

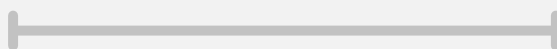
Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Clara Judith Arjona

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL,
PATRONES ALIMENTARIOS Y ESTADO
NUTRICIONAL EN MUJERES EN PERÍODO
MENOPÁUSICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA
DE BUENOS AIRES**

2019

Tutora: Lic. Celeste Concilio



Citar como: Arjona CJ. Percepción de la imagen corporal, patrones alimentarios y estado nutricional en mujeres en período menopáusico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2020

Percepción de la imagen corporal, patrones alimentarios y estado nutricional en mujeres en período de menopausia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Autor: Arjona CJ. Mail: arjonacla88@gmail.com

Institución: Universidad Isalud

RESUMEN

Introducción: La creciente preocupación y/o insatisfacción del peso y la imagen corporal es un fenómeno cada vez más transversal al género, edad y nivel socioeconómico. El estado nutricional deteriorado ya sea por un exceso o déficit calórico es un factor de riesgo muy importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

Objetivo: Describir la imagen corporal, la alimentación y el estado nutricional en mujeres menopáusicas que se encuentran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se analizaron las encuestas de 52 mujeres administradas por personal capacitado, que incluyó el estudio con registros antropométricos. Se realizaron mediciones de peso, se utilizó la talla y preguntas acerca de la alimentación habitual de las participantes. Muestreo: no probabilístico por conveniencia. Análisis de datos: Microsoft Office Excel.

Resultados: Con respecto al estado nutricional actual, las mujeres se encontraron mucho mejor en relación a la autopercepción de la imagen corporal. La frecuencia de consumo diario de comidas fue adecuada, sin embargo, se observó que un 52,8% suprime la merienda y la cena, no alcanzando a cubrir el total de las comidas principales. El consumo de lácteos fue de consumo diario para toda la población, no obstante, el consumo de quesos fue el de mayor predominancia. En cuanto a las frutas y verduras, en promedio se consume una porción de fruta por día y dos porciones de verduras, pero también hay un alto porcentaje de aquellas que no consumen nada a diario. El consumo de carnes fue de consumo diario en el total de la muestra.

Conclusiones: La mayoría de las mujeres menopáusicas no se percibe según su estado nutricional. Sin embargo, un 17% percibe de forma correcta su estado nutricional. Según, la ingesta diaria de las comidas principales no fue cubierta de forma adecuada y se comprende que hay poco conocimiento sobre alimentación saludable en las mismas.

Palabras claves: menopausia; estado nutricional; imagen corporal; patrones alimentarios.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	6
Edad de la menopausia.....	7
Calidad de vida y menopausia.....	11
Imagen corporal.....	12
Patrones Alimentarios.....	13
Valoración del estado nutricional.....	14
ESTADO DEL ARTE.....	16
PROBLEMA.....	21
OBJETIVO GENERAL.....	22
Objetivos específicos.....	22
METODOLOGÍA.....	23
Tipo de estudio.....	23
Población y muestra.....	23
Criterios de inclusión y exclusión.....	23
Variables.....	24
RESULTADOS OBTENIDOS.....	28
CONSLUSIÓN.....	38
REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	43

INTRODUCCIÓN

En el transcurso de la vida de una mujer ocurren distintas etapas dentro de su sexualidad, etapas como la menarquía, la primera relación sexual, el embarazo, el parto, la menopausia y el climaterio, todas estas etapas son vividas de acuerdo a los factores que los rodean, en especial la menopausia que se vive de acuerdo a los factores hereditarios, dietas, estilo de vida, medio social y actitudes culturales.

El climaterio es una etapa de transición en la vida de la mujer, que se caracteriza por cambios físicos, psicológicos y sociales. Comprende el período durante el cual la mujer pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva, caracterizada por la disminución de la función ovárica, seguida por una serie de ajustes endocrinos que se manifiesta de manera sucesiva por alteraciones menstruales, esterilidad y suspensión de la menstruación (1).

Dentro del climaterio se distinguen tres etapas, estas son la peri-menopausia, que es el año que sigue al último período, la fase anterior a la menopausia, donde empiezan a presentarse los síntomas del climaterio, entre ellos alteraciones endocrinológicas, biológicas y clínicas. La menopausia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el cese definitivo de los ciclos menstruales determinado retrospectivamente luego de 12 meses consecutivos de amenorrea. La edad de aparición de la misma es variable, se acepta que puede ocurrir entre los 45 y 55 años, como promedio 48 años. Por debajo de los 40 años se considera temprana y por encima de los 52 tardía, y la post-menopausia es la fase posterior a la menopausia, a partir de un año que han cesado los sangrados, esta se extiende hasta la tercera edad (1,2).

En esta etapa de la vida se producen modificaciones que limitan la calidad de vida y la expectativa de vida de la mujer, muchas veces relacionado con el proceso de envejecimiento en general, y con el fallo ovárico en particular, entre ellas, puede ser la disminución de la masa ósea, la aterosclerosis, la obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, y diferentes tipos de cáncer. Como también alteraciones psicológicas, como el estrés crónico, que tiende a alterar la conducta alimentaria, modificando la preferencia por determinado tipo de alimentos, específicamente aquellos de alta densidad energética y baja densidad de nutrientes, contribuyendo al desarrollo del sobrepeso y obesidad.

El aumento de peso asociado a la menopausia y al envejecimiento puede manifestar una alteración en la imagen corporal, causando un impacto en la autoestima debido a los

cambios corporales, no sólo físicos sino también psicológicos, influyendo en los cambios emocionales como la depresión, decaimiento, cansancio, cambios en el estado de ánimo. Por lo tanto, estos temores conducen a la posibilidad de un aumento de peso (3).

En relación a las caracterizaciones que las mujeres refieren en la menopausia, también aparece el tema de la imagen corporal, íntimamente relacionado con el envejecimiento. El cuerpo adquiere una dimensión simbólica cargada de respuestas y significaciones culturales en torno a sus cambios, transiciones y transformaciones biológicas. Es decir, el cuerpo no es sólo natural, sino que siempre es una construcción social y cultural. Así mismo, esta etapa puede llegar a convertirse en una situación patológica, ya que en algunos estudios demuestran que la transición menopáusica se relaciona a una mayor probabilidad de padecer trastorno por atracones y trastorno de la conducta alimentaria (TCA), asociándose a una insatisfacción e imagen corporal negativa (4,5).

Desde el punto de vista nutricional, la menopausia es una etapa vulnerable. Uno de los motivos, es que el gasto energético disminuye, mientras que las necesidades de algunos nutrientes, como el calcio, se ven aumentados. La marcada desmineralización ósea, que se produce en esta etapa está muy condicionada por la ingesta de calcio y vitamina D (6).

Como sabemos, la vitamina D tiene un papel importante en el metabolismo del calcio, por lo que el aporte adecuado, ya sea a través de la dieta o síntesis cutánea en respuesta de la luz solar, es esencial para la salud durante toda la vida. Una deficiencia grave de vitamina D conduce al desarrollo de la osteoporosis en mujeres post-menopáusicas, por lo que es considerada actualmente como un importante problema de salud pública. Esta deficiencia podría tener consecuencias fundamentales no sólo para la salud ósea, sino para el aumento de enfermedades autoinmunes, infecciosas y cardiovasculares.

Se ha demostrado que, en diferentes grupos de poblaciones, la dieta resulta importante en la prevención de las mencionadas complicaciones. En este sentido, se puede afirmar que el fomento de una alimentación sana y equilibrada durante toda la vida es la mejor prevención posible, así como también constituye un tratamiento eficaz en el momento de la menopausia (7).

A partir de la problemática expuesta anteriormente, el objetivo del presente trabajo es conocer cómo son los patrones alimentarios, estado nutricional y la percepción de la imagen corporal de las mujeres en período de menopausia pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MARCO TEÓRICO

MENOPAUSIA

La menopausia es una etapa de la vida entre la madurez y la senectud, que va de los 45 a los 55 años, acompañado de una declinación de la función ovárica, el fin de la etapa reproductiva, conocido como el último sangrado menstrual.

El climaterio es, por lo tanto, un período de transición que se extiende de la etapa reproductiva hasta la no reproductiva, proviene del griego climater, que significa peldaños o escalones, y se manifiesta un año antes aproximadamente, cuando inician cambios hormonales y síntomas, hasta un año después de la menopausia (1).

Se denomina menopausia al estado fisiológico de la mujer, como parte del proceso natural del envejecimiento, caracterizado por la desaparición definitiva de la menstruación por un período aproximado de 12 meses, producto del fallo de la función ovárica. Según la OMS, se suele instaurar entre los 45 y 55 años. Lo que da lugar a la desaparición del sangrado menstrual junto a la aparición de un conjunto de modificaciones fisiológicas que afectan fundamentalmente al aparato urogenital, sistema cardiovascular, óseo y tejido adiposo. Afecta a todas las mujeres como parte del proceso natural de envejecimiento. La edad media de aparición de la menopausia, en el mundo es de 50 años, aunque existen grandes diferencias entre los países industrializados y los países en desarrollo que suele aparecer más temprano, a los 48 años (1, 2).

En esta etapa de la vida se ven afectadas las hormonas que son producidas por los ovarios (estrógeno, progesterona, andrógenos). La disminución de la producción de estrógenos trae como consecuencia la aparición de una serie de fenómenos que provocan modificaciones en la composición corporal, trastornos menstruales, vasomotores, metabólicos y psicológicos, que constituyen a la aparición de síntomas del climaterio, estos varían en intensidad, duración y características de una mujer a otra y se acentúan cuando el cese de la función ovárica se presenta en forma brusca como en el caso de la menopausia post quirúrgica o radiológicas en mujeres jóvenes (1,3).

Dentro del período climatérico se distinguen algunas fases o etapas (1):

- ❖ Peri-menopausia, que incluye el período inmediatamente anterior a la menopausia cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas,

indican que se aproxima la menopausia, y como mínimo al primer año siguiente a la menopausia.

- ❖ Pre-menopausia, se suele utilizar de una forma muy ambigua, que refiere al año o a los dos años que preceden inmediatamente a la menopausia o para referirse a la totalidad del periodo fértil anterior a la menopausia.
- ❖ Post-menopausia, período que comienza a partir de la menopausia, si bien este período no se puede determinar hasta que se haya observado doce meses de amenorrea espontánea.

Según el motivo que ocurra la menopausia, se establece la siguiente clasificación:

- ❖ Menopausia natural o espontánea, cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario.
- ❖ Menopausia artificial, es aquella inducida por medios quirúrgicos, como la histerectomía total, extirpación de ambos ovarios, la radioterapia o la quimioterapia.

Edad de la Menopausia

El inicio de la declinación funcional ovárica es variable en cada mujer. A lo largo de la historia, la edad de la menopausia se ha ido alargando; en la edad media el promedio era de alrededor de los 40 años, en 1800 se incrementó a los 45 años y en la actualidad ronda los 50 años. Si consideramos que el climaterio comenzó en promedio de uno a cinco años antes, actualmente debemos considerar que entre los 45 y 50 años empiezan a verse síntomas de declinación hormonal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) establecieron los 50 años como edad promedio en la que ocurre la menopausia (1,8).

Sin embargo, es común considerar que existen otros términos que hacen referencia a la menopausia, según la edad de presentación (1):

- ❖ Menopausia precoz o prematura: es cuando aparece antes de los 40 años, en promedio se observa en 1% de las mujeres.
- ❖ Menopausia temprana: de acuerdo a diferentes autores, ocurre entre los 40 y 45 o 47 años.
- ❖ Menopausia media: es cuando ocurre entre los 45 y 55 años.

- ❖ Menopausia tardía: aparece después de los 55 años.

En los últimos años, se ha considerado a la menopausia como un importante indicador de salud asociándose con causas específicas de morbilidad y mortalidad. Las mujeres con menopausia precoz, pueden responder a diversos factores tales como, déficit congénito en el número de folículos, enfermedades autoinmunes o virales, anomalías cromosómicas, extirpación quirúrgica de ambos ovarios. Es considerada una patología. Mientras que las mujeres que atraviesan la menopausia temprana, pueden llegar a presentar altas tasas de mortalidad asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles y osteoporosis con mayor índice de cáncer. Estos procesos intervienen en diversos fenómenos, como factores hereditarios, ambientales, alimenticios, partos previos, salud en general, cirugías, entre otros (9).

A continuación, se detallan una serie de modificaciones del organismo durante el climaterio, a corto, mediano y largo plazo, estos son (1):

Cambios hormonales:

La menopausia marca el fin de la edad fértil en la vida de la mujer. Ocurre como consecuencia de la declinación de la función ovárica y constituye un período de cambios fisiológicos que pueden acompañarse de signos, síntomas y complicaciones relacionadas con cambios en los niveles hormonales. Durante el climaterio, se produce un período de transición hormonal, donde hay cambios que involucran a los tres tipos de hormonas sexuales producidos por los ovarios, que son los estrógenos, progesterona y andrógenos. Todas estas hormonas, que normalmente en la vida media de la mujer se encuentran en equilibrio, comienzan a fluctuar en sus concentraciones los años previos a la menopausia. Este descenso en la producción de estrógenos, conlleva a desencadenar una serie de signos y síntomas que son variados, pueden incluso en algunas mujeres estar ausentes, se considera que aproximadamente un 10% de las mujeres carecen de síntomas o por lo menos son tan leves que no los refieren. Los síntomas característicos se encuentran englobados dentro del síndrome climatérico.

Síndrome Climatérico:

El síndrome climatérico agrupa una serie de signos y síntomas que aparecen durante el climaterio. Para algunas mujeres, estos cambios se traducen en síntomas soportables; sin embargo, para otras, afecta física y emocionalmente. Este impacto radica en la manera que se ve afectada también la calidad de vida de la mujer.

Los síntomas que sugiere el comienzo del climaterio van desde los sofocos, acompañados de calor, sudoración, enrojecimiento facial, hasta desordenes emocionales, como cambios en el estado de ánimo, depresión, insomnio, irritabilidad, ansiedad, concentración deficiente, pérdida de memoria, trastornos del deseo sexual, entre otros. La depresión y el insomnio son repercusiones de los llamados síntomas psíquicos del climaterio.

En un estudio realizado en Albacete, España. Se demostró que la mayoría de las mujeres de entre 45 y 55 años, manifiestan fluctuación o cambios emocionales. La finalización de la vida fértil es expresada, por algunas mujeres, como un sentimiento de pérdida total y una actitud pesimista; piensan que es el principio del fin.

Por lo antedicho, esta etapa de menopausia, *“enfrenta a la mujer en su reconocimiento como persona que ha envejecido (no que ha cumplido años), es como el detonante que despierta en la conciencia de la mujer su vulnerabilidad en todos los planos de su vida. Las manifestaciones psicológicas y emocionales a las que más se refieren es la depresión, estrés, decaimiento, cansancio, cambios de humor y de estado de ánimo”* (4).

Cambios corporales:

La grasa corporal presenta normalmente importantes variaciones cuantitativas y de distribución. Algunos de los factores que intervienen, son la edad y el sexo. Los cambios endocrinos, que sufre la mujer durante la transición menopáusica se asocian al aumento de grasa a nivel central, lo que favorece que esta localización se iguale en ambos sexos. Como mencionamos anteriormente, en la menopausia las hormonas sexuales se encuentran disminuidas, esto se traduce en la disminución de la lipoprotein-lipasa a la mitad, perdiéndose así la especificidad de la distribución de la grasa y también en una disminución de los niveles de leptina, que produce un aumento del apetito y reduce el gasto energético. Los cambios en la distribución de la grasa es un factor determinante del aumento del riesgo metabólico y cardiovascular. Otros cambios corporales que se producen con la edad son el descenso de la masa magra y las modificaciones en el peso y en la talla. En cuanto al peso, generalmente hay un aumento lento y progresivo. Mientras que, con respecto a la talla, se

produce una disminución que ocurre como consecuencia del envejecimiento y de la descalcificación ósea, que causa el aplastamiento y daño en las vértebras.

Modificaciones Óseas:

En esta etapa, se produce la declinación de la masa ósea, esta situación se prolonga indefinidamente, aunque en los primeros años de la post-menopausia es donde más se manifiesta. Por otro lado, con la edad se disminuye la absorción intestinal de calcio al tiempo que aumenta su excreción renal, mientras ocurren pérdidas a nivel del colon y la piel. El subsiguiente balance negativo de calcio incrementa la secreción de hormona paratiroidea y la resorción ósea, aumentando considerablemente el riesgo de fracturas y la aparición de osteopenia y osteoporosis.

Aumento del riesgo cardiovascular:

Dentro de estas enfermedades se engloba la aterosclerosis, el infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Los factores que llevan, en este período de vida de la mujer, a un aumento de riesgo de estas enfermedades son los cambios endocrinos, el sobrepeso, la obesidad y el aumento de la grasa intra-abdominal, las modificaciones del perfil lipídico y el aumento de la presión arterial.

Además, los cambios hormonales que acompañan a la menopausia, se asocian con el comienzo de la pérdida ósea, conocido como la osteoporosis, que resulta ser la consecuencia tardía de la falta de estrógenos y es una de las patologías más frecuentes.

La osteoporosis, definida según los criterios de la OMS, es la alteración ósea más común en el ser humano, y su característica principal es la disminución de la fortaleza ósea, lo cual conlleva a un incremento en el riesgo de fracturas; la fortaleza ósea depende de dos factores fundamentales, la calidad mineral ósea y la densidad mineral ósea. La pérdida del hueso más pronunciada ocurre durante los 3 a 4 años después de la menopausia.

Un estudio que incluyó 178 mujeres post-menopáusicas, se observó que el 85% de las mujeres incluidas tenían valores de vitamina D menos de 30 ng/ml y que el 25% de estas pacientes tenían el diagnóstico de osteoporosis. En este estudio la presencia de hipovitaminosis estuvo asociada a un aumento en el riesgo de fracturas vertebrales. Así también en otro estudio se observó que la prevalencia de fracturas vertebrales puede

predecir más fracturas vertebrales, fracturas de fémur e incrementar la mortalidad durante la siguiente década (10).

Calidad de vida de la mujer menopáusica

La calidad de vida es un concepto amplio que puede variar de acuerdo a qué situación y población se enfoque. Sin embargo, está relacionada con la valoración individual, por lo que hace referencia a la percepción de salud de cada individuo, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones que atraviesan las mujeres durante toda su vida.

Respecto a las mujeres menopáusicas se ha determinado la calidad de vida de forma negativa. La menopausia como bien mencionamos anteriormente, es una etapa fisiológica que se encuentra en una transición hacia una nueva situación biológica, la cual trae consigo la pérdida de la capacidad reproductiva. Sin embargo, se ha documentado que 8 de cada 10 mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos (físicos o emocionales) durante o posterior al climaterio, de las cuales el 45 % considera que impactan de manera negativa en su calidad de vida. Por otro lado, en la menopausia suelen encontrarse una serie de factores de riesgo que pueden agudizarse; cerca del 60 % de las mujeres menopáusicas tienen una enfermedad crónica y son las enfermedades cardiovasculares las principales causas de morbilidad y mortalidad a partir de esta época, lo cual podría estar relacionado con los cambios metabólicos que ocurren durante la transición de un estado pre a uno post menopáusico.

Las manifestaciones vasomotoras pueden llegar a ser muy molestas en algunas mujeres; entre 33-51 % de las mujeres de edad mediana presentan trastornos del sueño al tiempo que transcurren por la menopausia, los cuales pueden ser el resultado de cambios hormonales, síntomas vasomotores o factores psicológicos. Con respecto a los cambios psicológicos, el conjunto de manifestaciones abarca irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, pérdida de la memoria, humor depresivo, labilidad afectiva y falta de concentración. De igual forma, aspectos biológicos y psicológicos propios de esta etapa, asociados a la ausencia o mala interacción con la pareja y las estereotipias culturales, contribuyen a la presentación de serias disfunciones sexuales, así como pérdida de la libido y actividad sexual.

La menopausia no debe ser considerada sinónimo de deterioro o enfermedad, por el contrario, constituye un período de adaptación, cambio y reflexión sobre las dimensiones fisiológicas, sociales, culturales y laborales de la mujer que experimenta esta etapa. En términos de calidad de vida, debe llevar consigo una perspectiva orgánica, psíquica y sociológica, con un alto componente subjetivo (1, 2, 11).

Imagen Corporal

Así mismo, no sólo se producen cambios fisiológicos antes mencionados, sino también cambios en la imagen corporal relacionándose con el peso corporal y estado de ánimo de las mujeres.

Como se ha mencionado anteriormente, la menopausia es una de las etapas críticas en la vida de la mujer, ya que favorece el riesgo de sobrepeso y obesidad, debido a los cambios que se producen en la composición del organismo, en el sentido de que aumenta el porcentaje graso y la distribución del tejido adiposo con mayor acumulación en la zona abdominal, a la vez que disminuye la masa magra muscular y el tejido óseo incrementándose el riesgo de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, cáncer de mama y diabetes.

Puesto que la obesidad es un importante problema de salud pública a nivel mundial, se trata de una patología que afecta de forma masiva al cuerpo en su dimensión real, lo que implica riesgos graves para la vida. Es por eso, que es indudable no relacionar de manera directa la obesidad con el cuerpo.

Es por ello que, durante esta etapa, estos efectos conducen a desarrollar una imagen corporal negativa hacia el propio cuerpo de la mujer. Ya que, muchas mujeres que padecen obesidad pueden no ser capaces de percibir dimensiones de su cuerpo ni su problemática de salud y presentan una distorsión de su imagen corporal (3,4,12).

Se entiende por imagen corporal, como la representación mental del tamaño, la figura y la constitución del propio cuerpo. Es la representación y la vivencia que se tiene del mismo. Abarcando aspectos perceptivos como la forma del individuo, en su totalidad o en sus partes. Las alteraciones de sus partes dan lugar a sobreestimaciones o subestimaciones, que implican aspectos cognitivos y afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, tamaño y peso. Desde el punto de vista emocional,

la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, enojo, impotencia, etc.

La imagen corporal se compone también, de elementos subjetivos muy dependientes de factores socioculturales. Dado que vivimos en el marco de una cultura, las imágenes pueden ser construidas por la sociedad misma y diferir en lo que uno piensa de su propio cuerpo.

Sumado a esto, cabe mencionar que las mujeres que transitan la menopausia y presentan sobrepeso u obesidad suelen estar acompañadas por aspectos emocionales, como la depresión, la irritabilidad, la angustia, la ansiedad, los cambios repentinos de ánimo, pasando de la alegría a la depresión y también por la pérdida de valoración hacia la propia imagen, o por la disminución de la autoestima y auto-concepto o valor de la persona. Muchas veces, el aumento de peso asociado a la menopausia y al envejecimiento puede contribuir a desarrollar un estado depresivo en las mujeres menopáusicas, más frecuentemente en mujeres post-menopáusicas (4, 5, 11, 12).

Patrones alimentarios

De acuerdo a los temas ya señalados, se llega a la conclusión que en la mujer menopáusica es muy frecuente la mala alimentación. Debido a los cambios fisiológicos propios de la mujer que pueden alterar el equilibrio energético, por un lado, presenta trastornos de consumo debido a que el apetito suele estar aumentado, y de esta manera altera su conducta alimentaria, modificando la preferencia por determinados tipos de alimentos, específicamente los de alta densidad energética pero baja densidad de nutrientes. Y por el otro, suelen aparecer trastornos por atracones o trastornos de la conducta alimentaria, en la cuales conduce a presentar un riesgo importante en el descenso de peso, que puede llevar a la bulimia y anorexia.

La consecuencia de hábitos no saludables, implica el desarrollo de determinadas enfermedades, especialmente las crónicas no trasmisibles, como la obesidad, y por lo tanto, comprende un análisis amplio del patrón alimentario, y en particular sobre determinados nutrientes considerados críticos en este período de la vida tales como el aporte calórico, cantidad y calidad de las grasas, sodio, calcio, fósforo y fibra dietética.

“Un patrón alimentario, es el conjunto de productos que un individuo, familia o grupo de familia consumen de manera ordinaria según un promedio habitual de frecuencia estimado en por lo menos una vez al mes; o bien que dichos productos cuenten con un arraigo tal en las preferencias alimentarias que puedan ser recordados por lo menos 24 hs después de consumirse” (13).

El patrón alimentario se estructura por elementos de tipo social; las regiones definen sus preferencias de consumo según las características de su población y entorno. De este modo, un patrón alimentario está condicionado por dos factores: el cultural y el económico. El cultural, porque determina la aceptación social de los productos alimenticios. Y el económico, porque incorpora las transformaciones estructurales de la alimentación generada por el ingreso y por el mercado (13,14).

Valoración del estado nutricional

Se recurre a la valoración del estado nutricional para obtener una aproximación de la composición corporal de un individuo mediante el uso de técnicas simples. Esta valoración puede ser enriquecida a partir de información adicional que puede aportarnos el sujeto en cuestión, como conocer los cambios en el peso, la capacidad funcional, entre otros. A través de distintas técnicas tales como:

Peso y talla: ambos son las mediciones más comúnmente utilizadas, pueden combinarse o simplemente usarse solas y son buenos indicadores del estado nutricional global. Se debe pesar al individuo con la menor cantidad de ropa o ropa liviana, la balanza debe presentarse calibrada para evitar conseguir datos erróneos. Respecto a la medición de la talla la misma debe realizarse en pisos planos, el paciente debe retirarse los zapatos y mantenerse erguido con la cabeza hacia el frente mirando hacia un punto fijo, así se disminuyen notablemente los sesgos.

Índice de masa corporal (IMC): se establece una relación entre el peso y la talla del individuo; en las mujeres menopáusicas, en el mismo puede alterarse porque en ellas se tiende a disminuir la masa muscular y la misma se sustituye por masa grasa, por ello los rangos del IMC fueron restablecidos por la OMS, según la fórmula peso/talla^2 (kg/m^2), y se utilizaron los siguientes puntos de corte: se consideró: déficit: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$, normal: $\geq 18,5$ - $24,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso: 25 - $29,9 \text{ kg/m}^2$ y obesidad: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Circunferencia de Cintura (CC): es un método simple para describir la distribución del tejido adiposo e intra-abdominal. Se mide el perímetro inmediatamente sobre el borde superior de la cresta ilíaca (a la altura del ombligo). La medida se registra en centímetros (cm) y nos da a conocer si el paciente presenta riesgo cardiovascular. En mujeres existe riesgo de padecer eventos cardiovasculares cuando la CC es < 88 cm y en hombres se considera que hay riesgo cuando la misma es < 102 cm. Por debajo de estos niveles no se han observado riesgos evidentes para la salud.

La anamnesis alimentaria es un instrumento que permite obtener datos relevantes de la ingesta, brinda información cuantitativa y cualitativa de la ingesta. Los métodos de evaluación pueden ser retrospectivos o prospectivos. Dentro de los primeros se encuentran:

Recordatorio de 24 hs: es el que se emplea con mayor frecuencia para calcular la ingesta calórica tanto a grupos poblacionales grandes o pequeños. El mismo puede realizarse a través de un cuestionario estructurado, el cual contiene una lista donde se encuentran los alimentos consumidos habitualmente, o el individuo puede elaborarlo simplemente en una hoja en blanco registrando todo lo que consumió el día anterior. Es útil realizarlo con un entrevistador entrenado, para estimular y ayudar a memorizar al entrevistado, evitando insinuar las respuestas cuando se realizan las preguntas.

Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos: recolecta datos cualitativos. El mismo consta de dos partes, una lista de alimentos de consumo habitual y una descripción de la frecuencia de consumo dividida en cantidad de columnas, que corresponderán a la periodicidad de la ingesta que se quiera evaluar. El encuestado completará con la cantidad de la ingesta o con una cruz en el casillero correspondiente (15,16, 17,18, 19).

Cabe destacar que en este trabajo pueden cambiar los patrones alimentarios, la imagen corporal y el estado nutricional, ya que varían de acuerdo al tipo de mujer menopáusica.

ESTADO DEL ARTE

En el año 2010, L. Meertens, N. Díaz, A. Rodríguez, L. Rodríguez, L. Solano, realizaron un estudio publicado en septiembre de 2011, cuyo objetivo fue evaluar índice de masa corporal (IMC), la circunferencia de cintura, el índice cintura-cadera, la homocisteína sérica en mujeres post-menopáusicas venezolanas. El mismo se llevó a cabo en los centros de salud dependientes de la Alcaldía del municipio Naguanagua, Estado Carabobo, de Venezuela. En este centro asisten 200 mujeres, de las cuales se seleccionaron 128 post-menopáusicas entre 45 y 60 años de edad que cumplieran con los criterios de inclusión de amenorrea de un año o más, sin terapia de reemplazo hormonal, aparentemente sanas, sin antecedentes de patologías cardiovasculares ni diabéticas. Se realizó una evaluación antropométrica, donde las variables de dimensión corporal seleccionadas fueron peso, talla, circunferencia de cintura, circunferencia de cintura/cadera y estudio bioquímico, en donde los participantes del estudio acudieron en las primeras horas de la mañana, previo ayuno de 12 horas. Se determinó el IMC (OMS); la CC (circunferencia de cintura) (normal <88cm, en riesgo >88cm), ICC (índice cintura cadera) (normal <0,8, en riesgo >0,8), homocisteína sérica (tHci) (ELISA): normal < 10mmol/L, en riesgo >10-15mmol/L, alta: >15mmol/L y estradiol (ELISA): <65pg/mL (posmenopausia). Los resultados obtenidos fueron: 65,9% presentaron sobrepeso/ obesidad. 47,3% y 82,2% en riesgo cardiometabólico según CC e ICC. Hubo diferencia significativa para ICC y correlación positiva significativa entre indicadores antropométricos. 10% presentó riesgo e hiperhomocisteinemia. Este aminoácido no correlacionó con las variables evaluadas. Las mujeres evaluadas presentaron una alta frecuencia de sobrepeso-obesidad y una distribución de grasa tipo androide, presentando un alto riesgo para enfermedades cardiometabólicas (20).

En un Centro endocrinológico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, en el año 2015. Se llevó a cabo un estudio transversal observacional realizado sobre una muestra no probabilística de 116 mujeres post-menopáusicas que asistieron por primera vez a la consulta nutricional. Su objetivo fue conocer la ganancia de peso corporal a partir de la menopausia y su asociación con el perfil alimentario consumido por una muestra de mujeres adultas. Las variables fueron: ganancia de peso (en Kg), perfil alimentario según recordatorio de 24 hs, edad menopausia (≤ 47 años; >47 años), años transcurridos en menopausia (< 5 años; > 5 años), estado nutricional al inicio de la menopausia (normal: IMC 18,5 a 24,9 Kg/m²; sobrepeso: IMC 25,0 a 29,9 Kg/m² y obesidad: IMC $\geq 30,0$ Kg/m²),

hábito tabáquico y ejercicio físico programado. Se utilizó el Programa SARA-versión 1.2.12 para conocer consumo y SPSS 19.0 calculando medias, desvío estándar y rangos. Como resultado se obtuvo, que el consumo calórico de la muestra fue de 1.366 kcal/día, no alcanzando la mayoría las recomendaciones energéticas de carbohidratos, calcio y fibra dietética. En general fue alto el consumo de grasas totales, saturadas y colesterol en relación al aporte calórico. De las mujeres que ganaron peso, sólo del 11 al 22% superó la recomendación del aporte calórico según edad. La ganancia de peso fue mayor en los primeros años de la menopausia, cuando las mujeres iniciaban esta etapa con sobrepeso u obesidad. En el modelo de regresión final la ganancia de peso sólo presentó correlación inversa significativa con los años transcurridos en menopausia sin asociarse con el aporte calórico consumido ni las demás variables estudiadas (21).

En otro estudio llevado a cabo en el sur de Teherán, Irán. Realizado por, Soleymani M, Siassi F, Qorbani M, Khosravi S, Aslany Z, Abshirini M, Zolfaghari G, Sotoudeh G, en el año abril 2019. Se aplicó un diseño de estudio transversal utilizando una muestra de 400 mujeres post-menopáusicas, para evaluar mediante un cuestionario de frecuencia de consumo, los principales patrones alimentarios e identificarlos mediante el análisis de los componentes principales y con ello, relacionarlo con los síntomas de la menopausia. Se identificaron tres patrones alimentarios: verduras y frutas; mayonesa, aceites, dulces y postres; grasas sólidas y refrigerios. En las cuales, se demostró que existe una asociación inversa entre el patrón alimentario de frutas y verduras, y los síntomas de la menopausia; y por el contrario, los patrones alimentarios del grupo de la mayonesa, aceites, dulces y postres junto con las grasas sólidas y los refrigerios se correlacionan con un mayor riesgo de estos síntomas (22).

El Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos. Facultad de Farmacia. Universidad CEU San Pablo. Madrid. España, llevó a cabo un estudio en el año 2006, cuyo objetivo fue conocer la dieta y los hábitos alimentarios, a partir de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, de una muestra de 1.218 mujeres españolas en estado de menopausia-perimenopausia y edades comprendidas entre 40 y 77 años, procedentes de todas las Comunidades Autónomas. Como resultado se obtuvo, que la dieta de la muestra de estudio es equivalente a la dieta media de la población española, destacando los productos lácteos, que son consumidos en mayor cantidad por las mujeres participantes (aproximadamente 4 raciones/ día). La ingesta energética, de

proteínas y de colesterol es elevada, así como de la mayoría de vitaminas y minerales. Únicamente se han encontrado ingestas deficitarias moderadas para el ácido fólico y la vitamina D. Las mujeres de mayor edad (> 60 años) consumen menos alimentos del grupo de huevos, dulces y azúcar y varios y, por tanto, de lípidos y colesterol, aunque también de vitamina D. Un IMC elevado ($IMC > 25$; 61% de la población) está asociado con un mayor consumo de carnes, pescados y huevos y, por tanto, de energía. Una dieta más adecuada (mayor consumo de lácteos, frutas, verduras, legumbres, cereales y pescados) está asociada a un estilo de vida más saludable (no fumar, practicar ejercicio físico) y a la ingesta de alimentos fortificados (52,7% de la muestra total) y suplementos vitamínicos y minerales (22,8% de la muestra total), aun cuando el aporte de los micronutrientes es suficiente a través de la dieta habitual. Se llegó a la conclusión, que en conjunto, la dieta de la población de estudio se adecuaba a los patrones de dieta saludable y actividad física, reflejo de la preocupación por la salud de la mujer en la etapa de la menopausia (23).

En el año 2018, se realizó un estudio descriptivo transversal, en mujeres adultas de entre 40 y 65 años, habitantes de Vedia, Provincia de Buenos Aires, Argentina, a cargo de estudiantes de la carrera de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires. El objetivo de este trabajo fue, describir la relación entre estado nutricional, consumo de alimentos no nutritivos y la percepción de estrés. Se evaluó estado nutricional mediante índice de masa corporal (IMC) y riesgo cardio-metabólico (RCM) según circunferencia de cintura (CC). La percepción de estrés (PS) se valoró por escala de estrés percibido (PSS-10). Se estimó el consumo de alimentos no nutritivos, bebidas azucaradas y alimentos ricos en grasas. Se incluyeron 91 mujeres, edad media de 52,1 años (40% pre-menopáusicas; 60% post-menopáusicas). El 62,6% presentó sobrepeso u obesidad y 70,3% riesgo cardio-metabólico. La media de PS fue 15 puntos, siendo mayor en las post-menopáusicas y en las que consumían ansiolíticos. La PS no se asoció al IMC, ni a la distribución adiposa. El consumo de alimentos no nutritivos fue similar en ambos grupos, sólo se registró un consumo mayor de chocolates en post-menopáusicas (24).

En el año 2017, A. Castro, L. Méndez y M. Salguero, llevaron a cabo un proyecto de investigación transversal, iniciado en el 2008 y proyectado al 2025, en el cual involucra a 646 mujeres afrocolombianas entre 40 y 59 años, residentes en poblaciones del Caribe y el pacífico. Mediante, el cual utilizaron una base de datos CABIMEC (calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas), realizado con Escala Cervantes que evalúa la calidad de vida en la menopausia. El objetivo de este trabajo fue identificar las manifestaciones

menopáusicas más prevalentes y evaluar calidad de vida (CV) según estados menstruales. De acuerdo, a los resultados que se obtuvieron: en mujeres con una edad promedio 48,7años, el 69,1% obesidad/sobrepeso, 22,7% con estudios tecnológicos/universitarios y 40,5% post-menopáusicas. Las manifestaciones más prevalentes fueron: oleadas de calor 76,4%; sofocaciones 73,1%; dolor músculo/articular 71,3%; no conseguían dormir 61,8%; sudoración sin esfuerzos 55,8%; sequedad de piel 50,4% y cefalea que aumentaba durante el día 44,2%. La tercera parte no podían por los nervios, las cosas le aburrían, perdieron la capacidad de relajarse o notaban que todo le daba vueltas. El 24,4% tenían menos interés en el sexo y 14,4% tenían sexualidad nada importante. Las post-menopáusicas tuvieron peor puntuación en la mayoría de las manifestaciones y en los dominios salud, psíquico, sexualidad, relación de pareja, vasomotores, salud, envejecimiento y global (25).

En año 2015, a cargo de S. Sharma y N. Mahajan, se llevó a cabo un estudio transversal de un año entre mujeres de zonas urbanas ($n = 490$) y rurales ($n = 380$), que asistieron al departamento ambulatorio en el área urbana y una encuesta en casa en áreas rurales, mediante entrevistas, con la ayuda de un cuestionario estándar semiestructurado previamente probado. Para la evaluación de la escala de calificación de los síntomas de la menopausia (MRS) y para la calidad de vida, se utilizó el cuestionario de la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo fue analizar los síntomas relacionados con la menopausia y su impacto en la calidad de vida en mujeres post-menopáusicas del área urbana y rural. Los resultados obtenidos fueron: se obtuvo una diferencia significativa entre las puntuaciones totales de MRS del grupo urbano y rural. Los síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales fueron altos en las mujeres rurales que en las urbanas. Los resultados no fueron significativos para la subescala urogenital. Los puntajes brutos medios de salud física, relaciones psicológicas, sociales y ambientales fueron más en las mujeres urbanas que en las rurales. El resultado no fue significativo para la salud física (26).

En el año 2008, varios investigadores, A. Martínez, A. Ramos, M. Díaz, M. Hernández, L. Núñez y B. Carrión, de la ciudad de Albacete, España, realizaron un estudio cualitativo mediante siete grupos focales conformado por 37 mujeres, de entre 45-55 años, residentes en la ciudad de Albacete. Su objetivo fue el acercamiento a las representaciones sociales constitutivas de un fenómeno biológico-biográfico denominado climaterio, mediante los significados atribuidos por medio de los saberes, actitudes y comportamientos

socioculturales de las mujeres en este período de su vida. Como resultado se obtuvo: un proceso identificado con la edad biológica de las mujeres, con atributos negativos por su relación con el envejecimiento. Se relaciona también con la imagen social de la mujer y los roles socioculturales asignados clásicamente a este colectivo. Esta combinación de factores las conduce hacia un período de su vida tildado como “edad crítica”, construcción en la que priman elementos biográficos sobre biológicos (27).

Debido a que las mujeres de mediana edad presentan mayores riesgos respecto de la población joven a la hora de desarrollarse en sociedad, se considera de importancia realizar un estudio para poder conocer cuál es el estado nutricional que presentan y cómo resulta ser los patrones alimentarios y la imagen corporal, teniendo en cuenta que se realizará en mujeres en período de menopausia. Es necesario recordar que esta población es más vulnerable debido a los cambios a nivel molecular, celular, fisiológico y psicológico que han de afrontar en esta etapa.

PROBLEMA

¿Cómo son los patrones alimentarios, el estado nutricional y la percepción de la imagen corporal en mujeres en periodo de menopausia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2019?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir los patrones alimentarios, el estado nutricional y la percepción de la imagen corporal en mujeres en período de menopausia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos Específicos

- Evaluar el patrón de consumo de algunos grupos de alimentos principales en forma cualitativa en esta población.
- Determinar el estado nutricional por IMC en esta población.
- Conocer la imagen corporal percibida por las mujeres en esta etapa, de la CABA.
- Conocer la imagen corporal deseada por las mujeres en esta etapa, de la CABA.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

- ✓ Descriptivo transversal.

Población y muestra:

Población: Mujeres en período de menopausia que se encuentran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Muestra: no probabilística por conveniencia.

Criterios de inclusión y de exclusión:

- ✓ Criterios de inclusión: Mujeres en período de menopausia que se encuentren en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ✓ Criterios de exclusión: mujeres menopáusicas que no estén aptas para pesar o medir, que se encuentren en sillas de ruedas, que tengan trastornos psiquiátricos que impidan la toma de datos, que no acepten a participar, o que tengan enfermedades que afecten el peso corporal en forma secundaria o con antecedentes de bulimia y anorexia.
- ✓ Criterios de eliminación: encuestas incompletas o poco claras, que no se pueda terminar la recolección de los datos.

Variables

A) Variable de caracterización:

1. Edad: años cumplidos
2. Peso Habitual: (Peso previo a la menopausia)
3. Evolución de la menopausia:
 - < 1 año
 - 1– 5 años
 - 6– 10 años
 - >10 años
4. Realización de actividad física:
 - SI
 - NO
 - 4.1. Tipo de actividad física
 - 4.2. Frecuencia en veces a la semana
5. Consumo de suplementos:
 - SI
 - NO
 - 5.1. Tipo de suplemento
 - 5.2. Frecuencia en veces a la semana

B) Variables de estudio:

1. Ingesta de comidas:

- 1.1. Desayuna sí o no.
- 1.2. Almuerza sí o no.
- 1.3. Merienda sí o no.
- 1.4. Cena sí o no.
- 1.5. Realización de otra comida.
- SI
- NO

2. Ingesta de líquidos

- 2.1. Cantidad: ml totales/día.
- 2.2. Tipo: ml por tipo de bebida/día.

3. Consumo de lácteos:(se consideran lácteos a las leches, quesos y yogures).

- 3.1. Consumo diario sí o no.

3.2. Cantidad: número de raciones de lácteos consumidos por día se considerará 1 porción de lácteos a 1 vaso de leche / 1 vaso de yogur / 30 gramos de queso).

4. Consumo de carnes:

4.1. Consumo diario sí o no.

4.2. Tipo de carnes:

4.2.1. Vacuna.

4.2.2. Pollo/Ave.

4.2.3. Cerdo.

4.2.4. Pescado.

5. Consumo de frutas y verduras:

Frutas:

5.1. Consumo diario sí o no.

5.2. Cantidad: porciones consumidas por día de frutas (se consideró 1 porción a 1 fruta mediana o 1 compotera de fruta cortada o 1 taza tamaño tipo café con leche de fruta cortada o 1 plato playo de fruta cortada).

5.3. Forma habitual de consumo de frutas:

5.3.1. Crudas.

5.3.2. Cocidas.

5.3.3. Enlatadas.

Verduras:

5.3.4. Consumo diario sí o no.

5.3.5. Cantidad: porciones consumidas por día de verduras (se consideró 1 porción a 1 vegetal mediano crudo, 1 plato de hojas verdes, ½ plato de vegetales cocidos). No se incluirán en esta categoría la papa, batata y choclo.

5.3.6. Forma habitual de consumo de verduras:

5.3.1. Crudas.

5.3.2. Cocidas.

2.3.3. Enlatadas.

2.3.4. Congeladas.

6. Estado nutricional:

6.1. Índice de masa corporal (IMC):

i. Bajo peso: cuando el IMC es menor a 18,5

- ii. Normopeso: cuando el IMC se ubica entre 18,5-24,9
- iii. Sobrepeso: cuando el IMC se ubica entre 25-29,9
- iv. Obesidad: cuando el IMC es mayor o igual a 30

- 6.2. Percepción del impacto de la menopausia en el estado nutricional:
- Impacto ponderal positivo (cuando considera que aumentó de peso)
 - Impacto ponderal negativo (cuando considera que disminuyó de peso)
 - NO
 - NS/NC

7. Percepción de la imagen corporal, según el estado nutricional: Es la imagen que forma nuestra mente, de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta (Schilder P,1935)

7.1. Imagen corporal percibida:

- 7.1.1 Bajo peso (Si elige la figura 1)
- 7.1.2 Normopeso (Si elige la figura 2,3 y 4)
- 7.1.3 Sobrepeso (Si elige la figura 5, 6 y 7)
- 7.1.4 Obesidad (Si elige la figura 8 y 9)

7.2. Imagen corporal deseada:

- 7.2.1 Bajo peso (Si elige la figura 1)
- 7.2.2 Normopeso (Si elige la figura 2,3 y 4)
- 7.2.3 Sobrepeso (Si elige la figura 5, 6 y 7)
- 7.2.4 Obesidad (Si elige la figura 8 y 9)

Material y Métodos

Para recolectar los datos se utilizó un cuestionario auto-administrado, el cual fue completado por las mujeres que se encuentran en el período menopáusico. Antes de la aplicación de dicho cuestionario, se realizó una prueba piloto con el fin de realizar las correcciones correspondientes.

El mismo se dividió en:

-Valoración del Estado Nutricional: Se les entregó un cuestionario para que completaran correctamente cada punto mencionado. Y, por otra parte, se tomó medidas de peso corporal a través de una balanza digital y se obtuvo una aproximación de la talla. Con ambos datos obtenidos, se calculó el IMC.

-Consumo de alimentos: Se realizó a través de un cuestionario para obtener los datos sobre los patrones de consumo de alimentos.

Instrumento: Cuestionario

- Ingesta de comidas
- Ingesta de líquidos
- Patrón de consumo de lácteos
- Patrón de consumo de carnes
- Patrón de consumo de frutas y verduras

-Percepción de la imagen Corporal:

Se utilizó un test de siluetas Standard Figural Stimuli (SFS) (Rueda J y col, 2012) en donde las participantes seleccionaron la silueta con la que se sentían identificadas. Las siluetas son 9, siendo 1 la más delgada y 9 la obesa. Los datos arrojados por medio de estas imágenes nos permitieron conocer cuál es la auto-percepción percibida y deseada que tienen dichas mujeres menopáusicas.

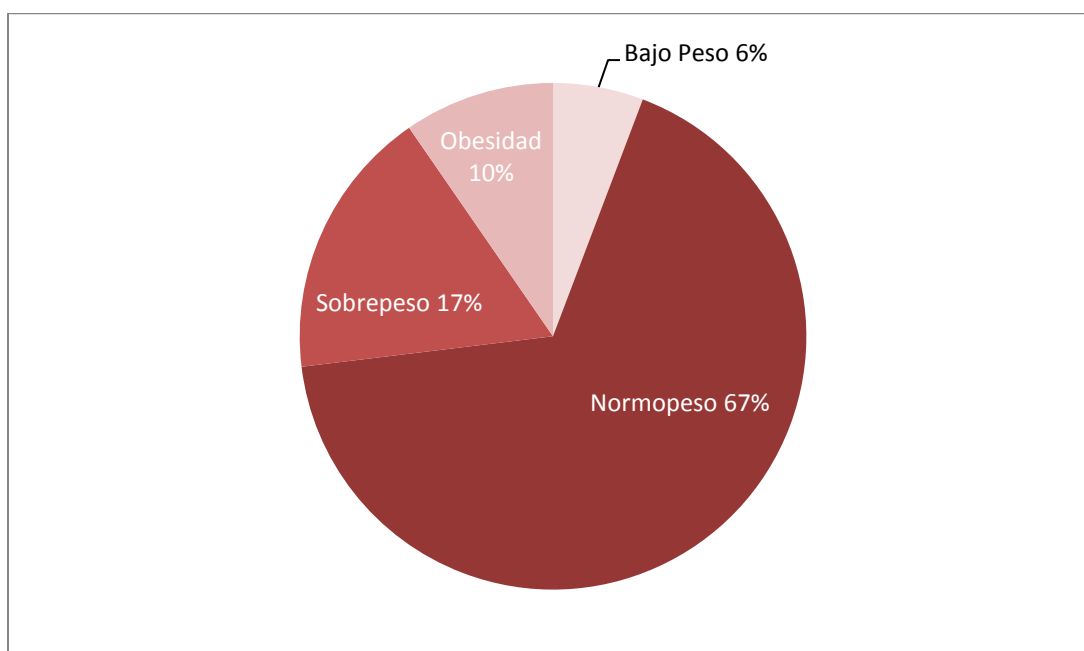
La información obtenida fue tabulada en una planilla de Excel.

Resultados obtenidos

- La muestra quedó conformada por un total de 52 mujeres en período menopáusico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- El análisis de las variables socio-demográficas, revelaron un promedio de edad del total de la muestra de 49 años, teniendo la persona de mayor edad 55 años y la de menor edad 43 años.

1. Estado Nutricional previo a la menopausia

Gráfico N°1: Distribución de la población estudiada según estado nutricional previo a la menopausia.

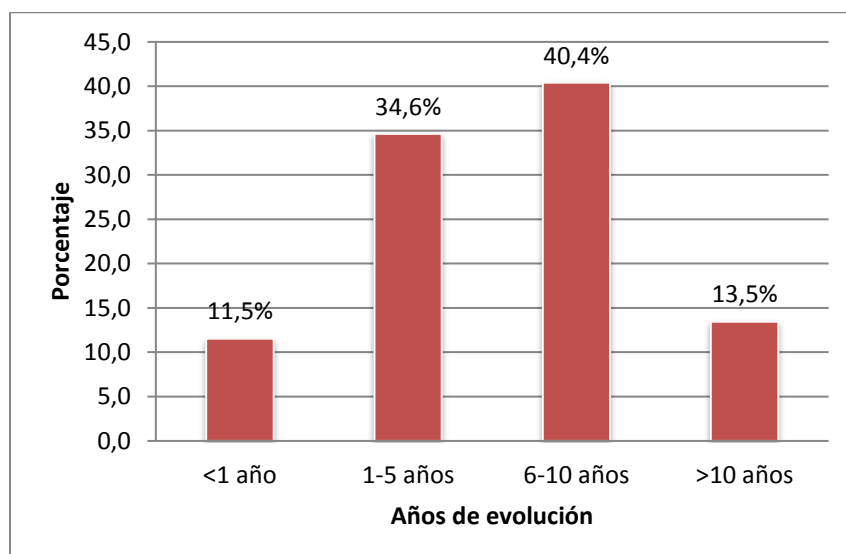


Fuente: Elaboración propia

Al evaluar el estado nutricional previo a la menopausia de la población estudiada a partir del Índice de la Masa Corporal (IMC), se verificó que, del total de la población, 3 de las participantes es decir un (6%) presentó bajo peso, 35 (67%) se encontraba en Normopeso, 9 (17%) presentaban Sobrepeso y 5 de ellas (10%) presentaba Obesidad grado 1. De este modo, si analizamos la distribución de la población en estudio según el estado nutricional con el peso previo a la menopausia, podemos observar que las mujeres presentaron una mayor prevalencia de Normopeso.

2. Evolución de la menopausia.

Gráfico N° 2: Distribución de la muestra según evolución de la menopausia.

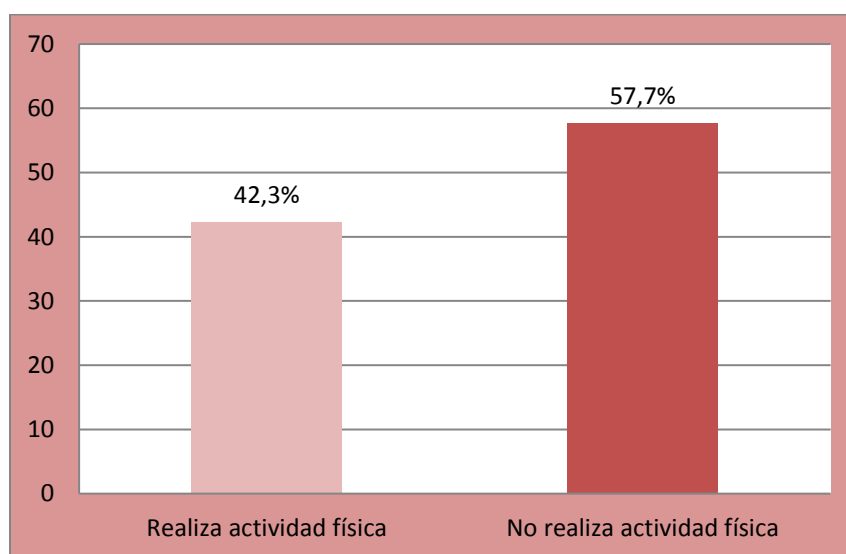


Fuente: Elaboración propia

En relación a la Evolución de la menopausia, se observó que un 40,4% de la población en estudio manifestó haber tenido entre 6 a 10 años de evolución, seguido de 1 a 5 años con un porcentaje de 34,6%, mayor a 10 años (13,5%) y por último, menor a 1 año (11,5%).

3. Actividad Física

Gráfico N° 3: Distribución de la población de acuerdo a la realización de actividad física.

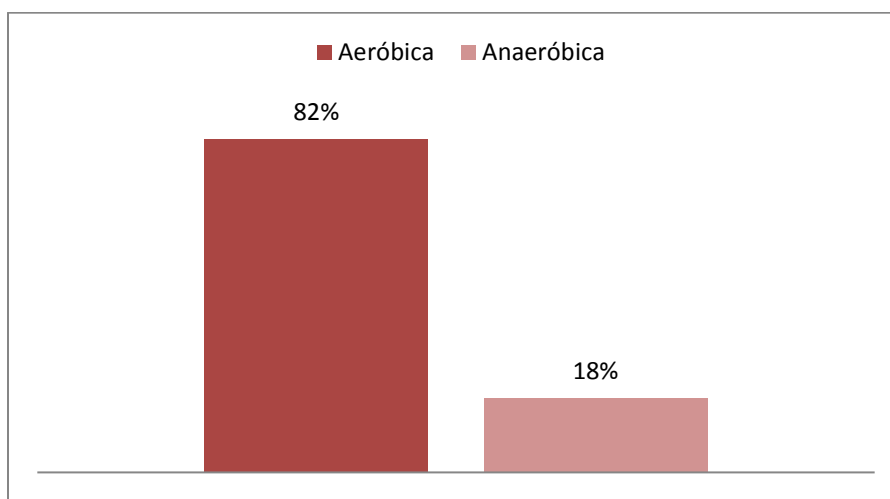


Fuente: Elaboración propia

En cuanto, a la realización de actividad física se observó que de las 52 encuestadas, son 22 que realizan actividad física, lo cual representa un 42,3%. El 57,7% restante representa a las 30 que no realizan.

3.1. Tipo de Actividad Física y Frecuencia

Gráfico N° 4: Distribución de la población de acuerdo al tipo de actividad física realizada.

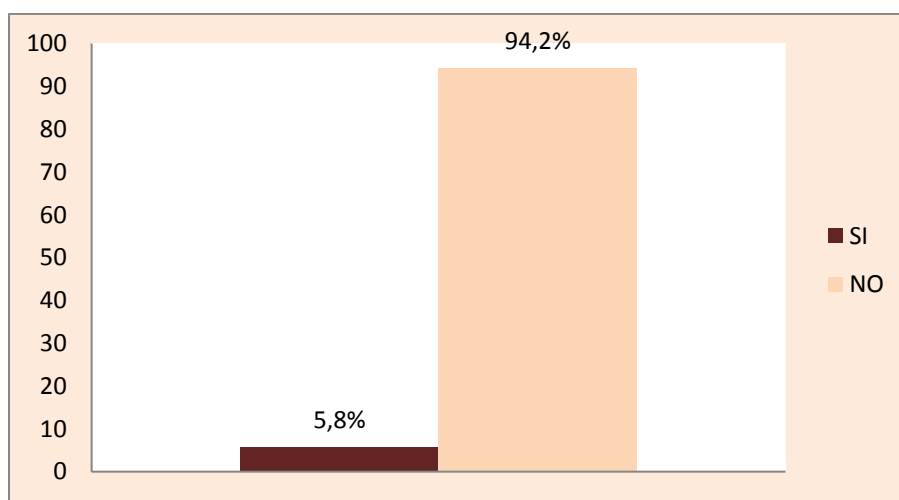


Fuente: Elaboración propia

De las 22 mujeres que realiza actividad física, 18 de ellas representa el 82% hacen ejercicios aeróbicos (caminatas, running, bicicletas), mientras que, los 4 restantes representan el 18% que realizan ejercicios anaeróbicos (yoga, musculación).

4. Consumo de suplementos

Gráfico N° 5: Distribución de la población según el consumo de suplementos.

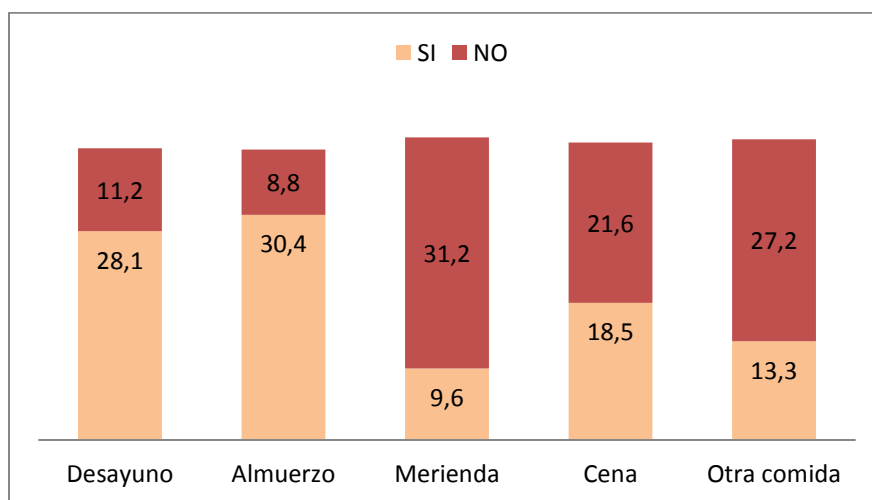


Fuente: Elaboración propia

Del 100% de las mujeres encuestadas solo un 5,8% (3) consume suplementos de calcio y vitamina D. Mientras que, 94,2% (49) restante no consume suplementos, aunque mencionaron que en algún momento lo hicieron.

5. Consumo alimentario

Gráfico N°6: Distribución de la muestra según frecuencia de consumo de comidas principales.



Fuente: Elaboración propia

Comprende que las mujeres estudiadas no realizan las cuatro comidas diarias, determinando que 31,2% suprimen la merienda y un 21,6% la cena, respectivamente. En reemplazo de la cena o merienda, suelen ingerir alguna otra comida (27,2%) como mate cebado, golosinas o snacks.

6. Ingesta de Líquidos

A continuación, según la tabla N° 1, los datos revelan que el consumo de líquidos promedio en la población encuestada fue de 4200 ml diarios. El consumo máximo fue de 2900 ml y un mínimo de 45 ml.

De la ingesta promedio de líquidos, se observó una mayor frecuencia de consumo de agua con un promedio diario de 1850 ml, le continúa las gaseosas 535 ml, luego caldo 425, la leche con un promedio de 320 ml diarios, y en paralelo se vio que siguen los yogures y las infusiones.

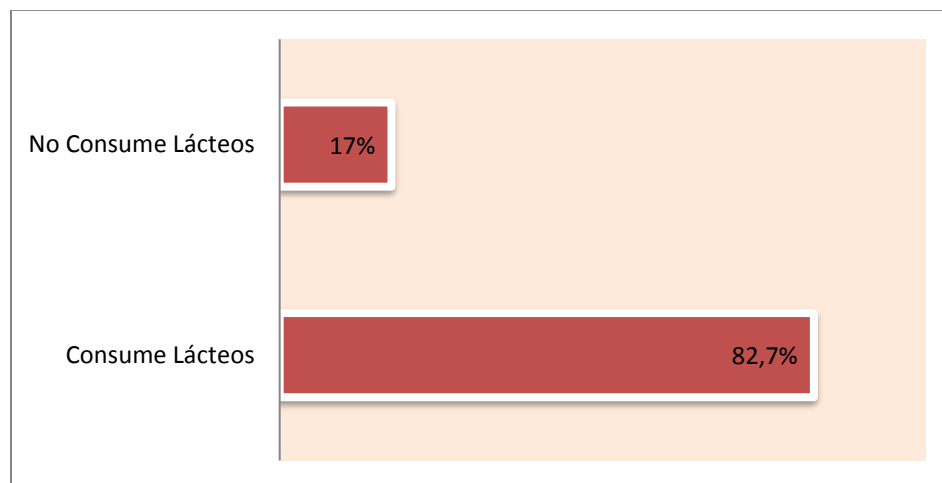
Tabla N° 1: Tipos de líquidos ingeridos a diario.

ALIMENTO	PROMEDIO ml/día	MIN	MAX
Agua	1850	800	2900
Leche	320	90	550
Yogur	295	150	440
Caldo	425	200	650
Gaseosa	535	220	850
Agua saborizada	112,5	50	175
Jugos en polvo	100	50	150
Jugos naturales	177,5	125	230
Infusiones	252,5	85	420
Vino	132,5	45	220
TOTAL	4200		

Fuente: Elaboración propia

7. Consumo de Lácteos

Gráfico N° 8: Distribución de la muestra según consumo diario de Lácteos.



Fuente: Elaboración propia

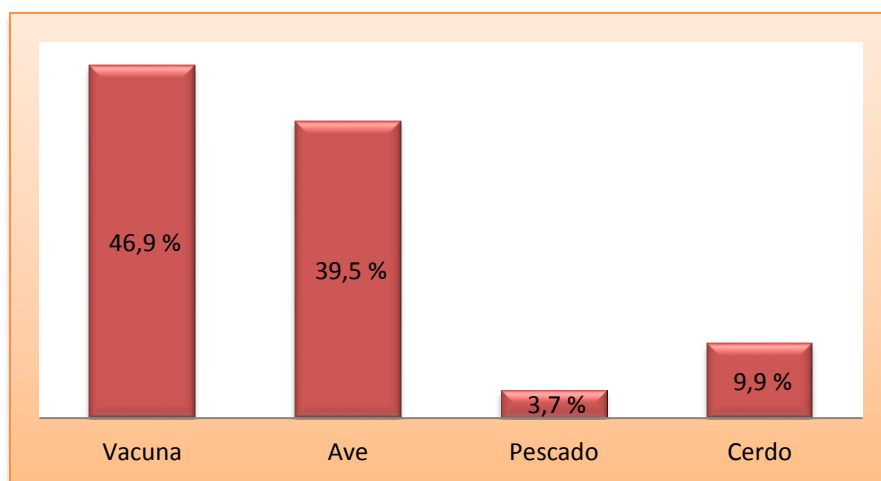
Del total de la muestra (52), 43 de las encuestadas representan el 82,7% que consume lácteos, mientras que el 17% (9) no consume lácteos diarios. Asimismo, el consumo promedio de lácteos (leche, queso y yogur) fue similar para todas las edades, pero se vio que, de este total, fue por mayor consumo de quesos 43%, seguido de un 23% de leche y,

por último, un 16,7% de yogur. Tratándose en promedio de 3 porciones diarias de quesos, 2 de leche y 1 de yogur.

8. Consumo de carnes

Con respecto a las carnes fueron de consumo diario en el total de la población, con mayor frecuencia de consumo de carne vacuna y ave (86,4%), seguido el consumo de cerdo (9,9%) y el pescado (3,7%), respectivamente.

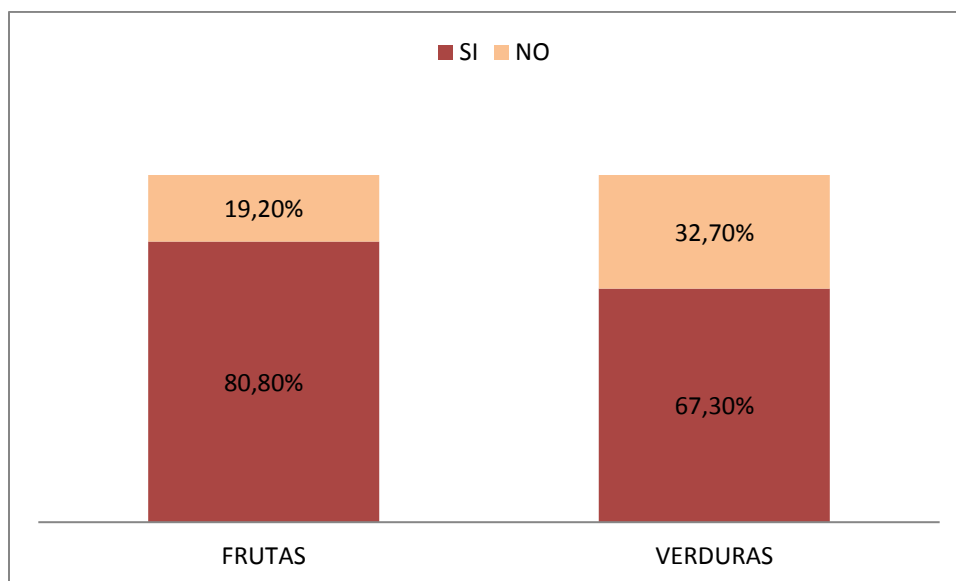
Gráfico N° 9: Distribución de la muestra de acuerdo a la frecuencia de consumo de carnes.



Fuente: Elaboración propia

9. Consumo de Frutas y Verduras

Gráfico N° 10: Distribución de la muestra según consumo diario de frutas y verduras.

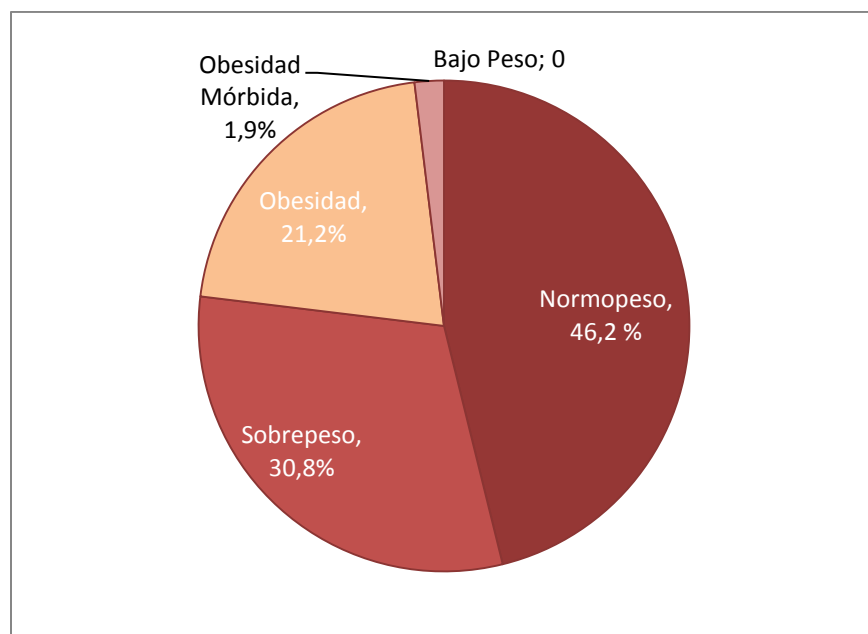


Fuente: Elaboración propia

Del total de las encuestadas, se observó una notable diferencia en cuanto al consumo de frutas y verduras; donde un 80,8% si consume frutas a diario y el 19,2% restante, no consume. En cuanto, al consumo de verduras se vio que 67,3% si consume, mientras que un 32,7% no consume a diario. En promedio, el consumo de frutas fue de 1,83 porciones por día y el de verduras fue de 2 porciones por día. Además, refirieron consumir con mayor frecuencia las frutas crudas con un porcentaje del 55%, seguidas de las cocidas un 27% y el resto, enlatadas un 18%. Asimismo, de las verduras se obtuvo un mayor porcentaje (50%) las cocidas, seguido con las verduras crudas (37%), y enlatadas (13%) respectivamente.

10. Evaluación del Estado Nutricional

Gráfico N°11: Distribución de la muestra según estado nutricional actual.

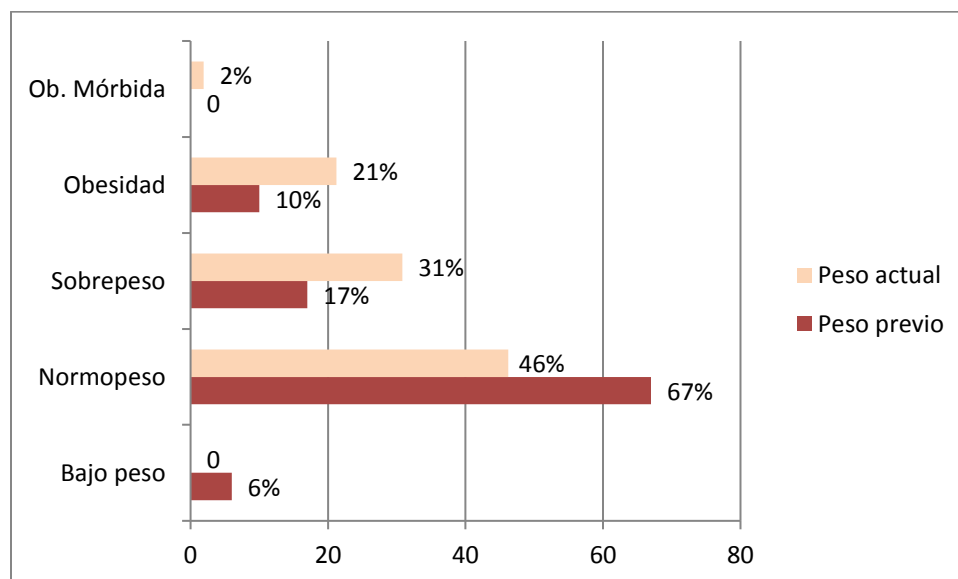


Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al IMC actual, del total de la muestra solo un 46,2% presentó Normopeso, mientras que un 30,8% tiene sobrepeso, y el 23,1% restante representa obesidad grado 1 y obesidad mórbida.

De este modo, se contempló que la mayoría de las mujeres presentó malnutrición por exceso (53,9%), es decir más de la mitad de la muestra realizada.

Gráfico N° 12: Distribución de la muestra según el peso actual y el peso previo a la menopausia.

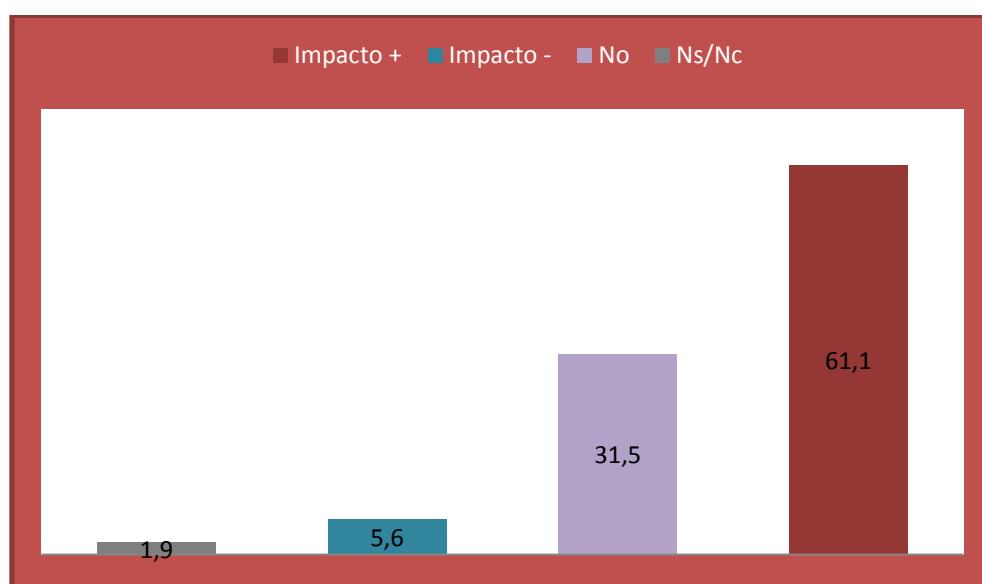


Fuente: Elaboración propia

La relación entre las variables estado nutricional previo con el estado nutricional actual, se vio que, del total de las mujeres, hubo un aumento significativo en cuanto al peso corporal, representando un 52% sobrepeso y obesidad.

11. Impacto de la Menopausia según Estado Nutricional actual

Gráfico N°13: Distribución de la muestra según la percepción del impacto de la menopausia.

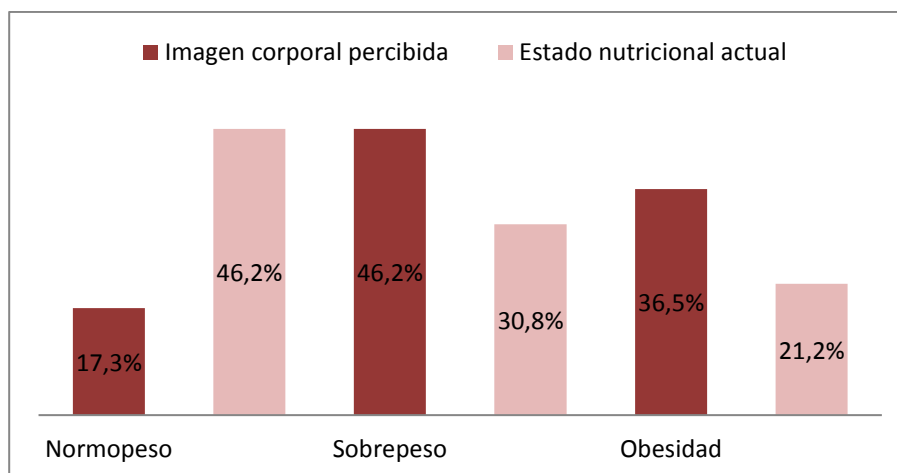


Fuente: Elaboración propia

En relación al impacto de la menopausia, más de la mitad de las mujeres encuestadas se percibió que aumentó de peso 61,1%, un 31,5% consideró que no tuvo un impacto, mientras que un 5,6 % manifestó haber tenido un impacto negativo (que disminuyó de peso), y por último, un 1,9% respondió que no sabía.

12. Imagen Corporal

Gráfico N° 14: Distribución de la población según estado nutricional y la percepción de la imagen corporal percibida.

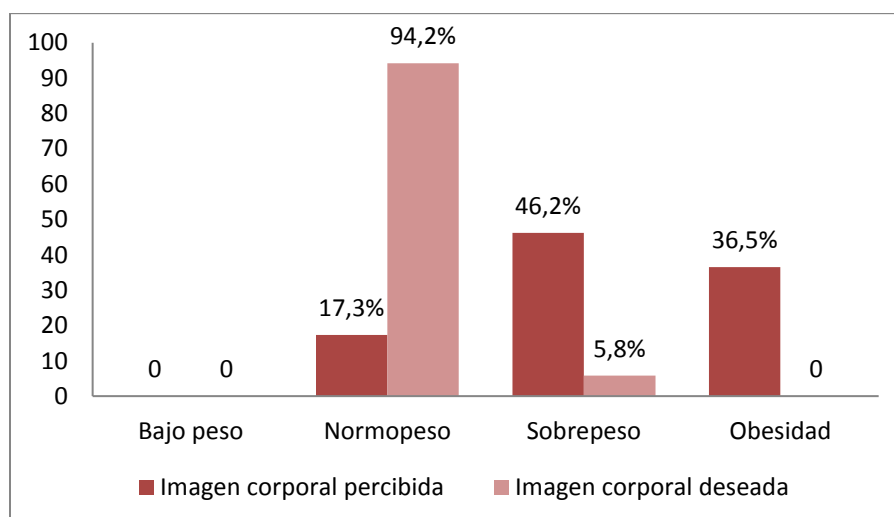


Fuente: Elaboración propia

El análisis de la correlación entre las variables percepción de la imagen corporal percibida según estado nutricional dio como resultado que:

El 83% de las mujeres, su percepción corporal no coincidía con su estado nutricional considerándose con sobrepeso y obesidad, y sólo un 17% coincidía con normopeso.

Gráfico N° 15: Distribución de la población según imagen corporal deseada y la percepción de la imagen corporal percibida.



Fuente: Elaboración propia

De total de las mujeres encuestadas, aquellas que se percibían con sobrepeso desean verse con peso normal (94,2%), mientras que aquellas que se percibían con obesidad marcaron la figura 5, que representa sobrepeso (5,8%).

Conclusiones

De acuerdo a la investigación realizada, la población que representa a las mujeres en etapa menopáusica, se pudo percibir que según, el análisis de comparación entre el estado nutricional previo a la menopausia con el actual, reflejó un aumento notable de peso corporal, alcanzando un 54%, más de la mitad de la población, con sobrepeso y obesidad, esto puede verse relacionado por la presencia de ciertas enfermedades que conlleva la menopausia.

Sin embargo, la ingesta diaria de comidas (desayuno, almuerzo, merienda y cena) realizado en el total de la muestra, reveló que un 52,8% suprime la merienda y la cena, reemplazándolas por otras comidas como mate cebado, golosinas o snacks.

La ingesta de líquidos tuvo en toda la población un promedio de 4200 ml diarios. De los cuales, se halló mayor frecuencia de consumo de agua con un promedio diario de 1850 ml, seguido por las gaseosas 535 ml, luego el caldo con un promedio de 425 ml y la leche con 320 ml diarios.

Los lácteos fueron de consumo habitual en el total de la población, con un promedio de 3 porciones de lácteos a diario, con predominio de consumo de quesos por día.

En cuanto a las carnes, el consumo fue diario para todas, con un alto porcentaje de carnes vacunas y ave, seguido de la carne de cerdo y por última, la de pescado, respectivamente.

El consumo de frutas y verduras fue más prevalente, donde consumen en promedio una porción de fruta por día y dos porciones de verduras, pero también hay un porcentaje alto de aquellas que no consumen nada a diario.

En relación a la actividad física, se vio que de las 52 de las encuestadas, el 42,3% realiza actividad física programada. Asimismo, la más predominante, fue el de tipo aeróbico, refiriéndose a las caminatas, running y bicicleta. Cabe mencionar, que la actividad física en este grupo etario es beneficiosa para salud, como así también para la prevención y tratamiento de enfermedades óseas.

Por otra parte, se vio que del total de la muestra un 94,2% no consume suplementos, mientras que solo un 5,8% si consume suplementos de calcio y vitamina D. En ocasiones es preciso recurrir a suplementos tanto de calcio como Vit D, ya que facilitan la absorción alimentos ricos de este mineral.

Los resultados también reflejaron una gran discrepancia entre el estado nutricional real y la percepción de la imagen corporal, más de la mitad de las mujeres encuestadas se percibió con sobrepeso y obesidad, y sólo un 17% se percibió como tal, normopeso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Torresani, M. Aprendamos a comer frente al cambio hormonal. 2ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Akadia, 2015, 164 p.
- 2- Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos. Investigaciones sobre la menopausia. ISBN 92. España, Ginebra 1981.
- 3- Capelletti A. y Katz, M. Obesidad, encrucijadas y abordajes. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Akadia, 2018, 500 p.
- 4- Sánchez Lydia, Socías Carmen y Barcelo Margarita. Los Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mayores. Revista ASUNIVEP. [Sitio Web] 2015. [citado 4 de Sep 2019] Vol 3 [pág.667-673]
DOI: 10.13140/RG.2.1.4222.384
- 5- Torres Jiménez,A.yTorres Rincón, M. Climaterio y menopausia. Revista de la Facultad de Medicina (Méx.) [Revista de internet] 2018. [citado 8 de julio 2019] Vol. 61 (2): [58]
Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lang=es
- 6- Pavón de Paz I, Alameda Hernando y Olivar Roldán J. Obesidad y menopausia. Revista Nutrición Hospitalaria. [Revista en internet] 2006. [citado 4 de Sept 2019] Vol. 21 (6): [pág. 633-637]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900001
- 7- López Laura, Suárez Marta. Fundamentos de nutrición normal. 1ª ed. 3ª reimpresión. Buenos Aires, Ateneo, 2010, 488 p.
- 8- Ortiz E, Garelo Néstor, Arias Rodrigo, Karchmer Samuel, Gracia José. Climaterio y menopausia. Revista Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. [Revista de internet] 2016. [citado 4 de Septiembre 2019] Vol. 50 (8): [pág. 258] Disponible en: <http://www.flasog.org/en/static/libros/Libro-Climaterio-y-Menopausia-FLASOG.pdf>
- 9- Pérez, E. y Rojas, I. Menopausia, panorama actual de manejo. Revista Med [Revista de internet] 2011. [citado 8 de julio 2019] Vol.19 (1): [p.56-65]
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n1/v19n1a06.pdf>
- 10- Maghraoui A , Ouzzif Z , Mounach A, Rezqi A, Achemlal L , Bezza A , Tellal S , Dehhaoui M y Ghozlani. Influencia de la obesidad en la prevalencia de

fracturas vertebrales y el estado de la vitamina D en mujeres post-menopáusicas. Revista NutrMet. [Revista de internet] 2015. [citado 9 de julio 2019] doi: 10.1186 / s12986-015-0041-2

- 11- Adams E. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Revista Inv. Medicoquir. [Revista de internet] 2012. [citado 9 de julio 2019] Vol 4 (1): [107-121]
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2012/cm-q121k.pdf>
- 12- Díaz D, Toledo E, Fuillerat R, Wong I, Moreno V, Matos D, Romero M, y Rodríguez C. Impacto del sobrepeso y la obesidad sobre la autoimagen corporal de la mujer en la menopausia. Convención Internacional de psicología y ciencias sociales y humanas. Cuba, Hominis, 2005.
- 13- Morales Carlos, Valencia Arturo, Reynoso Luis. Caracterización de los patrones alimentarios para los hogares en México y Sonora. Nueva Época. [Artículo de internet] 2010. [citado 4 de Sep 2019] Vol 11 (21): 204.
- 14- Stamatelopoulos K , Papavagelis C , Augoulea A , Armeni E , Karagkouni I , Avgeraki E , Georgiopoulos G , Yannakoulia M , Lambrinoudaki I. Patrones dietéticos y riesgo cardiovascular en mujeres posmenopáusicas: protocolo de un estudio transversal y prospectivo. Revista Pubmedgov [Revista de internet] 2018. [citado 15 de julio 2019] Vol.116.[pag.59-65] doi: 10.1016/ j.maturitas.2018.07.006
- 15- Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutr. Hosp. [revista en internet]. 2010 [citado 18 julio 2019]; Vol25 (3): [aprox 18 pantallas].
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009
- 16- Hernández J y Cuevas R. Valoración del estado nutricional. Rev. Médica. [Revista de internet] 2004. [citado 20 julio 2019] Vol. 4 (2) [29-34]
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv042e.pdf>
- 17- Rebolledo Acevedo A. Encuestas alimentarias. Rev. Chil. Nutr. [revista en internet]. 1998 [citado 20 de julio 2019]; 25 (1): [1 página].
En: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=232914&indexSearch=ID>
- 18- García L, Rabert E y Ruiz J. Evaluación Psicométrica de la imagen corporal. Revista Científica. [Revista de internet] 2009. [citado 2 de agosto 2019] [pág. 253-264] <https://www.redalyc.org/html/2819/281921775006/>

- 19- Meertens L, Díaz N, Fraile C, Riera M, Rodríguez M, Rodríguez L, Solano L. Estado nutricional, indicadores antropométricos y homocisteína séricas en mujeres postmenopáusicas venezolanas. Revista Chilena de Nutrición [Rev. En internet]. 2011. [citado 2 de agosto 2019] Vol 38 (3) pág, 278-284.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000300003
- 20- Meertens L, Díaz N, Fraile C, Riera M, Rodríguez M, Rodríguez L, Solano L. Estado nutricional, indicadores antropométricos y homocisteína séricas en mujeres postmenopáusicas venezolanas. Revista Chilena de Nutrición [Rev. En internet]. 2011. [citado 2 de agosto 2019] Vol 38 (3) pág, 278-284.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000300003
- 21- Rossi M, Oliva L, Squillace C, AlordaB ,Maffei L, Torresani M. Ganancia de peso corporal a partir de la menopausia y perfil alimentario en una muestra de mujeres de la ciudad de Buenos Aires. Clínica. 2015. Vol 16 (2): [pág. 41-50]
- 22- Soleymani M, Siassi F, Qorbani M, Khosravi S, Aslany Z, Abshirini M, Zolfaghari G, Sotoudeh G. Patrones dietéticos y su asociación con síntomas menopáusicos. Revista la menopausia. [Revista de internet] 2019. [citado 15 de julio] Vol. 26 (4): [365-372]. doi: 10.1097 / GME.0000000000001245.
- 23- Basagoiti N, Aperte E y Moreira G. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. Nutrición Hospitalaria [Rev. En internet]. 2007. [citado 2 de agosto 2019] Vol 22 (3) [aprox 12] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000400005&lang=es#back
- 24- Rossi, M, Ferreyra M, Garaicochea, A, Vásques, F y Torresani, M. Relación entre estado nutricional, consumo de alimentos no nutritivos y percepción de estrés en mujeres peri-menopáusicas. Revista chilena nutrición. [Revista de internet] 2018. [citado 2 de agosto 2019] Vol 45 (2): [aprox. 16]
Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182018000300105&lang=es#B12
- 25- Mercado M, Monterrosa A y Méndez C. Evaluación de la calidad de vida en climáticas con la Escala Cervantes: Influencia de la etnia. Revista Peruana de ginecología y obstetricia [Revista de internet] 2018. [citado 2 de agosto 2019] Vol 64 (1): [pág 13-25]
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322018000100003&script=sci_abstract

- 26- Sharma S y Mahajan N. Síntomas de la menopausia y su efecto sobre la calidad de vida en mujeres urbanas versus rurales. RevistaJMidlifeHealth [Revista de internet] 2015. [citado 2 de agosto 2019] Vol 6 (1): [pág 16- 20] doi: [10.4103 / 0976-7800.153606](https://doi.org/10.4103/0976-7800.153606)
- 27- Martínez A, Ramos, A, Díaz M, HernándezM, Núñez L, y Carrión B. Representaciones socio-culturales sobre la menopausia. Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete. Revista Index Enfermería [Revista de internet] 2008. [citado 8 de julio 2019] Vol. 17 (3): [aprox. 10]
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300002

ANEXOS

ENCUESTA: “Estado nutricional, patrón de consumo alimentario e imagen corporal”

1. Edad (en años): _____
2. Peso (aproximado): _____
3. Talla (aproximada): _____
4. Peso Habitual (Previo a la menopausia): _____

5. Evolución de la menopausia:
 < 1 año ☐

 1– 5 años ☐

 6– 10 años ☐

 >10 años ☐

6. ¿Realizas actividad física?
 SI ☐

 NO ☐
 6.1. ¿Qué tipo de actividad física realizas? _____
 6.2. ¿Cuántas veces por semana? _____

7. ¿Consumís algún suplemento?
 SI ☐

 NO ☐
 7.1. ¿Qué tipo de suplemento consume? _____
 7.2. ¿Cuántas veces por semana? _____

8. Consumo alimentarios
 8.1. Ingesta de comidas

 a) ¿Qué comidas realiza a diario? (encerrar SI en caso de realizar la comida frecuentemente, y NO en caso de no realizarla frecuentemente).
Desayuno SI NO
Almuerzo SI NO
Merienda SI NO
Cena SI NO

¿Realiza otra comida al día?

SI ☐

NO ☐

¿Cuáles? _____

8.2. Ingesta de líquidos

¿Recuerda qué líquidos consumió ayer durante la mañana, mediodía, tarde y noche? ¿Qué cantidad de vasos consumió de los mismos? Dentro de los líquidos se pueden incluir: agua potable, agua mineral, aguas saborizadas, jugos, gaseosas, leche, yogur, infusiones, bebidas alcohólicas y caldos.

Líquidos consumidos	Cantidad de vasos/tazas (ml según tamaño de porción)	Nombre (marca y tipo)
Mañana		
Medio día		
Tarde		
Noche		

9. Consumo de lácteos:

9.1. ¿Consumes lácteos a diario? (seleccionar la opción que corresponda)

SI ☐

NO ☐

Si una porción de lácteos equivale a 1 vaso de leche o 1 vaso de yogur o 1 porción de queso:

9.2. ¿Cuántas porciones de lácteo consumes por día?

10. Consumo de carnes:

10.1. ¿Come carnes a diario? (seleccionar la opción que corresponda)

SI ☐

NO ☐

10.2. **¿Qué tipo de carne consume habitualmente?** (Marque con una X, puede marcar más de una opción)

Vacuna ☐

Ave ☐

Pescado ☐

Cerdo ☐

11. Consumo de frutas y verduras:

11.1. **¿Consume frutas a diario?**

SI ☐

NO ☐

11.2. **¿Cuántas porciones de fruta consume habitualmente?** (1 porción equivale a 1 fruta mediana o 1 compotera de fruta cortada/cocida o 1 taza tamaño tipo café con leche de fruta cortada o ½ plato playo de fruta cortada).

11.3. **Si consume frutas, ¿Cuál es su forma habitual de consumo?** (Marque con una X)

Crudas ☐

Cocidas ☐

Enlatadas ☐

11.4. **¿Consume verduras a diario?**

SI ☐

NO ☐

11.5. **¿Cuántas porciones de verduras consume habitualmente?** (1 porción equivale a 1 vegetal mediano crudo, 1 plato de hojas verdes, ½ plato de

vegetales cocidos). No se tendrán en cuenta como verdura a la papa, batata y choclo.

11.6. **Si consume verduras, ¿Cuál es su forma habitual de consumo?**(Marque con una X)

Crudas ☐

Cocidas ☐

Enlatadas ☐

Congeladas ☐

12. Percepción del impacto de la menopausia en el estado nutricional (marque la opción que considere correcta)

Impacto positivo (si considera que aumentó de peso) ☐

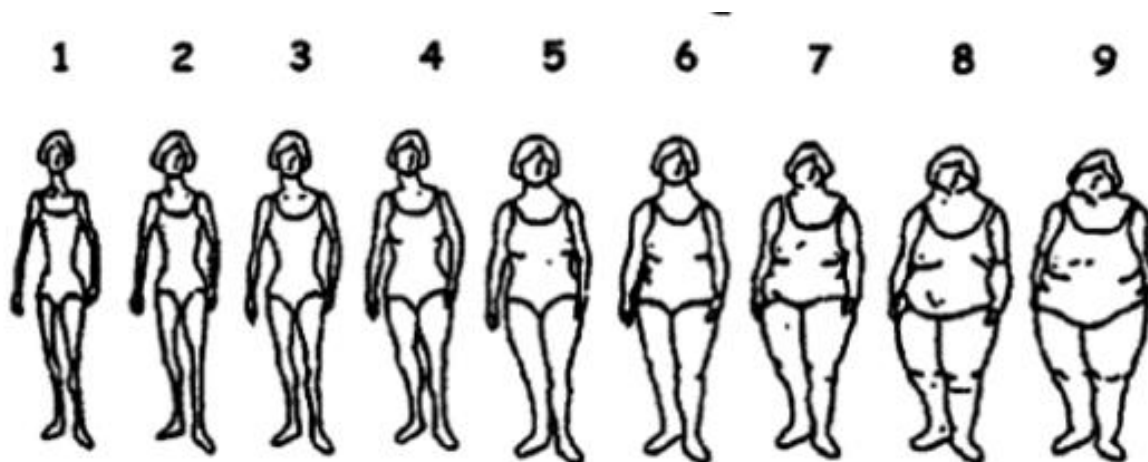
Impacto negativo (si considera que disminuyó de peso) ☐

NO ☐

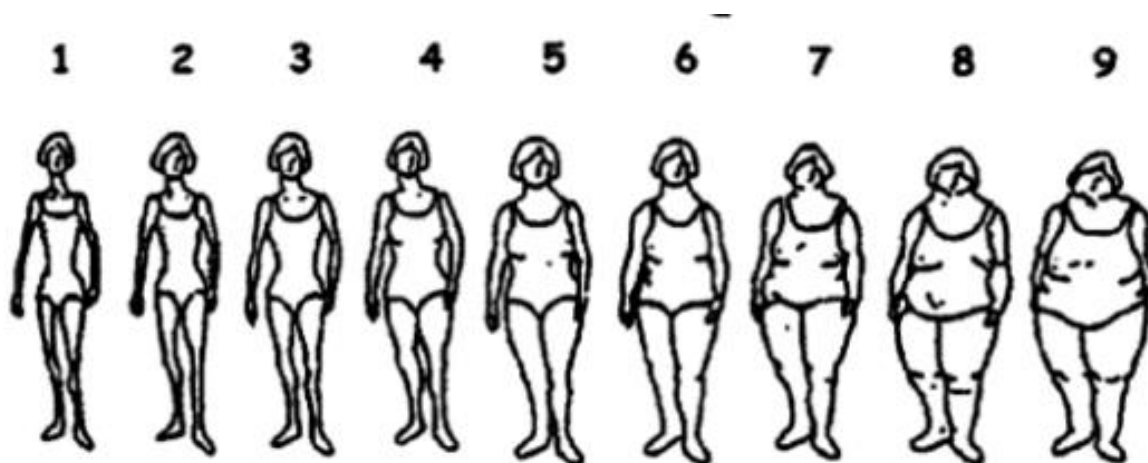
NS/NC ☐

13. Percepción de la imagen corporal

13.1. ¿Con qué imagen corporal te sentís identificada? Elegí el número de la figura con que te sentís representada: _____



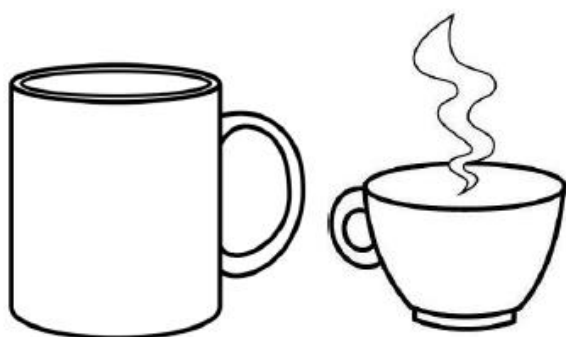
13.2. ¿A cuál imagen corporal te gustaría parecerte? Elegí el número de la figura con que te gustaría sentir identificado/a: _____



Modelos de vasos y tazas



Equivale a 250 ml



Equivale a 200 ml