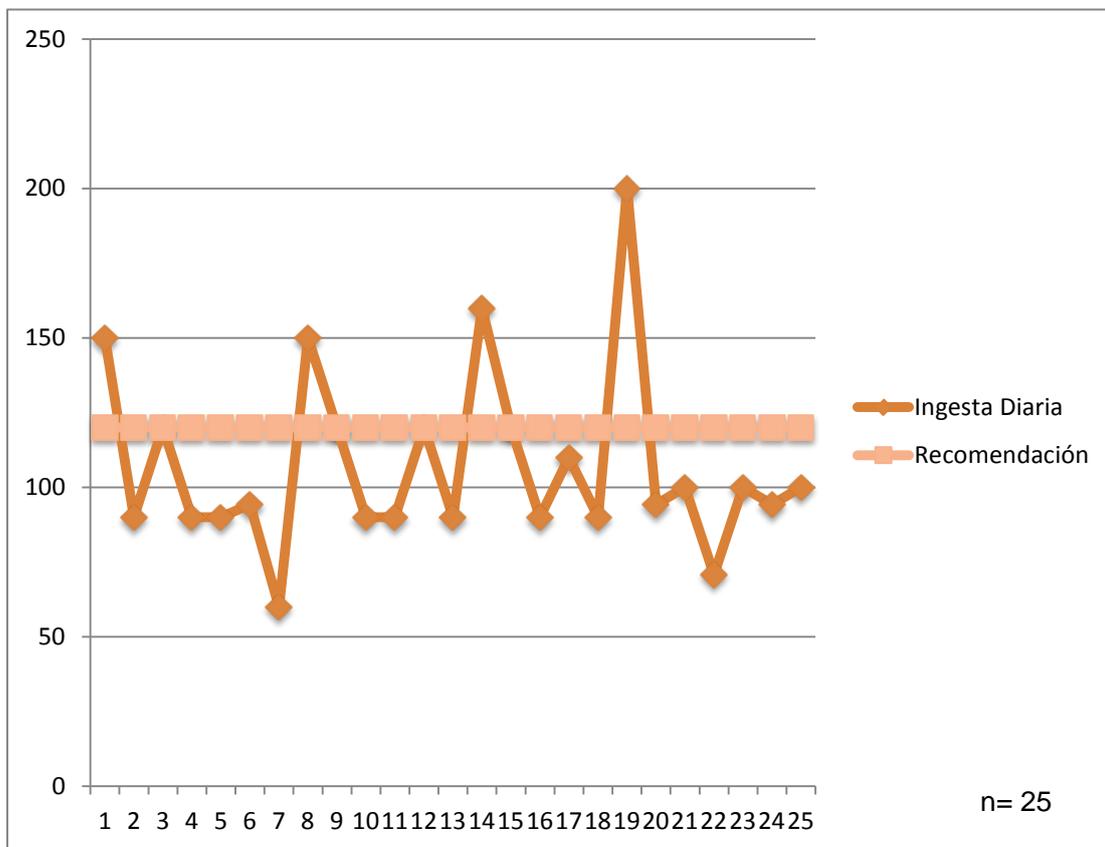
En este grupo se evaluaron los cereales y derivados, legumbres y vegetales del grupo C (papa, batata, choclo, mandioca). Dentro de los derivados se considera a las

pastas. Cabe aclarar que será el único grupo de alimentos que se evalúa en base al peso cocido.

Se puede observar que una parte de la muestra supera la recomendación de consumo, siendo la misma de 250 gramos al día. Esto equivale a 2 rebanadas de pan o 7 galletitas de agua o integrales, ½ taza en cocido de arroz, pasta, polenta o avena; y/o 1 taza de copos de cereales.

La ingesta promedio por día de feculentos que poseen los encuestados es de 289,58 gramos.

Gráfico N°33: Consumo de pan en comparación con la recomendación



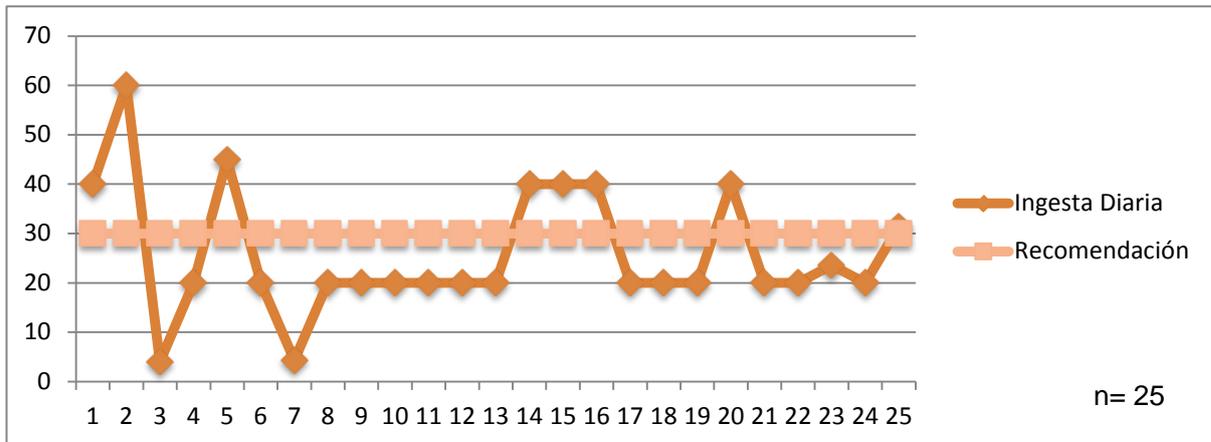
Fuente: Elaboración propia

En este grupo se incluye tanto el pan blanco como el integral.

Se puede observar en el gráfico que la mayoría de los pacientes no alcanzan la recomendación diaria de pan, la cual es de 120 gramos. A pesar de esto, se encuentran relativamente cerca de la misma por lo que no existe un déficit amplio entre la recomendación y la ingesta diaria. Solo 4 de los encuestados superaron la recomendación ampliamente.



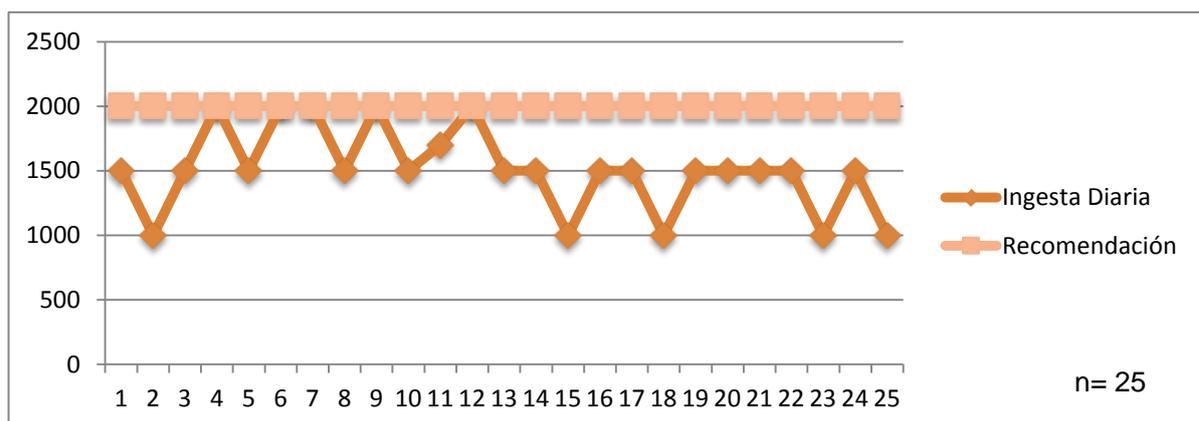
Gráfico N°34: Consumo de aceites, frutas secas y semillas en comparación con la recomendación



Fuente: Elaboración propia

Al observar el gráfico se puede determinar que la mayoría de los encuestados no alcanza la recomendación diaria de aceites, semillas y frutos secos, siendo la misma de 30 gramos; equivalente a 1 cucharadas soperas de aceite, 1 puñado de frutos secos y 1 cucharada de semillas activadas. Cabe mencionar que el consumo diario de frutos secos y semillas fue prácticamente nulo, por lo que el gráfico refleja en mayor proporción la incorporación de aceite en la alimentación de los pacientes.

Gráfico N°35: Consumo de agua segura en comparación con la recomendación

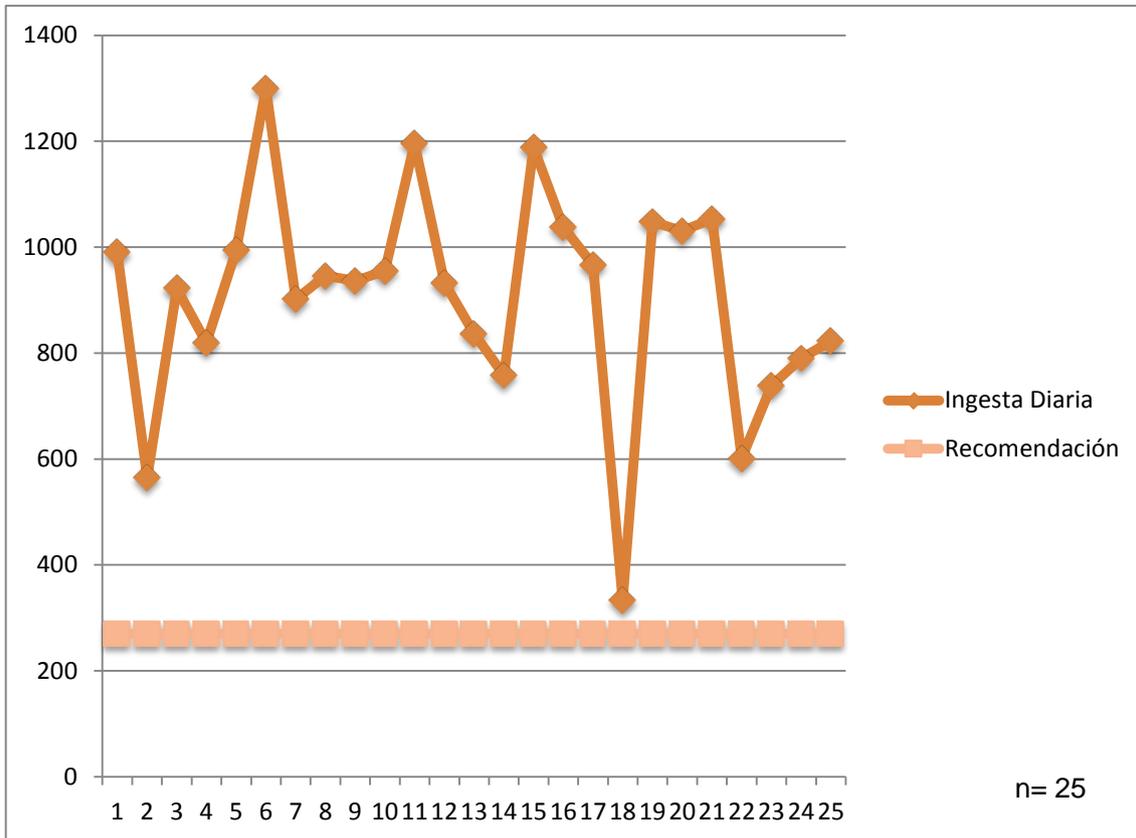


Fuente: Elaboración propia

En base a la hidratación, se evalúa la ingesta de agua pura, que no incluye la que está ligada a los alimentos y otras bebidas.

Con respecto al gráfico anterior, se puede observar que la mayor parte de la muestra no consume la cantidad diaria recomendada de agua segura que es de 2000ml según las G.A.P.A.

Gráfico N°36: Consumo de alimentos de consumo opcional en comparación con la recomendación en kilocalorías



Fuente: Elaboración propia

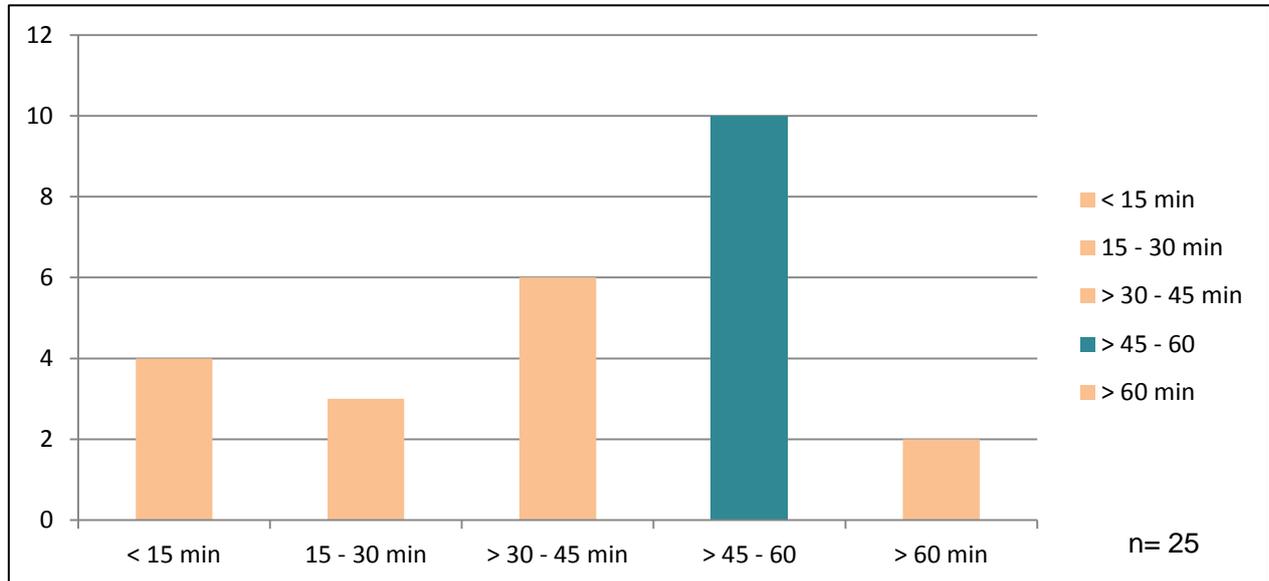
En este grupo se evaluaron como alimentos de consumo opcional: alimentos grasos (mayonesa, crema, manteca, grasas sólidas) y azúcares libres (azúcar, dulces, mermeladas, etc.), bebidas e infusiones azucaradas, alfajores, galletitas dulces, chocolates, golosinas, snacks/productos de copetín, panificados dulces o salados, tortas, postres azucarados.

Se puede observar que el 100% de la muestra supera la recomendación de alimentos de consumo opcional, siendo la misma de 300 kilocalorías (15% del aporte calórico total de una dieta de 2000 kilocalorías). La ingesta promedio de estos alimentos es de 906,6 kilocalorías por día, superando la recomendación por 606,6 kilocalorías.



A continuación, se presentan los gráficos relacionados con la calidad del sueño de la muestra.

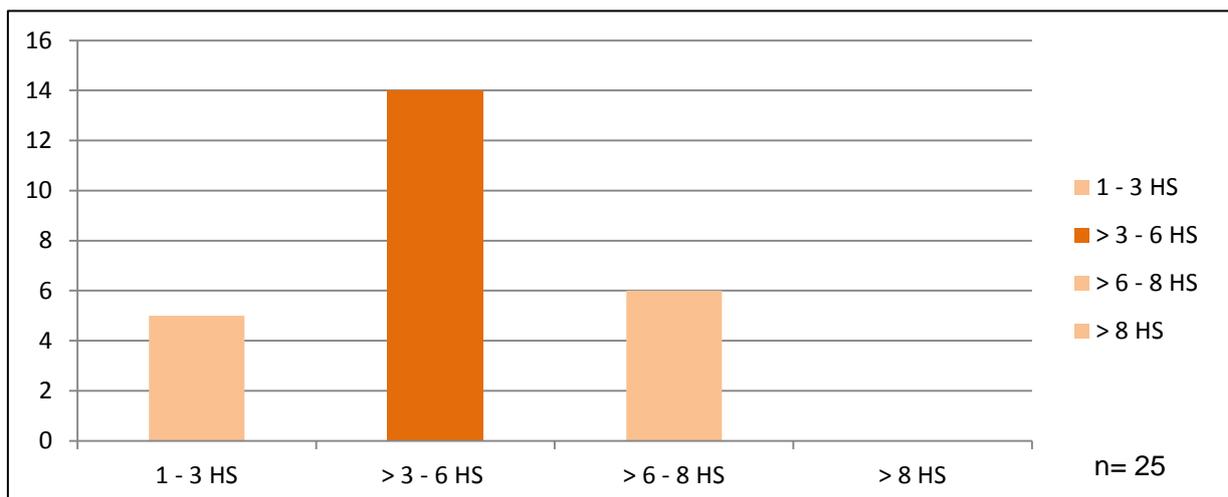
Gráfico N°37: Tiempo que demora en dormirse



Fuente: Elaboración propia

Al observar el gráfico anterior, se puede concluir que la mayor parte de los encuestados tarda más de 45 a 60 minutos en dormirse, siendo una cantidad de tiempo considerablemente alta.

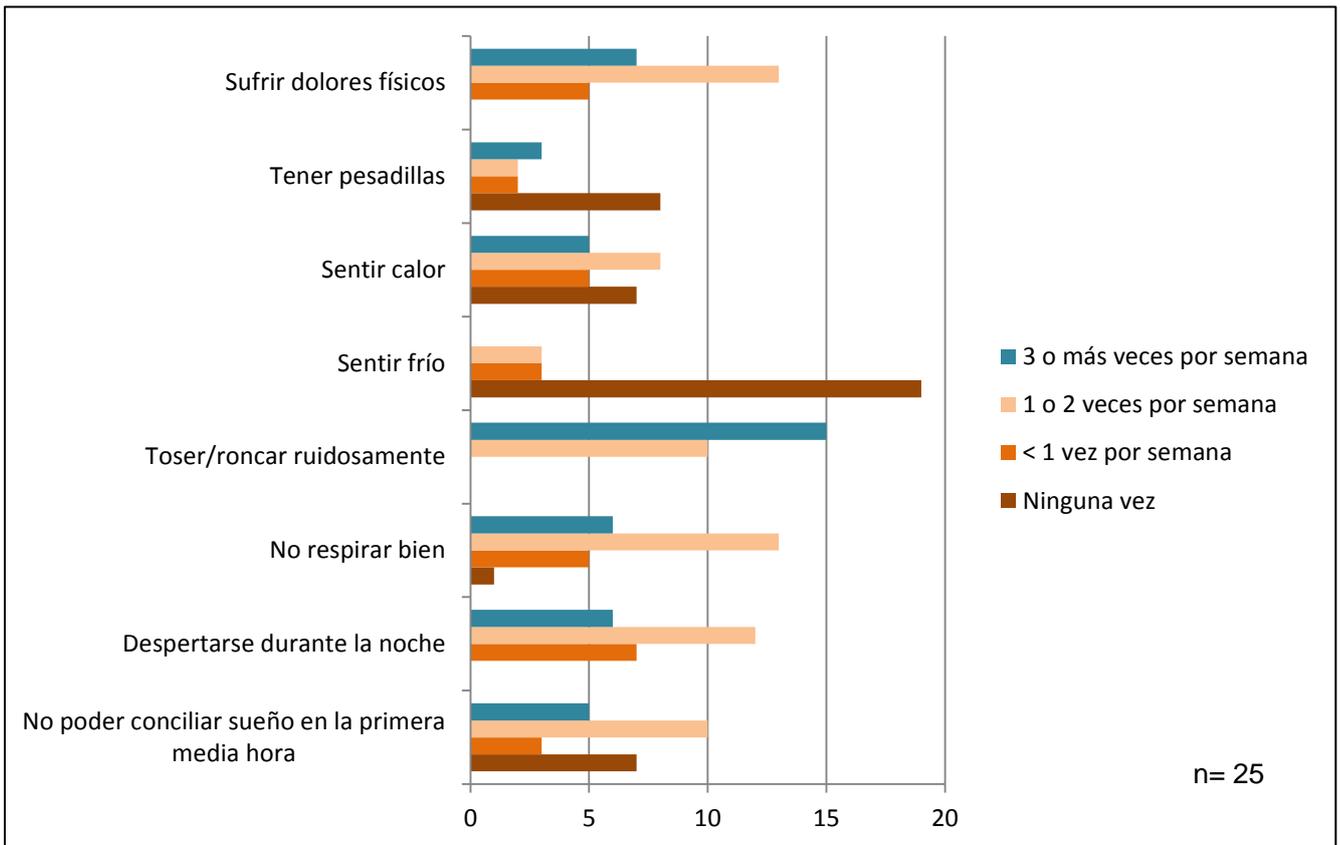
Gráfico N°38: Distribución promedio horas de sueño



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al gráfico anterior, se puede observar que la muestra encuestada en su mayoría suele dormir entre 3 y 6 horas por noche durante el último mes.

Gráfico N°39: Problemas para dormir por distintas causas



Fuente: Elaboración propia

Al partir del gráfico anterior, se puede determinar que los pacientes han tenido alteraciones del sueño durante la noche con distintas frecuencias de acuerdo a los motivos, generando una calidad del sueño deteriorada por despertares nocturnos y dificultad para mantener un descansar profundo.

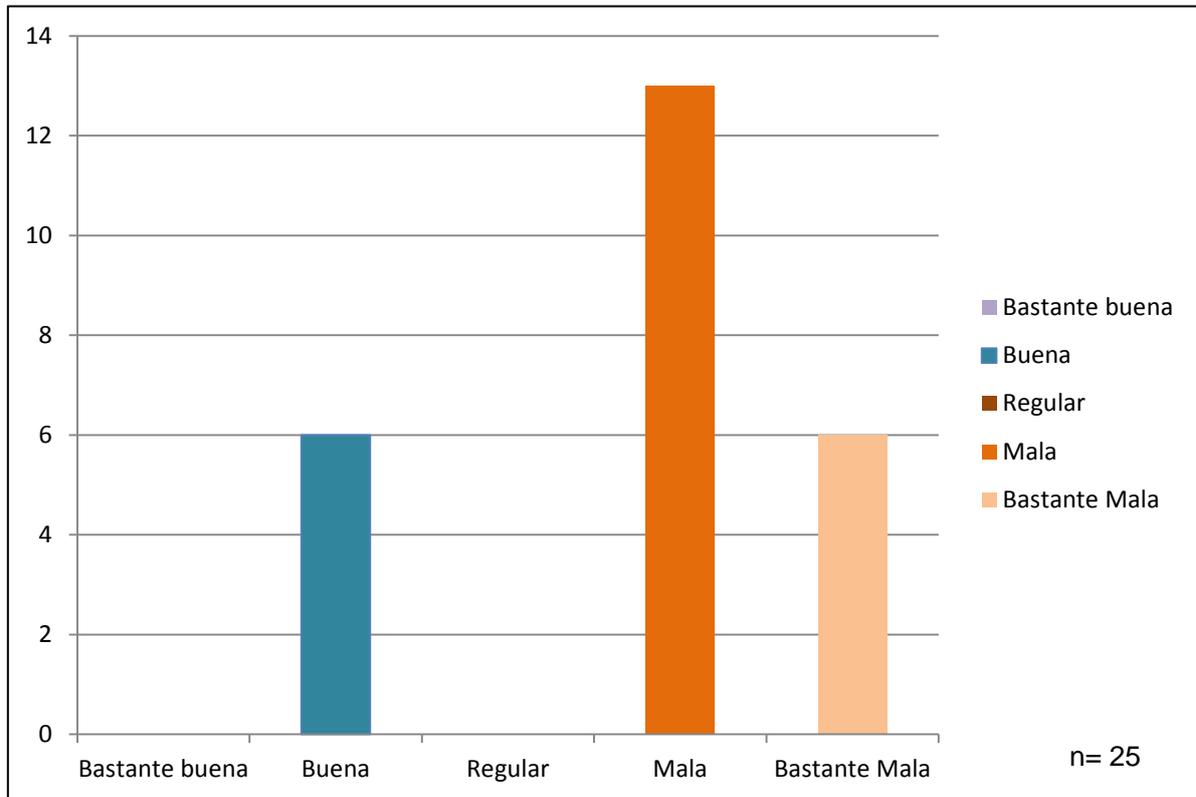
Un 52% de la muestra refiere sufrir dolores físicos intensos por lo menos 1 a 2 veces por semana y un 28% 3 o más veces por semana. A su vez, un 60% de los encuestados señala presentar repetidos despertares nocturnos e incomodidad a causa de tos o ronquidos ruidosos por lo menos 3 o más veces a la semana.

Por otra parte, más de la mitad de los pacientes seleccionados para la muestra (52%) refiere tener dificultades para respirar por lo menos 1 o 2 veces a la semana; mientras que un 24% 3 o más veces por semana.

Además, es importante mencionar que un 48% de los encuestados menciona despertarse durante la noche 1 o 2 veces por semana y un 28% 3 o más veces por semana, lo cual provocaría no poder tener un descanso continuo y profundo durante esas noches. A su vez, un 40% presenta dificultades para conciliar el sueño 1 o 2 veces a la semana y un 28% 3 o más veces por semana.

Con respecto a la presencia de frío y pesadillas, fueron las variables que mayor cantidad de respuestas por ninguna vez tuvieron. Esto evidencia que se podrían considerar como los motivos menos frecuentes que provocan alteraciones del sueño.

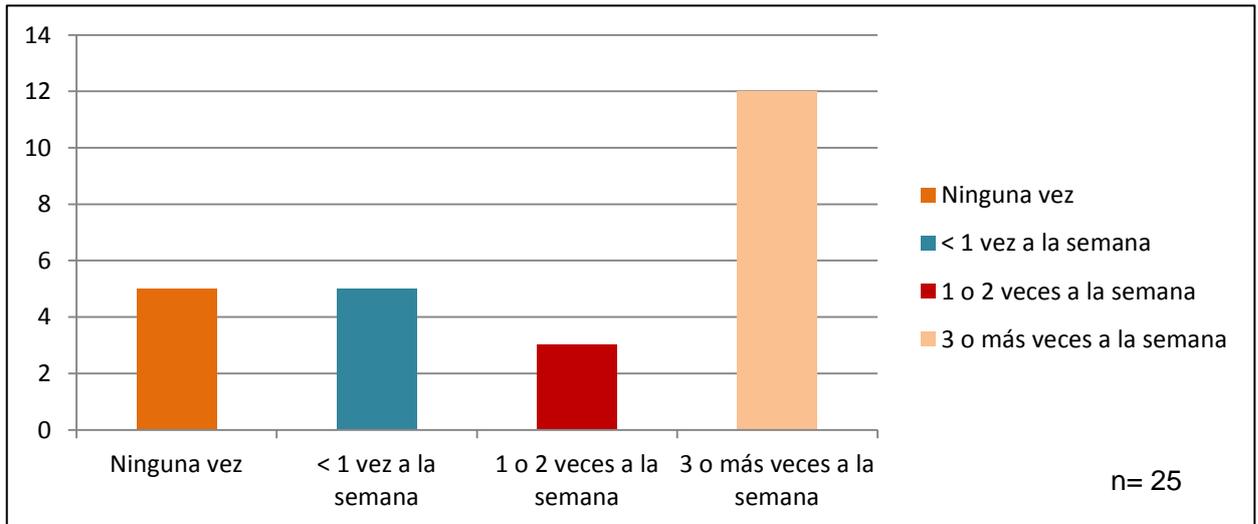
Gráfico N°40: Distribución de la valoración de la calidad de sueño



Fuente: Elaboración propia

La mayor parte de los encuestados valora la calidad de su sueño como mala, determinando que la cantidad de horas y la continuidad de su descanso no les resulta totalmente satisfactorio. En menor proporción las respuestas se dividen entre buena y bastante mala. Ningún participante definió como bastante buena o regular la calidad de su sueño.

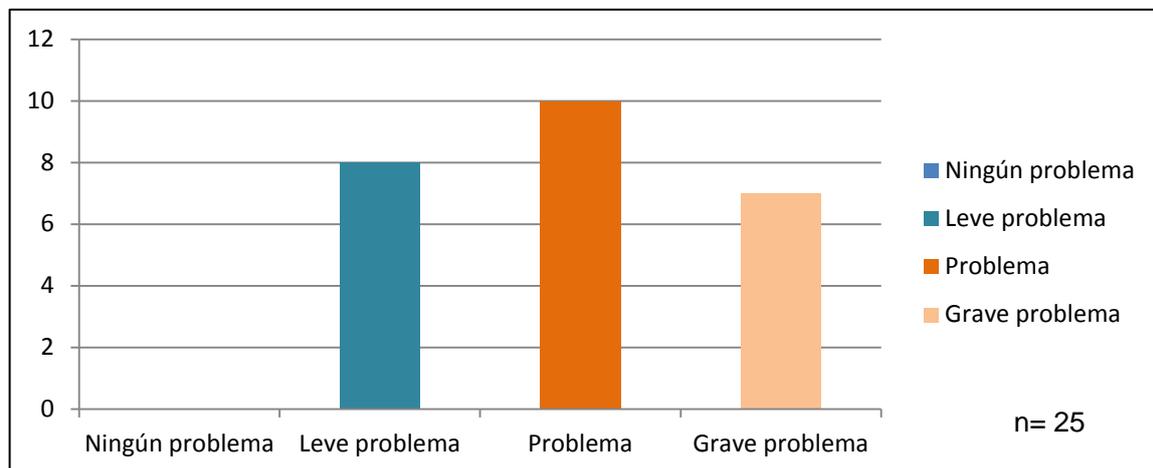
Gráfico N°41: Presencia de somnolencia diurna



Fuente: Elaboración propia

Se puede concluir al observar el gráfico anterior que la mayor parte de los participantes presenta somnolencia diurna durante actividades cotidianas por lo menos 3 o más veces a la semana, provocándoles una dificultad para llevar a cabo las mismas.

Gráfico N°42: Falta de ánimo para llevar a cabo actividades cotidianas



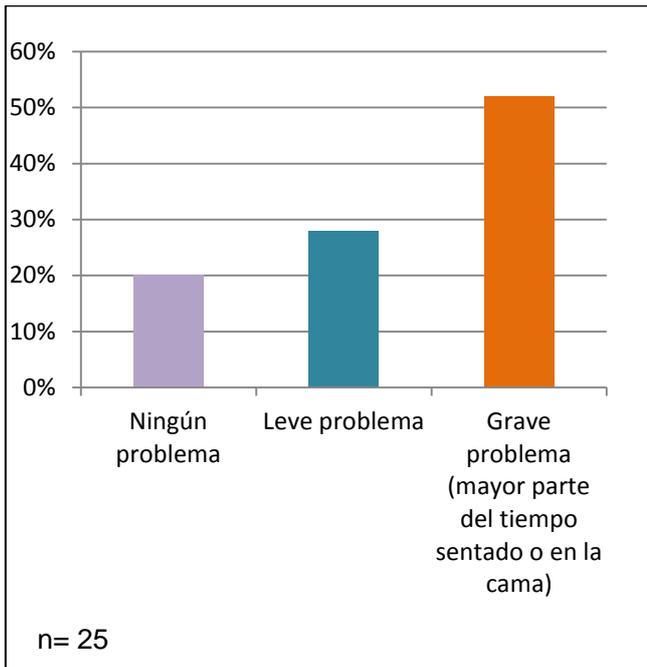
Fuente: Elaboración propia

La mayor parte de los encuestados considera que es un problema la falta de ánimo para llevar a cabo actividades cotidianas. En menor proporción lo consideraron grave problema y leve problema. Ningún participante de la muestra determinó que lo considerara como ningún problema.

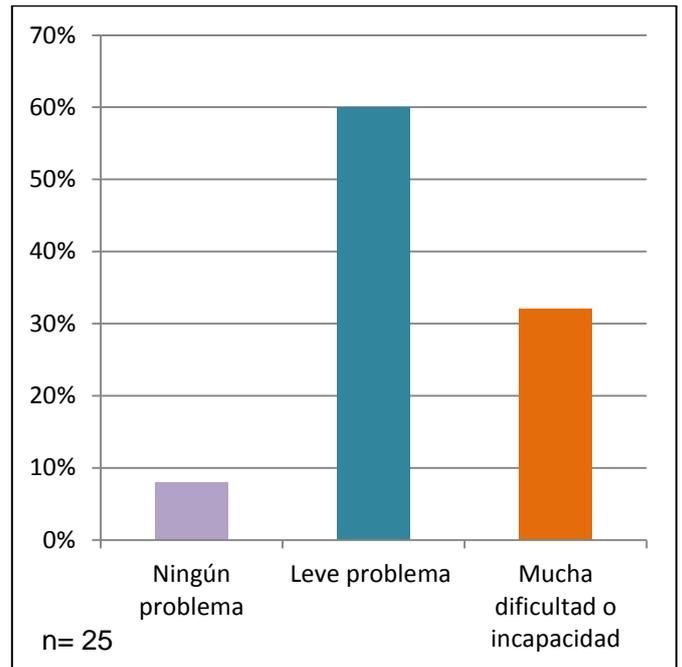
Finalmente, se presentan los gráficos que representan la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes de la encuesta de acuerdo a las diferentes áreas de evaluación.

Gráfico N°43: Percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

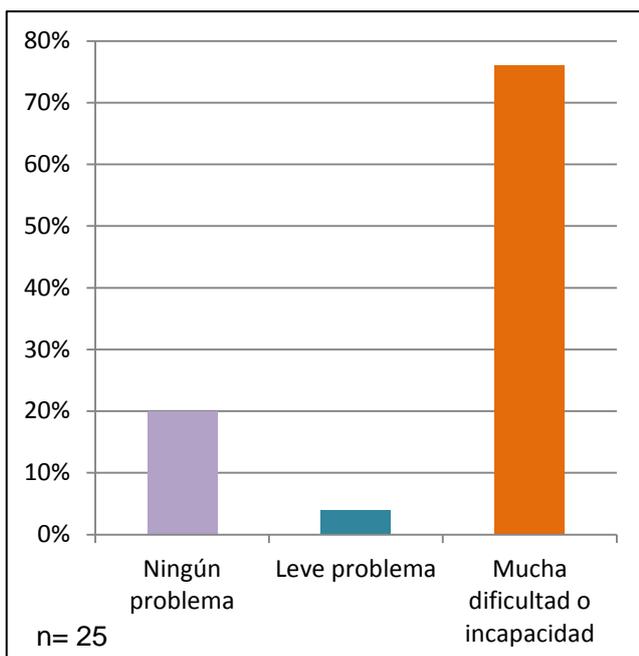
A: “Movilidad en medianas y grandes distancias



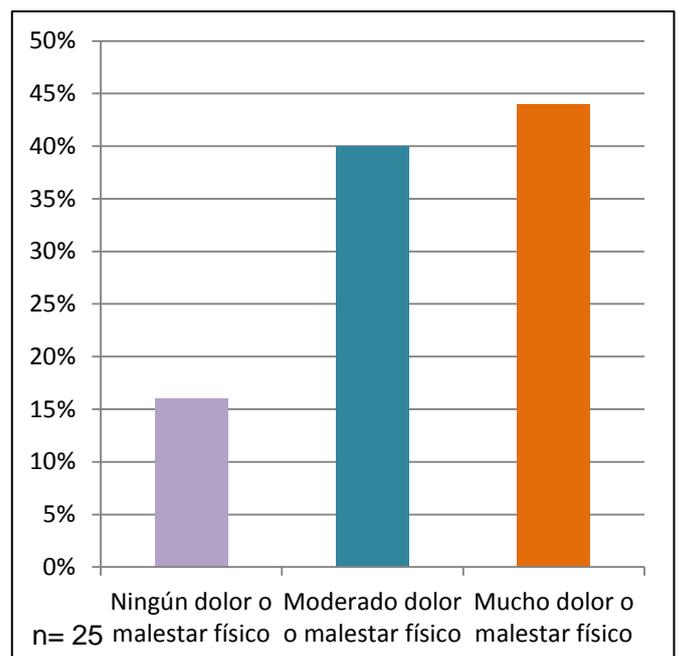
B: “Cuidado personal”



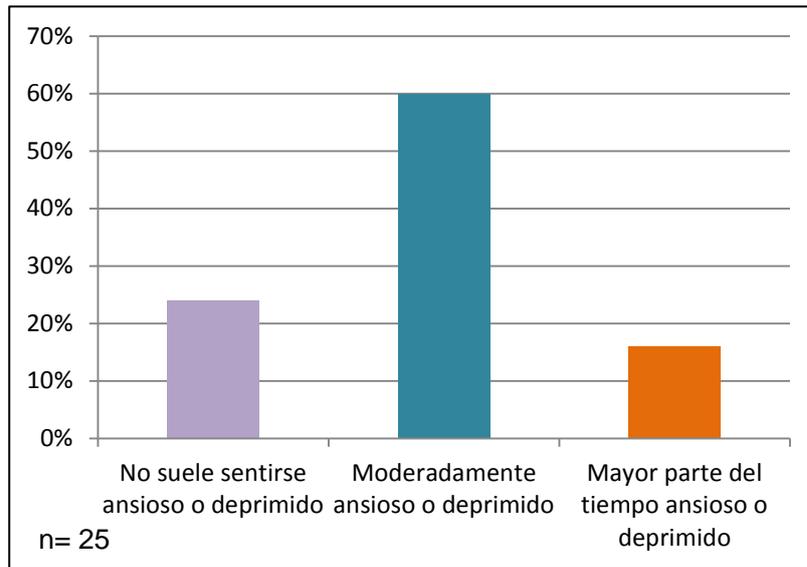
C: “Llevar a cabo actividades cotidianas”



D: “Dolor o malestar físico”



E: “Sentimiento de ansiedad y/o depresión”



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se procede a realizar un análisis minucioso acerca de los gráficos sobre la percepción de los pacientes acerca de la calidad de vida relacionada con la salud en distintas áreas: *“Movilidad en medianas y grandes distancias”*; *“Cuidado personal”*; *“Llevar a cabo actividades cotidianas”*; *“Dolor o malestar físico”*; *“Sentimiento de ansiedad y/o depresión”*.

Se puede observar en el gráfico A, que la mayor parte de los encuestados refiere tener graves problemas para movilizarse en medianas y grandes distancia generando que la mayor parte de su tiempo tengan que encontrarse sentados o en la cama.

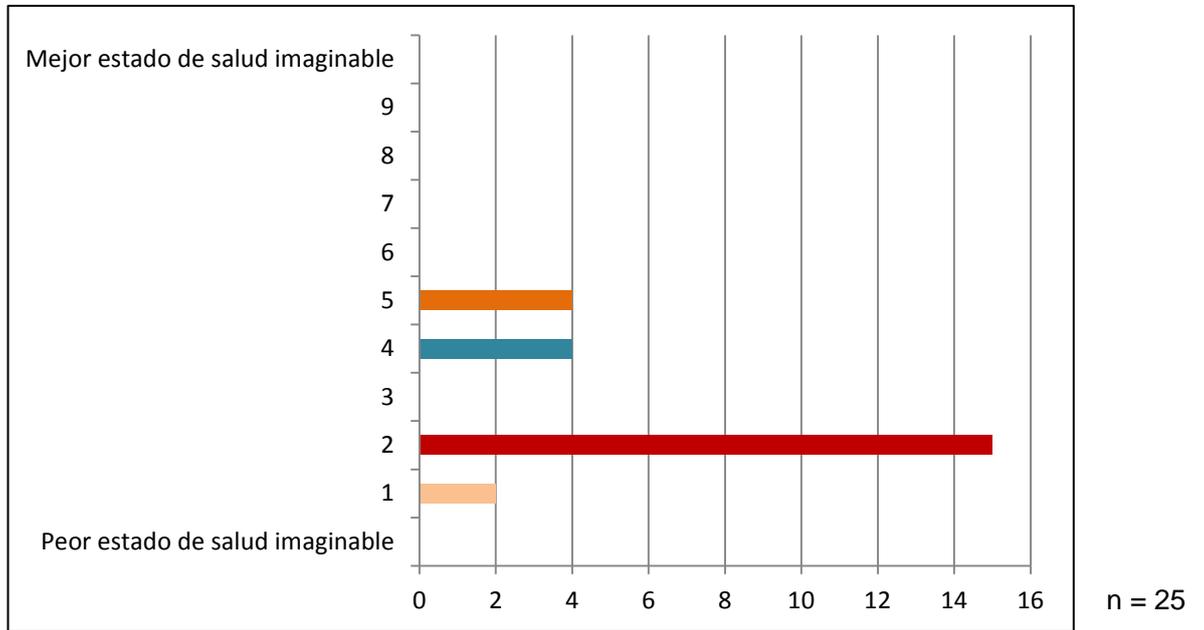
A su vez, en su gran mayoría los pacientes refieren presentar leves problemas para poder llevar a cabo su cuidado personal. El mismo incluye el aseo, la comida, la higiene y el aspecto personal. Esto provoca que se tenga una menor habilidad y autonomía personal.

Por otra parte, cabe destacar que los encuestados refieren presentar mucha dificultad o incapacidad para llevar a cabo algunas actividades cotidianas tales como trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares, actividades al aire libre, entre otras; imposibilitando llevar a cabo una vida social adecuada. A su vez, también los pacientes manifiestan presentar en general moderado o intenso malestar físico que interfiere en la realización de ciertas actividades.

Por último, con respecto al gráfico E, se puede observar que los participantes de la muestra suelen sentirse moderadamente ansiosos y/o deprimidos de acuerdo a la percepción de su salud y calidad de vida.

Finalmente, se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a la valoración del estado de salud propio de los encuestados.

Gráfico N°44: Escala de valoración del estado de salud propio



Fuente: Elaboración propia

La población objetivo en su mayoría evalúa con un 2 puntos su estado de salud, estando muy cercano al valor 0 que representa el peor estado de salud imaginable. Ningún participante valoró su estado de salud con un puntaje superior a 5.



CONCLUSIÓN



La obesidad es un problema de salud pública mundial que se ha ido incrementando al pasar de los años por el impacto que ha tenido la misma en la esperanza y calidad de vida. Es por este motivo, que durante la última década se ha despertado interés en el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) o salud percibida como un complemento importante de la valoración integral del paciente obeso.

En el presente trabajo respecto a la muestra poblacional de 25 pacientes con obesidad mórbida que padecen de reflujo gastroesofágico y concurren a una clínica privada de la ciudad de Mar del Plata, se observa la prevalencia del sexo femenino respecto al masculino.

En relación al rango etario muestra un amplio margen, abarcando desde los 18 a 54 años siendo esta última la edad máxima, teniendo el porcentaje más alto en la franja que abarca de 30 a 45 años.

Con respecto al estado nutricional el 100% de los pacientes padece de obesidad mórbida de acuerdo a su índice de masa corporal, siendo esta una característica excluyente para la selección en la muestra.

De acuerdo con los resultados obtenidos para la valoración de conductas alimentarias, cabe destacar que un 75% se encontraron en acuerdo con que comer sano les llevaría más tiempo que hacerlo de manera no sana.

Un 40% de la muestra se encuentra completamente de acuerdo con que uno de los mayores placeres en la vida es comer, y un 44% de la muestra coincide en encontrarse de acuerdo. Solo un porcentaje bajo (4%) se manifestó muy en desacuerdo.

Por otra parte, un 52% de los encuestados considera encontrarse de acuerdo con que llevar a cabo una alimentación saludable implicaría abandonar por completo sus comidas preferidas.

A su vez, cabe destacar que un 56% se encuentra de acuerdo en que las reuniones sociales no son tan divertidas sin comida de por medio. Este resultado tiene relación con que además los encuestados coincidieran encontrarse de acuerdo con que las mismas deberían centrarse en la comida, con un 48% de las respuestas.

La mayor parte de los pacientes incluidos en la muestra se encuentran de acuerdo con la afirmación de que las calorías no cuentan si nadie está viendo, con un 48% de las respuestas.

Un 44% del total de la muestra se encuentra de acuerdo con que si come algo que no debería o trasgrede la dieta debería sentirse culpable.



Para finalizar, 44% de los encuestados se encuentra de acuerdo con la existencia de ciertos alimentos que no generan aumento de peso al consumirlos, sin importar la cantidad.

En base a los resultados expresados anteriormente, se puede observar que la mayor parte de los pacientes que conformaron la muestra posee creencias irracionales con respecto a los alimentos, provocándoles desviaciones de la conducta alimentaria.

Por otra parte, al establecer la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos se obtienen conclusiones al respecto del grupo de leche y yogur, para el cual la mayoría no alcanza las recomendaciones mínimas establecidas por las GAPA. La gran mayoría opta por las opciones descremadas.

En cuanto al queso, un 88% de los participantes de la encuesta superan la ingesta diaria de consumo superando la misma por 25,19 gramos al día.

Al evaluar el consumo de carnes y huevos, se desprende que casi la totalidad de los pacientes superan ampliamente las recomendaciones. A pesar de esto, se debe mencionar que el consumo de pescado promedio por día es de 12,36 gramos siendo un valor significativamente bajo.

Si bien el 100% de la población bajo estudio ingiere vegetales A y B, resulta llamativo que ningún participante alcanza la recomendación de las GAPA. A su vez, esto sucede también con la recomendación diaria de frutas, encontrándose el 100% de la muestra por debajo de la misma.

El consumo de feculentos cocidos y pan se encuentra en el 100% de los participantes, superando en una gran parte la recomendación diaria. Al analizar por separado las legumbres, casi ningún encuestado la incorpora a su alimentación, lo cual resulta inconveniente ya que combinar cereales y legumbres algunas comidas es recomendado por las Guías Alimentarias para reducir la frecuencia de consumo de carnes rojas.

Con respecto al grupo de aceites, frutos secos y semillas, un 72% de la población bajo estudio no alcanza la recomendación diaria. Cabe destacar que la mayor parte de la misma no incluye frutos secos y semillas en su alimentación.

Finalmente, es importante mencionar que un 20% de la muestra se adecúa a las recomendaciones de dos litros de agua segura por día. Lo cual se encuentra relacionado con un elevado consumo de gaseosas y aguas saborizadas dentro del grupo de alimentos de consumo opcional.

Con respecto a los resultados obtenidos de las alteraciones del sueño en los pacientes encuestados, la mayor parte de los mismos evalúa su calidad de sueño como mala determinando que la cantidad de horas y la continuidad de su descanso no les resulta satisfactorio.



En relación a lo mencionado, una gran proporción de la muestra presenta somnolencia diurna durante actividades cotidianas por lo menos 3 o más veces a la semana; y falta de ánimo para llevar a cabo las mismas.

Finalmente, y en relación al análisis llevado a cabo con los resultados de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes, la mayoría refiere presentar mucha dificultad o incapacidad para llevar a cabo ciertas actividades debido a que realizarlas les desencadena moderado a intenso malestar físico.

La mayor parte de los encuestados manifiesta sentirse ansiosos y/o deprimidos de acuerdo a la percepción de su salud y calidad de vida.

De esta información brindada se observa la importancia del trabajo interdisciplinario 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 ésta enfermedad crónica y multifactorial que presenta recaídas constantes ya que el paciente debe tratarse de por vida.

Para concluir, se puede mencionar que la investigación arrojó resultados interesantes en cuanto a las creencias erróneas acerca de la alimentación que suelen formarse a partir de concepciones sociales y familiares; además de la no concordancia de la alimentación llevada a cabo por la población de estudio con respecto a las recomendaciones brindadas por las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Esto es importante en el papel del nutricionista, ya que forma parte de sus incumbencias educar a la población sobre alimentos que aportan o podrían aportar beneficios para la salud, erradicar posibles mitos o creencias erróneas sobre la alimentación y los alimentos, y destacar la importancia de realizar una alimentación equilibrada y completa siempre teniendo en cuenta los gustos y preferencias de los pacientes.

Se pueden considerar como posibles interrogantes y futuros temas de investigación:

- Realizar la investigación en una muestra de mayor tamaño para poder analizar resultados más representativos para la población
- Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes luego de la realización del bypass gástrico y acompañamiento terapéutico nutricional para poder determinar si existe una mejora en la misma
- Investigar de manera comparativa la calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo al sexo, determinando si existen diferencias significativas en relación a esta variable



- Diseñar nuevos mensajes e imágenes adecuados para la interpretación y utilización por parte de la población de estudio para la realización de educación alimentaria



BIBLIOGRAFIA



Alcaraz García, A.M., Ferrer Márquez, M., & Parrón Carreño, T. (2015). Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras la cirugía bariátrica a mediano y largo plazo. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), pp. 2033-2046.

Alvarado Sánchez, A. M., Guzmán Benavides, E., & González Ramírez, M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10(2).

Arboledas, G. P., & Roselló, A. L. (2007). El sueño en el obeso. Importancia del cribado clínico. *Acta Pediátrica Española*, 65(2), pp. 74-78.

Ayala, A. E. G. (2007). Enfermedad por reflujo gastroesofágico: clínica y tratamiento. *Farmacia profesional*, 21(7), 39-43.

Barajas Gutiérrez M.A, Robledo Martín E., Tomás García N., Sanz Cuesta T., García Martín P. & Cerrada Somolinos, I. (1998). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un Centro de Atención Primaria. *Revista Española Salud Pública*.

Bernal-Reyes R., (2013). Impacto de la obesidad en el aparato digestivo. *Revista mexicana de Investigación en Ciencias de la Salud*, 8(1)

Bernal-Reyes R., López A. M., & Bernal-Serrano M. (2013). Prevalencia de síntomas gastrointestinales en personas con sobrepeso y obesidad. Estudio epidemiológico en una población mexicana. *Revista de Gastroenterología de México*, 78(1), 28-34.

Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 35(4), pp. 537-546.

Basilio Moreno, E., Álvarez Hernández, J. & Monereo Megías, S., (2000). Obesidad: la epidemia del siglo XXI. Editorial: Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid.

Bravo Del Toro, A., Espinosa Rodríguez, T., Mancilla Arroyo, L. N., & Tello Recillas, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 16(1).

Bruzos Calvo S. C., Gómez. C.C., Escudero Álvarez E., & Riobó Serván P. (2012). *Patologías nutricionales en el siglo XXI: un problema de salud pública*. Editorial UNED.

Cameron, A. J., Magliano, D. J., Dunstan, D. W., Zimmet, P. Z., Hesketh, K., Peeters, A., & Shaw, J. E. (2012). A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal AusDiab study. *International journal of obesity*, 36(2), pp. 295.



Castillo R.G, (2009). Alimentación y salud: debate crítico. *Perspectivas en Nutrición humana*, 11(1), pp. 73-90.

Carmenate Moreno M. M., Marrodán Serrano M.D., Mesa Saturnino M. S., González Montero de Espinosa M. & Alba Díaz J. A, (2007). Obesidad y circunferencia de cintura en adolescentes.

Gutiérrez, S. A. G. (2001). Alteraciones musculoesqueléticas y obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 86-90.

Carrasco F. N., & Galgani J. F. (2012). Etiopatogenia de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 129-135.

Castillo R. Z., & MateosSanta Cruz N. (2004). ¿Cuáles son las complicaciones médicas de la obesidad? Cuadros y algoritmos. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4 Supl 3), S109-S113.

Chiprut, R., Castellanos Urdaibay, A., Sánchez Hernández, C., Martínez García, D., Elena Cortez, M. & Ovadía, P. D. C. (2001). La obesidad en el Siglo XXI. *Gac Med Mex*, 137(4).

Díez, E. F., & Tugas, M. G. (2003). El problema del insomnio. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(2), pp. 86-96.

Domínguez-Vásquez, P, Olivares, S, & Santos, JL. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3), pp. 249-255.

Escobar, C., González Guerra, E., Velasco-Ramos, M., Salgado-Delgado, R., & Angeles-Castellanos, M. (2013). La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(2), pp. 133-142.

Ferrante D., Linetzky B., Konfino J., King A., Virgolini M., & Laspiur S. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Rev Argent Salud Pública*, 2(6), pp. 34-41.

Falcón, A.I., Arias, P.E., & Miranda, E.M. (2018). Valoración de los estilos de vida saludable en pacientes obesos que acuden a un hospital de referencia. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 16(1), pp. 45-53

Forga L., Petrina E., & Barbería J. J. (2002). Complicaciones de la obesidad Complications of obesity. In *ANALES Sis San Navarra*, 25(1).

Giovanni Spaventa Ibarrola, (2013). ERGE y Obesidad. Cirugía general. Vol. 35 Suplemento 1



Miró, E., Lozano, M. D. C. C., & Casal, G. B. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, 14(1), pp.11-27.

Gómez Barrado, J. J., Martín- Castellanos, Á., Cabañas Armesilla, M. D., Barca Durán, F. J., & Martín Castellanos, P. (2017). Obesidad y riesgo de infarto de miocardio en una muestra de varones europeos: el índice cintura-cadera sesga el riesgo real de la obesidad abdominal. *Nutrición Hospitalaria*, 34(1), 88-95.

González, L. I., Giraldo, N. A., Estrada, A., Muñoz, A. L., Mesa, E., & Herrera, C. M. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Revista chilena de nutrición*, 34(1), pp. 46-54.

González-Solanellas, M., Romagosa Pérez-Portabella, A., Zabaleta-del-Olmo, E., Grau-Carod, M., Casellas-Montagut, C., Lancho-Lancho, S., Moreno-Feliu, R., & Pérez-Portabella, M. C. (2011). Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en población adulta atendida en atención primaria. *Nutrición hospitalaria*, 26(2), 337-344.

Goveantes Bacallao, Y., Ortiz Ríos, R., Manes Ugarte, L., Rosabal Piña, F., Caravajal Zapata, Y., & Pérez Fleitas, K. (2018). Health related quality of life in patients with obesity. *Revista cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 10(1), pp. 48-60.

Gutiérrez, S. A. G. (2001). Alteraciones musculoesqueléticas y obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), pp. 86-90.

Guzmán S. M. E, Castillo Arreola A., & García Meraz M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad.

Ibarrola, A. G. S. (2013). ERGE y obesidad. *Cirujano General*, 35(S1), pp. 57-59.

Keller, K., Rodríguez López, S., & Carmenate Moreno, M. (2015). *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 35(1), pp. 8-15.

López Jiménez F., & Cortés Bergoderi M. (2011). Obesidad y corazón. *Revista española de cardiología*, 64(2), pp. 140-149.

Lozano M. J. L., & Gonzales A. S. (2010). Actualización en obesidad. *Cad Aten Primaria*, 17, pp. 101-107.

Martinez J. A., Moreno-Aliaga M. J., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2002). Causas de obesidad. *ANALES Sis San Navarra*, 25(1), pp.17-27

Medina, F. X., Aguilar, A., & Solé-Sedeño, J. M. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 34(1), pp. 67-71.



Méndez, J. P., Vázquez-Velazquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del hospital infantil de México*, 65(6), 579-592.

Mercado Aravena, M. (2016). Calidad de vida en personas obesas. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología*, 4(11).

Mockus S, Ismena V. (2007). Obesidad y peso al nacer. *Revista de la Facultad de Medicina*, 55(1), 1-3.

Mody R., Bolge S. C., Kannan, H., & Fass, R. (2010). Efectos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico sobre el sueño. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2(1)

Morales Contreras, N.N. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud y su asociación con actividad física y exceso de peso en adolescentes de la Institución Educativa "Niño Jesús de Praga de Ibagué-Tolima. *Revista Ideales*, 7(1).

Moreiras, G. V., Ávila, J. M., & Ruiz, E. (2015). Balance energético, un nuevo paradigma y aspectos metodológicos: estudio ANIBES en España. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 21(Supl 1), pp. 99-111.

Monereo Megías, S., Pavón de Paz, I., Molina Baena, B., Vega Piñero, B., Alameda Hernando, C., & López de la Torre Casares, M. (2000). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad. *Endocrinología Nutrición*, 47(3), pp. 81-8.

Moreno González M.I. (2010). Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Revista chilena de cardiología*, 29(1), pp. 85-87

Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.

Muñoz, P., Quintana, J. M., Las Hayas, C., Aguirre, U., Padierna, A., & González-Torres, M. A. (2009). Assessment of the impact of eating disorders on quality of life using the disease-specific, Health-Related Quality of Life for Eating Disorders (HeRQoLED) questionnaire. *Quality of Life Research*, 18(9), 1137.

Peralta Torres N. M., Trujillo Benavides O. E., Paredes Cruz E., Méndez del Monte R., & de Jesús Baltazar Montúfar P. (2007). Obesidad, síntomas de reflujo gastroesofágico y hallazgos endoscópicos en un hospital de referencia. *Revista de Gastroenterología de México*, 72(3), pp. 214-221.

Planell, L. S., & Fernández-Valdés, R. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Form Contin Nutr Obes*, 5(6), 314-324.



Poves Prim, I., Macías, G. J., Cabrera Fraga, M., Situ, L., & Ballesta López, C..(2005). Quality of life in morbid obesity. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97(3), pp. 187-195.

Prospective Studies Collaboration. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, 373(9669), pp.1083-1096.

Quintana, E. V., & Garro, N. La obesidad abdominal es un importante factor de riesgo cardiovascular, Abdominal obesity is a risk factor in cardiovascular. *Medicina Residentes*, 7.

Ratner, R., Hernández, P., Martel, J., & Atalah, E. (2012). Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. *Revista médica de Chile*, 140(12), pp.1571-1579.

Reséndiz Barragán, A. M., Hernández Altamirano, S. V., Sierra Murguía, M. A., & Torres Tamayo, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), pp. 672-681.

Salazar-Estrada, J. G., Martínez Moreno, A. G., Torres López, T. M., Beltrán, C. A., & López-Espinoza, A. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en trabajadores de manufacturas en Jalisco, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 66(1), pp. 043-051.

Salis, G. (2012). Enfermedad por reflujo gastroesofágico: Espectro clínico, diagnóstico y estrategias terapéuticas. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 42(1)

Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: Ciencia y Enfermería IX 2003;(2):9-21.

Serfaty, M., Masautis, A., & Foglia, V. L. (2004). Epidemiología de trastornos del sueño. *Acta Psiquiátrica Psicología América Latina*, 50(1), pp. 59-66

Sociedad Española para el Estudio De Obesidad (SEEDO)

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), pp. 358-365.

Urzúa, A., Oda-Montecinos, C., & Moreno, A. G. M. Calidad de vida, nutrición y conductas alimentarias.

Vela Bueno A., Olavarrieta Bernardino S., Fernández Mendoza J., (2007). Sueño y estrés: relación con la obesidad y el síndrome metabólico. *Revista española de Obesidad*, 5 (2), pp. 77-90.



Velásquez, V. V., & Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), pp. 91-96.

Vizmanos, B., Hunot Alexander, C., & Capdevila, F. (2006). Alimentación y obesidad. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 8(2), pp. 79-85

Zárate A., Basurto Acevedo L., & Saucedo García R. P. (2001). La obesidad: conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. *Rev Fac Med UNAM*, 44(2), pp. 66-70.

Zugasti Murillo A., & Moreno, E., (2005). Obesidad como factor de riesgo cardiovascular. *Hipertensión y riesgo vascular*, 22(1), pp. 32-36

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR¹

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 cederle 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 _____
Tipo y Nº de Documento _____
Teléfono/s _____
E-mail _____
Título obtenido _____

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa ____ / ____ /20 ____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons
(recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar
<http://creativecommons.org/choose/>)



Este 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"

¹ 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.

Firma del Autor Lugar y Fecha