

Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autora: Paula Benegas

**ESTADO NUTRICIONAL Y CONSUMO DE  
PSICOFÁRMACOS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE  
LOMAS DE ZAMORA, PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES, EN EL AÑO 2022**

2022

Tutora: Lic. Eleonora Zummer

*Citar como:* Benegas P. Estado nutricional y consumo de psicofármacos en un hospital psiquiátrico de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires, en el año 2022. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2022. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3311>

## RESUMEN

### **Estado Nutricional y consumo de psicofármacos en mujeres adultas internadas en un Hospital psiquiátrico de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires en el año 2022.**

**Autora:** Paula Benegas

**Institución:** Universidad ISALUD

**Contacto:** paulabenegas@gmail.com

**Introducción:** Se ha demostrado en los últimos años la relación entre la obesidad/sobrepeso y uso de antipsicóticos; debido a que los pacientes con trastorno psiquiátrico presentan altas tasas de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia; son los efectos secundarios del aumento de peso y síndrome metabólico. Los trastornos mentales están entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria. Se estima mundialmente que el 32,7% de las personas sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida y las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y psicóticos.

**Objetivo:** Relacionar la evolución del Estado Nutricional con el consumo de medicación psiquiátrica en las mujeres internadas en un Hospital Psiquiátrico, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires en el año 2022

**Metodología:** Este estudio es observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Tipo de Muestreo no probabilístico por conveniencia.

**Resultados:** Muestra de 67 mujeres. Edad promedio 56,08 años (DE  $\pm$  7,04). Diagnóstico Psiquiátricos: TEI/Depresión 13,4%, Trastorno Bipolar 22,4%, Esquizofrenia 64,2%. Media de peso 67,77 kilos (DE  $\pm$  18,28). Aumento Peso de 2,64 kilos (DE  $\pm$  7,94), representa el 4,4% (DE  $\pm$  13,25) El 58,2% subió de Peso en periodos de internación desde marzo del 2019 hasta marzo del 2022. La media de IMC fue de 28,67 k/m<sup>2</sup> (DE  $\pm$  6,92). Se vio incrementado en un 1,1% (DE  $\pm$  3,23) más. La Obesidad aumentó 11% con la internación. El 55% toma Clozapina. La Risperidona registró un 26,1% (DE  $\pm$  30,28) de aumento de Peso en las pacientes.

**Conclusión:** Los psicofármacos estudiados, provocan aumento de peso en las personas internadas, y estos son, principalmente, la Risperidona, la Olanzapina y la Quetiapina. Según la muestra evaluada, los psicofármacos utilizados para la esquizofrenia fueron los que más aumento del IMC presentaron, y los de (TEI)/Depresión los que menos.

**Palabras Clave:** Psicofármacos- Sobrepeso/Obesidad- Psiquiatría.

### **AGRADECIMIENTO:**

**Agradezco haber podido llegar hasta esta instancia con mucho esfuerzo, salteando muchos inconvenientes que se me interpusieron en el camino. A algunos profesores como Lic. Liliana Canga, Lic. Mariel Santoalla, Dr. Elio Prieto, Dra. Edith Barrinaga y seguro alguno más, que tuvieron algunas palabras de aliento en algún momento de la carrera para que no abandone. El apoyo de mis padres, familia, compañeros y amigos, pero por sobre todo a mi amiga Marcela Martínez, con quien recorrí toda la carrera acompañándonos en todo momento. Por último, a la Lic. Catalina Linardi, quien me comento sobre la problemática de los pacientes psiquiátricos y me alentó para realizar esta tesina.**

### **DEDICATORIA:**

**Me la dedico a mí misma, ya que puse todo mi esfuerzo y dedicación para llegar a la meta, siempre fue mi sueño el tener mi título universitario, tuve muchas dificultades en el camino, edad, enfermedad, pandemia, y más; pero dije, lo voy a hacer, me lo propuse y lo logré.**

## INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN:.....	4
MARCO TEÓRICO .....	6
ESTADO DEL ARTE .....	19
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	22
OBJETIVO GENERAL .....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
VARIABLES.....	22
METODOLOGÍA.....	26
RESULTADOS .....	28
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN .....	31
BIBLIOGRAFÍA .....	34
ANEXOS .....	37

## TABLAS

Tabla 1. Fármacos según Patología Psiquiátrica .....	11
Tabla 2. Psicofármacos cuya administración produce aumento de peso.....	15
Tabla 3. Psicofármacos cuya administración puede disminuir el peso .....	15
Tabla 4. Incidencia aproximada de aumento de peso producido por los antipsicóticos atípicos.....	21
Tabla 5. Aumento de peso en 10 semanas de tratamiento.....	21
Tabla 6. Porcentaje de la muestra según Estado Nutricional en los dos momentos de la internación .....	29
Tabla 7. Porcentaje de cambio de peso según fármaco .....	30

Tabla 8. IMC Inicial e IMC al momento del estudio de la muestra según Diagnostico Psiquiátrico .....	30
--	----

## **GRÁFICOS**

Gráfico 1. Porcentaje de mujeres estudiadas según fármacos que consumen durante la internación. ....	29
--	----

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la obesidad y el sobrepeso como “exceso acumulado de grasa corporal, que se presenta por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético” (1).

Esta misma institución internacional declaró en 1997 a la obesidad “Epidemia de carácter global que plantea una grave amenaza para la salud pública debido al aumento del riesgo de trastornos asociados como la hipertensión, la cardiopatía coronaria y la diabetes (1)

El riesgo de que los pacientes psiquiátricos desarrollen obesidad guarda relación con el sedentarismo, el uso de psicofármacos y la susceptibilidad genética de la que muchos de ellos son portadores (1)

En ellos la alimentación se ve modificada por la patología y por el conjunto de pautas adaptativas. Pero este aspecto, excepto en el caso de los trastornos alimentarios específicos, ha sido poco estudiado. Existen factores como la medicación, características individuales, etc que los afectan. Tienen relaciones complejas y cambiantes con la forma de comer o el peso. Es reconocido que la patología depresiva influye en el peso, pero puede dar lugar a aumentos o disminuciones de éste. Esta relación es muy compleja, está influida por el sexo, la edad, personalidad y preocupación por la dieta (2)

En los últimos años se ha ido observando a través de diferentes estudios una relación entre la obesidad y sobrepeso con el uso de los medicamentos antipsicóticos de segunda generación; debido a que los pacientes con trastorno psiquiátrico presentan altas tasas de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia. Entre los efectos secundarios a estos fármacos se encuentran: el aumento de peso y síndrome metabólico. (3)

Los trastornos mentales constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública moderna, debido a que están entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria. Se estima mundialmente que el 32,7% de las personas sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida, y de un 15,0% a un 25,0% en los últimos doce meses (4)

En Latinoamérica, los estudios transversales comunitarios, realizados en personas mayores de 18 años, informaron prevalencias globales de los trastornos mentales a lo largo de la vida del 45,9%, del 26,8% en el último año y del 22,0% en el último mes (4)

Existen datos consistentes entre varios estudios epidemiológicos que mostraron que las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y psicóticos. Mientras, en los hombres son más frecuentes los trastornos por abuso de sustancias y el trastorno antisocial de personalidad (4)

El objetivo de la presente investigación es evaluar el Estado Nutricional y consumo de psicofármacos en mujeres adultas internadas en el Hospital Psiquiátrico de zona sur, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires en el año 2022.

Con este estudio se busca entender cómo afecta el consumo de ciertos psicofármacos en el IMC de las mujeres adultas, con el propósito de contribuir a diseñar intervenciones nutricionales oportunas y acordes al tratamiento farmacológico y prevenir comorbilidades que conllevan el sobrepeso y la obesidad.

## **MARCO TEÓRICO**

### **MUJER ADULTA**

Cronológicamente, el periodo adulto abarcaría, aproximadamente, cuarenta años; que estarían comprendidos entre los 20 y los 60. Estos límites no son fijos y pueden variar según las culturas. Jurídicamente, el concepto adulto viene a determinar lo que socialmente se conoce como la mayoría de edad.

Sociológicamente, adulto viene a significar persona integrada en el medio social y, por tanto, ocupa un puesto reconocido, con total reconocimiento de sus derechos, libertades y responsabilidades (5)

Psicológicamente es más difícil la conceptualización, en la medida que adulto determina madurez de personalidad y, por tanto, está haciendo mención a una persona responsable, cabal, con plena capacidad, seriedad y dominio personal. Desde este punto de vista, se hace referencia a las capacidades adaptativas y a los cambios demandados en comparación con la media. (5)

### **Salud Mental y la mujer**

Las mujeres tienen más probabilidad de desarrollar un trastorno límite de la personalidad y trastornos de la alimentación, mientras que las prevalencias de trastorno de la conducta y de personalidad antisocial son más altas en los hombres. Se destaca el hecho de que las mujeres no solamente presenten tasas más elevadas de trastornos mentales que los hombres, sino también síntomas más graves y discapacitantes (6)

Pareciera que las mujeres son más vulnerables a que su salud mental resulte afectada por ciertos factores sociales, sobre todo si se es jefa de familia o si se dedica exclusivamente a las labores del hogar o a cuidar a algún enfermo. Otros factores psicosociales de riesgo tienen que ver con el bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a condiciones de precariedad), el desempleo, el aislamiento social, los problemas legales, las experiencias de violencia, el consumo de sustancias adictivas (6)

### **PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS FEMENINAS**

1 de cada 5 mujeres sufren una afección de salud mental. Ciertas afecciones como la depresión y la ansiedad son mas comunes entre las mujeres.

Con respecto al consumo de alcohol y a sustancias toxicas. Las mujeres pueden experimentar mayores complicaciones con respecto a los tratamientos (7)

### **Trastornos de Ansiedad:**

La ansiedad es una respuesta normal al estrés, cuando se dificulta puede afectar e interferir en la vida cotidiana. Los trastornos de ansiedad afectan aproximadamente 1 de cada 5 mujeres y tienen el doble de posibilidades a comparación de los hombres.

Las mujeres con trastorno de ansiedad tienen una combinación de pensamientos o creencias de ansiedad, síntomas físicos y cambios en el comportamiento, como, por ejemplo, evitar actividades cotidianas que solían hacer. Cada trastorno de la ansiedad tiene diferentes síntomas. Todos implican temores y miedo a cosas que podrían ocurrir ahora o en el futuro. Algunos síntomas físicos son debilidad, falta aire, frecuencia cardiaca rápida, náuseas, molestias estomacales, sofocos, mareos. Estos trastornos generalmente van acompañados de otras enfermedades mentales o físicas.

Los trastornos de ansiedad generalmente se diagnostican cuando el miedo a situaciones, sucesos, lugares u objetos inofensivo se transforman en obsesiones y no pueden controlarlo. También si la perturbación interfiere con las actividades sociales, el trabajo, la familia y otros aspectos de la vida cotidiana (7)

Fármacos que se utilizan:

- Ansiolíticos (benzodiazepinas): Es un medicamento que generalmente se receta para periodos cortos de tiempo, ya que generan adicción. No se suspende su consumo repentinamente ya que puedo provocar síntomas de abstinencia.
- Beta bloqueadores: Previenen los síntomas físicos de los trastornos de ansiedad, como el temor o el sudor.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Aumentan la cantidad de serotonina disponible para ayudar a las células del cerebro a comunicarse entre si. Entre los efectos secundarios frecuentes se encuentran el insomnio o la sedación, problemas estomacales y disminución del deseo sexual.
- Tricíclicos: Funcionan como lo ISRS, pero a menudo tienen mas efectos secundarios que los ISRS. Pueden provocar mareos, somnolencia, sequedad en la boca, constipación o aumento de peso.

- Inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO): Este medicamento debe evitarse combinarlo con algunas comidas y bebidas (queso parmesano o cheddar y vino tinto), aquellos que contengan tiramina ya que pueden aumentar la presión arterial a niveles peligrosos. También se debe evitar su combinación con algunos anticonceptivos, analgésicos y medicamentos para el resfrió y la alergia (7)

### **Trastorno Bipolar**

El trastorno bipolar es una afección médica grave que genera cambios extremos en el humor, la energía y la capacidad de función de una persona. Estos cambios de humos se denominan episodios maníacos y depresivos. Los distintos tipos de trastorno bipolar se basan en la gravedad de los cambios de conducta y humor de una persona y la rapidez en que aparecen y desaparecen.

Los medicamentos que se utilizan son anti ansiolíticos y antidepresivos, estos pueden provocar aumento de peso (7)

### **Trastorno Dismórfico corporal**

El TDC son efectos físicos menores o imaginarios que los demás no suelen notar, creer fuertemente que quienes un defecto en tu apariencia que hace poco agraciada o deforme provoca ansiedad y estrés, comparar constantemente la apariencia con los demás a un punto que convierte en tu mayor preocupación, la búsqueda de aprobación es constante y la búsqueda de cirugías estética y nunca estar contenta con el resultado.

Habitualmente las personas que tienen antecedentes familiares como madre, padre, hermanos sufren este trastorno o bien experiencias en la infancia, por burlas por sus cuerpos cuyas familias se centraban en el valor de los hijos por su apariencia física o que fueron victimas de abuso durante la infancia.

La medicación que se da para este tipo de trastorno son antidepresivos que ayuda con los pensamientos y las conductas obsesivas y compulsivas (7)

### **Trastorno Limite de la personalidad (Border Line)**

Es una enfermedad mental grave, genera estados de ánimo impredecibles o inestables y afecta la imagen propia y las relaciones de la persona. Puede experimentar momentos intensos de enojo, depresión y ansiedad que pueden durar solo horas o como máximo un día. También puede ser agresiva, lastimarse a si misma y abusar de drogas o de alcohol.

No son estables en el tiempo, se consideran a si mismas malos o indignos. Es posible que se sientan incomprendidas o maltratadas, aburridas y vacías. Son muy impulsivos, son de gasta mucho dinero, se atraquen con comida o tengan sexo riesgoso. Pueden tener trastorno bipolar y trastornos de ansiedad, abusos de sustancias y otros trastornos de personalidad, pueden ser propensas a lastimarse y suicidarse.

Su tratamiento es asociado con la terapia convencional y medicamentos para ansiedad o depresión (7)

## **Depresión**

La depresión es una enfermedad de salud mental en la que la persona se siente triste (incluso llora con frecuencia), vacía o desesperanza la mayor parte del tiempo (o pierde interés o no disfruta d las actividades diarias). La depresión afecta la capacidad de una persona de trabajar, ir a la escuela o relacionarse con su familia y amigos. La depresión es un de las afecciones de salud mental mas comunes. Es una enfermedad que involucra al cuerpo, el humor y los pensamientos. Puede afectar la manera de comer y dormir. No es lo mismo sentirse melancólico o triste por algunas horas o un par de días, esta enfermedad es diferente a la angustia que se siente al perder a un ser querido o a experimentar tristeza después de un trauma o evento difícil. No es una afección que simplemente desaparece. Las personas que tienen depresión no pueden recuperarse solos (7).

### Existen diferentes tipos de depresión:

- Trastorno depresivo severo: conocido como depresión severa, es una combinación de síntomas que afecta la capacidad de la persona al dormir, trabajar, estudiar, comer y disfrutar de los pasatiempos y las actividades diarias.
- Trastorno distímico: conocido como distimia, este tipo de depresión dura más de 2 años. Es menos grave que la depresión severa, el paciente puede llegar a llevar una vida normal y sentirse bien.
- Depresión psicótica: cuando la depresión está acompañada por algún tipo psicosis, como un quiebre en la realidad, alucinaciones y delirios.
- Depresión posparto: se diagnostica después que la mujer da a luz y experimenta un episodio depresivo importante. También se puede dar durante el parto y se denomina depresión prenatal.
- Trastorno afectivo estacional (SAD, por sus siglas en inglés): depresión que parece en los meses de invierno, cuando hay menos luz natural

- Depresión bipolar: es la fase depresiva de la enfermedad bipolar y requiere un tratamiento distinto al de la depresión severa (7)

Los síntomas puedan ser tristeza, melancolía vacía con llantos frecuentes, desesperanza, incapacidad, pérdida de interés en pasatiempo y actividades, reducción de la energía, dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, no poder dormir, despertarse muy temprano o dormir demasiado y no querer levantarse, falta de apetito lo que genera pérdida de peso o comer para sentirse mejor lo que genera aumento de peso. Pensamientos sobre muerte o suicidio, enojarse, molestarse o enfurecerse con facilidad, dolores de cabeza, dolor de estómago. (7)

### **Patologías que requieren internación**

Los pacientes que experimentan cambios graves del estado de ánimo, los pensamientos o la conducta o efectos medicamentosos adversos graves y potencialmente fatales necesitan una evaluación y un tratamiento urgente y ser evaluados por un psiquiatra. Este debe determinar si el paciente es una amenaza para sí mismo o para otros.

La amenaza para el paciente puede consistir en su incapacidad de cuidar de sí mismo o una conducta suicida, también pueden realizar auto abandono ya que sus trastornos psicóticos, demencia o abuso de sustancias le quita la capacidad de obtener alimentos, vestimenta y protección apropiada.

Los pacientes que representan una amenaza para los otros incluyen aquellos que son activamente violentos, estos agreden al personal, tiran y rompen cosas, los que parecen beligerantes y hostiles y los que parecen amenaza al examinador y a los miembros del personal, pero expresan la intención de dañar a otra persona. Estos pacientes activamente violentos deben ser inmovilizados primero mediante medios físicos, fármacos o ambos. (8)

### **Tiempo de internación**

Las intervenciones se realizan para evitar que los pacientes se dañen a sí mismos y a los demás y poder evaluar la causa del comportamiento. Una vez que el paciente está inmovilizado/controlado, se requiere un control estricto, que a veces involucra la observación constante de un cuidado especialista en el tema. Cuando el paciente está medicamente estable se lo aísla a una sala segura.

No hay un tiempo estimado para cada intervención, el tiempo va depender de la evolución del paciente según tratamiento. (8)

## FÁRMACOS

Tabla 1. Fármacos según Patología Psiquiátrica

PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA	TIPO DE FÁRMACO PSQUIATRICO	EJEMPLOS DE FARMACOS
Trastorno Obsesivo Compulsivo:	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	-Fluoxetina (Prozac), -Fluvoxamina (Luvox), -Citalopram (celexa), -Escitalopram (Lexapro), -Paroxetina (paxil) -Sertralina (zoloft)
	Agentes antipsicóticos atípicos:	-Risperidona (risperdal), - Aripiprazolea (abilify), _Olanzapina (Zyprexa), -Quetiapina (seroquel) -Ziprasidona (geodon) -Valproic acid (Depakene, Depakote)
Trastornos por déficit de atención e hiperactividad:	Estimulantes	-Methylfenidate (Ritalina, Rialina LA, Methylin, Focalin, Focalin XR, concerta, metadate CD, daytrana)  -Dextroanfetamina (dexedrine)  -Lisdexmfetamina (Vyvanse)  -Sales de aneamina mezvaa (adderall, Adderall XR)
	Antagonistas de Alfa 2	-Clonidina (catapres, Kapvay)  -Guanfacina (Tenex, Intuniv)  -Atomoxetina (Strattera)

	Agentes Antipsicóticos atípicos	-Risperidonea (risperdal) -Aripiprazolea (Abilify) -Olanzapinea (zyprexal) -Quetiapine (seroquel) -Ziprasidone (geodon)
Trastorno explosivo intermitente (agresión, irritabilidad, autolesión):	Agentes antipsicóticos atípicos:	-Risperidonea (risperdal) -Aripiprazolea (Abilify) -Olanzapinea (zyprexal) -Quetiapine (seroquel) -Ziprasidone (geodon)
	Agonistas de alfa 2	-Clonidinea (Catapres, Kapvay) -Guanfacine (Tenex, Intuniv)
	Estabilizadores de humor y antiespasmódicos:	-Valproic ácida (Depakene, Depakote) -Levetiracetam (Keppra) -Topiramate (Topamax)
	ISRS	-Fluoxetina (Prozac) -Fluvoxamina (Luvox) -Citalopram (Celexa) -Escitalopram (Lexapro) -Paroxetine (Paxil) -Sertraline (Zoloft)
	Betabloqueadores	-Propranolol (Inderal) -Nadolol (Corgard) -Metoprolol (Lopressor) -Pindolol (Visken)
Trastornos de sueño:	Agonistas de melatonina	Melatonina ramelteon (Rozerem)

	Antihistamínicos	-Diphenhydramine (Benadryl) -Hydroxyzine (Atarax, Vistaril)
	Agonistas de alfa 2	-Clonidine (Catapres, Kapvay) -Guanfacine (Tenex, Intuniv)
	Antidepresivos atípicos	-Mirtazapine (Remeron) Trazodone (Desyrel)
Ansiedad	ISRS	-Fluoxetine (Prozac) -Fluvoxamine (Luvox) -Citalopram (Celexa) -Escitalopram (Lexapro) -Paroxetine (Paxil) -Sertraline (Zoloft), -Buspirone (Buspar), -Mirtazapine (Remeron) -Duloxetine (Cymbalta)
Depresión	ISRS	-Fluoxetine (Prozac) -Fluvoxamine (Luvox) -Citalopram (Celexa) -Escitalopram (Lexapro) -Paroxetine (Paxil) -Sertraline (Zoloft)
	Antidepresivos atípicos	-Bupropion (Wellbutrin) -Mirtazapine (Remeron)
Trastorno bipolar	Estabilizadores de humor y antiespasmódicos	-Lamotrigine (Lamictal) -Valproic acid (Depakene, Depakote, Depakote) -Gabapentin (Neurontin)

	Agentes antipsicóticos atípicos	-Litio (Risperdal) -Aripiprazole (Abilify) -Olanzapine (Zyprexa) -Quetiapine (Seroquel)
--	---------------------------------	--

(9)(10) Cuadro: fuente de elaboración propia.

## RELACIÓN DE LOS FÁRMACOS CON EL AUMENTO DE PESO

Con frecuencia, el aumento de peso que se produce durante el tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos es acompañado por un aumento de apetito y ansiedad por el consumo de alimentos. La ganancia de peso en pacientes con enfermedad mental se ha asociado al uso del antipsicóticos atípicos como la olanzapina, clozapina, la risperidona y el amisulpride (1).

De la misma forma, los fármacos denominados moduladores del estado de ánimo, como el carbonato de litio, el valproato de magnesio y la carbamazepina también tienden a afectar el peso corporal (1).

Aparentemente, dicho efecto se relaciona con la movilización de lípidos y, probablemente, con variaciones o polimorfismos genéticos en las regiones que codifican para el receptor serotoninérgico 5-HT<sub>2C</sub>. Así mismo, algunos otros polimorfismos encontrados en los genes que codifican los receptores 5-HT<sub>2A</sub> parece estar asociados a la aparición de alteraciones metabólicas y aumento de peso en pacientes psiquiátricos tratados con olanzapina y clozapina (1)

En relación con otro tipo de sustancias, se ha documentado que durante el tratamiento con fármacos antipsicóticos existe un aumento en los niveles de leptina en el plasma sanguíneo, así como también, de la adiponectina (1).

Además, hay una relación existente entre los fármacos antipsicóticos y el aumento de peso corporal, intolerancia a la glucosa y dislipidemia (1)

Tabla 2. Psicofármacos cuya administración produce aumento de peso

Psicofármacos	Grupo	Fármaco	Aumento de peso
<b>ANTIPSICÓTICOS</b>			
	NA	Olanzapina	++++
	NA	Zotepina	++++
	NA	Quetiapina	+++
	NA	Clozapina	+++
	NA	Risperidona	++
	NA	Ziprasidona	+
	NA	Asenapina	+
	NA	Aripiprazol	+
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>			
	ADT	Imipramina	++++
	ADT	Amitriptilina	++++
	ADT	Nortriptilina	+++
	NA	Mirtazapina	+++
	ISRS	Paroxetina	++
<b>ANTIEPILEPTICOS</b>			
	NA	Gabapentina	+++
	NA	Pregabalina	+++
	NA	Vigabatrina	+++

NA = No aplicable; ADT= Antidepresivos tricíclicos; ISRS = Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.

Fuente: Martínez de Moretín, B “Influencia de la administración de psicofármacos en el aumento del peso” corporal. (11)

Tabla 3. Psicofármacos cuya administración puede disminuir el peso

Psicofármacos	Grupo	Fármaco	Cambio de peso
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>			
	ISRS	Fluoxetina	D/+
	ISRS	Sertralina	D
	ISRD	Bupropion	-
	ISRNS	Venlafaxina	-
	OTROS	Agomelatina	-
	ISRNS	Duloxetina	-
<b>ANTIEPILEPTICOS</b>			
	NA	Oxcarbazepina	-
	NA	Lamotrigina	-
	NA	Tiagabina	-
	NA	Topiramato	D
	NA	Zonisamida	D
	NA	Levetiracetam	-/D

- = Sin efecto; D = Disminuye en tratamiento agudo; + = Aumenta en tratamiento crónico.  
 ISRS = Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; ISRD = Inhibidores selectivos de recaptación de dopamina.  
 ISRNS = Inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina y serotonina; NA = No aplicable.

Fuente: Martínez de Moretín, B “Influencia de la administración de psicofármacos en el aumento del peso” (11)

Los datos de tratamientos a largo plazo indican que la olanzapina se asocia con la mayor ganancia ponderal pues, en dosis de 15 mg/día, el aumento de peso durante el primer año de tratamiento puede exceder los 10 kg. La risperidona puede producir un aumento de 2 a 3 kg, mientras que el aripiprazol y la ziprasidona se asocian con un riesgo relativamente bajo ya que, con ambos, en 1 año, se puede observar un aumento de peso de alrededor de 1 kg (16).

## **OBESIDAD**

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible que aumenta el riesgo de sufrir otras enfermedades crónicas. La carga global a los sistemas de salud por esta enfermedad se relaciona a la asociación entre el índice de masa corporal (IMC) y el aumento de la morbilidad conjuntamente con la mortalidad (12)

Esta enfermedad continúa siendo un problema mundial ya que es un factor de riesgo para muchas enfermedades crónicas, incluyendo enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad renal crónica, hígado graso no alcohólico, síndrome metabólico y muchos tipos de cáncer. La organización mundial de la salud ahora incluye a la obesidad entre uno de los objetivos de las enfermedades crónicas no transmisibles. En el 2015 un alto IMC contribuyó a 4 millones de muertes en el mundo. Lo cual representa el 7.1% de todas las muertes (12)

### **Relación del Sobrepeso/obesidad y las Patologías Psiquiátricas**

Como ya ha sido comentado, la importancia de estudiar la obesidad radica en el papel que juega ésta como factor predisponente para enfermedades crónicas no trasmisibles (1)

Se ha documentado que la incidencia del sobrepeso y la obesidad es mayor en personas con enfermedad mental que en la población general. Aunque desde hace varias décadas se ha observado una alta prevalencia de obesidad en personas con enfermedades mentales crónicas como esquizofrenia y trastornos afectivos, ha sido sólo durante los últimos años cuando esta asociación mórbida ha adquirido una significancia preponderante para el diagnóstico y tratamiento de los diversos trastornos psiquiátricos. (1)

El desarrollo de obesidad en pacientes psiquiátricos es un hallazgo frecuente. En la población norteamericana, se describe 40% a 60% de obesidad en pacientes (14)

Las personas con enfermedades mentales no atienden su salud y particularmente observan conductas reñidas con el cuidado de la misma, como por ejemplo el tabaquismo, el sedentarismo, las dietas ricas en alimentos ultraprocesados (13)

Existe una probabilidad mucho mayor de obesidad en individuos que alguna vez en su vida han presentado trastornos del humor, y se documentó, además, que el uso de medicamentos antipsicóticos se asociaba significativamente con la obesidad (1)

El incremento del depósito de grasa subcutánea y abdominal, así como el aumento de peso se produce desde las primeras semanas del uso los medicamentos psiquiátricos, siendo progresivo y mantenido en terapias a largo plazo. Se describe una ganancia de peso significativa (mayor de 7%) en 29% de los pacientes tratados con olanzapina, 23% de los tratados con quetiapina, 18% con risperidona, en tanto que sólo 10% de los tratados con ziprasidona y aripiprazole presentan este efecto (14).

El peso se acompaña con un mayor riesgo de desarrollar síndrome metabólico, lo que puede explicarse por el efecto de los antipsicóticos en distintos órganos y tejidos: en el sistema nervioso central modificando la secreción de hormonas, a nivel del músculo esquelético disminuyendo la captación de glucosa, a nivel del hígado induciendo la lipólisis, a nivel del páncreas disminuyendo la secreción de insulina pancreática, a nivel del intestino disminuyendo la secreción de péptido tipo glucagón-1, y a nivel del tejido adiposo disminuyendo la síntesis de leptina o aumentando la de adiponectina (13).

Entre los efectos a nivel del sistema nervioso central algunos autores han propuesto también una relación entre conductas adictivas en general y a los alimentos ricos en carbohidratos en particular por un lado y cambios en la regulación del sistema dopaminérgico por el otro (13)

### **Tratamiento nutricional en Psiquiatría**

El problema de sobrepeso y obesidad que llegan a presentar estos pacientes se relaciona con la mala y pobre dieta alimentaria que muchos de ellos habitualmente consumen (1)

La recomendación de dietas con azúcares controlados sería una solución racional (13)

Parte del problema también se relaciona con la dificultad que tienen estos enfermos para entender la relación entre el peso corporal y la dieta, o bien, con la incapacidad para mejorar sus hábitos alimenticios (1)

La necesidad de fortalecer las actividades de orientación psicoeducativa sobre estos tópicos se incrementa día a día en los servicios especializados donde se atiende a

pacientes con estos problemas de salud comórbidos, con la finalidad de mejorar su calidad de vida (1)

Para atenuar o corregir los efectos adversos de los antipsicóticos sobre el estado metabólico o el peso corporal pueden indicarse una o más de las siguientes medidas: sustituir el antipsicótico por otro con menos impacto desfavorable en estos parámetros, agregar otro fármaco que colabore en la corrección de los mismos y/o indicar y promover activamente medidas higiénico-dietéticas, ya que las intervenciones nutricionales acompañadas de actividad física, en el marco de programas de rehabilitación son también eficaces (13)

Las organizaciones American Diabetes Association, American Psychiatry Association, American Association of Clinical Endocrinologist y North American Association for the Study of Obesity, en publicación de consenso entregan la recomendación de que todo paciente que reciba terapia con antipsicóticos atípicos debe ser cuidadosamente monitorizado en relación con aumento de peso, hiperglicemia y dislipidemia. Se sugiere también una derivación precoz para educación y motivación en relación con hábitos nutricionales y aumento de actividad física (14)

## ESTADO DEL ARTE

En un estudio titulado “Hábitos de alimentación en pacientes atendidos en un servicio de salud mental” realizado en un Instituto de Salud mental en Parla España, la muestra total estaba compuesta de 175 pacientes atendidos en un periodo de 4 meses (de febrero a junio de 2009). Un 39,7% de los casos eran nuevos y el 60,3% eran pacientes con historia abierta con anterioridad. La media de edad de los sujetos en el momento de la primera consulta es 38,69 años (DS:  $\pm 12,54$ ). Asimismo, se clasificó a los sujetos en cuatro grupos en función de la edad, estando distribuidos de la siguiente manera: un 31,2% de la muestra correspondía a adultos menores de 30 años, un 38,7% a sujetos con edades comprendidas entre 30 y 44 años, un 24,3% a pacientes con edades comprendidas entre 45 y 59 años, y el 5,8% restante eran sujetos mayores de 60 años. Respecto al género, un 29,1% fueron varones y un 70,9% mujeres. Casi tres cuartas partes de la muestra (71,5%) no tenían asociada enfermedad orgánica. (2)

La distribución agrupada de los diagnósticos fue la siguiente: 25,7% trastornos afectivos, 18,9% trastornos neuróticos, 28,6% trastornos reactivos, 8% trastornos de personalidad, 9,1% trastornos psicóticos, 4% trastornos alimentarios y el 5,7% restante otros diagnósticos. En cuanto al tratamiento farmacológico, el mayor porcentaje de los pacientes (un 39%) recibía una combinación de antidepresivos y ansiolíticos, un 13,4% tomaba únicamente antidepresivos, un 9,3% recibía tratamiento con ansiolíticos y/o hipnóticos, un 14,5% hacía uso de antipsicóticos o antipsicóticos combinados, y el 9,8% restante no recibía ningún tipo de tratamiento farmacológico. El 39,9% de los pacientes se describieron como fumadores. (2)

A partir de los datos sobre el peso y la altura proporcionados por los pacientes se calculó su respectivo IMC, siendo el valor medio obtenido 25,48 (D.T.: 4,93; máximo: 42,17; mínimo: 17,15) y existiendo un 15% de los casos con un IMC superior a 30. En relación con esto, más de la mitad de los pacientes (50,9%) consideraban que tenían sobrepeso, un 14% se consideraba con infrapeso y sólo un 35,1% consideraba que se encontraba con un peso adecuado. (2)

También se exploraron los cambios de peso de los pacientes durante el último año, encontrando que sólo el 26,3% de los pacientes afirmaba no haber cambiado de peso. Un 35,7% de los pacientes contestó que había perdido peso significativamente durante el último año y el 38% restante declaró que su peso incrementó (2)

En otro estudio del año 2010 realizado en Galicia, España titulado “Patrón nutricional y metabólico. Prevalencia de la obesidad y sobrepeso en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos”; cuyo objetivo principal de este estudio observacional descriptivo es valorar si el porcentaje de obesidad y sobrepeso en los pacientes ingresados en la unidad de agudos es igual o mayor a los valores de la población en general. La muestra comprende 180 pacientes mayores de 18 años (86 hombres y 94 mujeres) con una media de edad de 44 años, ingresados durante un año (de junio de 2007 a junio de 2008). Se analizaron los valores de los IMC de los pacientes al ingreso, valorando su distribución en función del sexo, edad y diagnóstico clínico; obteniendo una media de  $IMC=27$  (sobrepeso), con un 25% de  $IMC>30$  (obesidad). Se clasificaron seis grupos diagnósticos, el de las esquizofrenias y trastornos psicóticos fue el más numeroso (40%), y el que mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad presenta. La población de estudio aparece un 42% de sobrepeso y un 23,3% de obesidad. El grupo de edad de 18-24 años, tiene un porcentaje de obesidad (28,6%) superior al sobrepeso (7%). Los otros dos grupos presentan porcentaje de obesidad inferior al de sobrepeso. Se concluye que en los pacientes con patología mental es frecuente la percepción de un aumento de peso producido por la medicación (15).

En la publicación de la Encuesta Nacional de Salud de EE.UU. (National Health Interview Survey -NHIS-), se reveló que el 42% de los pacientes esquizofrénicos tenía un  $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ , comparado con aproximadamente el 25% en la población general, con una proporción significativamente mayor de mujeres esquizofrénicas que tenían sobrepeso o eran obesas, en comparación con la población general. En los varones esquizofrénicos se veía también una tendencia hacia un mayor sobrepeso. Hay además alguna evidencia que las personas con EF tienen más adiposidad visceral que los individuos sanos: las personas con esquizofrenia tienen el triple de grasa abdominal comparadas con controles apareados por edad, sexo y estilo de vida (16)

*Tabla 4. Incidencia aproximada de aumento de peso producido por los antipsicóticos atípicos*

<b>Fármaco</b>	<b>Incidencia de aumento de peso con el antipsicótico</b>
Aripiprazol	7,5%
Ziprasidona	10%
Risperidona	17,5%
Quetiapina	22,5%
Olanzapina	30%

(16) Fuente: “National Health Interview Survey (NHIS)”

*Tabla 5. Aumento de peso en 10 semanas de tratamiento*

<b>Antipsicótico</b>	<b>Aumento (kg)</b>
Clozapina	4,45
Olanzapina	4,15
Clorpromazina	2,58
Quetiapina	2,18 (a 6 semanas)
Risperidona	2,10
Haloperidol	1,08
Ziprasidona	0,08

(16) Fuente: “National Health Interview Survey (NHIS)”

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo es el Estado Nutricional según el consumo de medicación psiquiátrica en las mujeres internadas en un Hospital Psiquiátrico de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires en el año 2022?

## **OBJETIVO GENERAL**

Relacionar la evolución del Estado Nutricional con el consumo de medicación psiquiátrica en las mujeres internadas en un Hospital Psiquiátrico, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires en el año 2022

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer el IMC de las mujeres internadas cuando fueron ingresadas a la clínica y al momento del estudio
- Conocer el porcentaje de aumento de peso de la muestra estudiada a lo largo de la internación.
- Identificar los psicofármacos que consumen las mujeres participantes del estudio durante la internación.
- Identificar el diagnóstico Psiquiátrico que tienen las mujeres de la muestra.
- Relacionar el cambio de peso de las mujeres con el tipo de psicofármaco que consumieron en la internación.
- Relacionar el cambio en el IMC con el Diagnóstico Psiquiátrico de las mujeres de la muestra.

## **VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Categoría</b>	<b>Instrumento</b>
Edad	Edad Cronológica en años	Es la suma de años que ha transcurrido desde la fecha de nacimiento del individuo hasta el momento de estudio	Años de vida referidos		Observación no participante indirecta fuente de datos: Historia Clínica.
Peso	Antropometría	Unidad en kilogramos, mide la masa corporal total de un individuo.	Peso en kilogramos al inicio de la internación		Observación no participante indirecta fuente de datos: Historia Clínica.
			Peso en kilogramos en el momento de toma de los datos en la muestra.		Observación no participante indirecta fuente de datos: Historia Clínica.
Talla	Antropometría	Unidad expresada en metros indica longitud corporal	Estatura en metros		Observación no participante indirecta fuente de datos: Historia Clínica.
Diagnóstico Psiquiátrico	Patología Psiquiátrica	Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento.	Diagnóstico al momento de la internación.	-Trastornos del desarrollo neurológico -Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos -Trastorno bipolar y trastornos relacionados -Trastornos depresivos -Trastornos de ansiedad -Trastorno obsesivo-compulsivo <input type="checkbox"/> y trastornos relacionados -Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés -Trastornos disociativos	Observación no participante indirecta fuente de datos: Historia Clínica.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados</li> <li>-Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos</li> <li>Trastornos neurocognitivos</li> <li>-Trastornos de la personalidad</li> <li>-Otros trastornos mentales</li> </ul>	
Estado Nutricional	Antropometría	Es la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos	Estado Nutricional al Inicio de la internación	<p>IMC:          -BP: &lt;18,5          -NP: ≥18,5/24,9          -SP: ≥25/29,9          -OB: ≥ 30</p>	Observación no participante indirecta fuente de datos: Historia Clínica.
			Estado Nutricional en el momento de la medición de los datos de la muestra	<p>IMC:          -BP: &lt;18,5          -NP: ≥18,5/24,9          -SP: ≥25/29,9          -OB: ≥ 30</p>	Observación no participante indirecta fuente de datos: Historia Clínica.
Psico Fármacos	Consumo de Psicofármacos	Los psicofármacos son sustancias químicas que actúan sobre el sistema nervioso central y que se usan para el tratamiento de los trastornos de la salud mental	Psicofármacos indicados durante la internación	<p><b><u>1)Antidepresivos:</u></b>  <b>a)Tricíclicos:</b>          -Amitriptilina          -Clorimitramina          -Nortriptilina          -Imipramina          -Desipramina  <b>b)IRSS:</b>          -Fluoxetina          -Paroxetina          -Certralina          -Citalopram          -Escitalopram          -Fluvoxamina          -Venlafaxina          -Mirtazapina          -Bupropion          -Milnacipram  <b>c)IMAO:</b>          -Isocarboxácida          -Fenelzina          -Tranilcítromina  <b><u>2)Ansiolítico/ sedante/ hipnótico/ miorelajante/ anticonvulsivante:</u></b>  <b>a) Benzodiacepinas:</b>          -Clonazepam</p>	Observación no participante indirecta fuente de datos: Historia Clínica.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alprazolam</li> <li>-Lorazepam</li> <li>-Midazolam</li> <li>-Diazepam</li> <li>-Bromazepam</li> </ul> <p><b><u>3)Estabilizadores del ánimo:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Litio</li> <li>-Acido valproico</li> <li>-Lamotrigina</li> <li>-Carbamacepina</li> <li>-Topiramato</li> </ul> <p><b><u>4) Antipsicóticos:</u></b></p> <p><b>a)Típicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Haloperidol</li> <li>-Tirodiazina</li> <li>-Brompeidol</li> <li>-Trifluoperazina</li> <li>-Clorpromazina</li> <li>-Levomepromazina</li> <li>-Pimozida</li> <li>-Clotiapina</li> </ul> <p><b>b)Atípicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Clozapina</li> <li>-Olanzapina</li> <li>-Risperidona</li> <li>-Quetiapina</li> <li>-Ziprasidone</li> <li>-Aripiprazo</li> </ul> <p><b><u>5)</u></b></p> <p><b><u>Anticonvulsiantes:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Carbamazepina</li> <li>-Valproato</li> <li>-Gabapentin</li> <li>-Lamotrigina</li> <li>-Topiromato</li> <li>-Zonisamida</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--

## METODOLOGÍA

### **Diseño de la Investigación:**

Este estudio es observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo

### **Población:**

La población estudiada son mujeres adultas en tratamiento psiquiátrico.

### **Criterios de Inclusión:**

Mujeres entre los 18 y los 65 años de edad internadas entre marzo 2019 a marzo 2022 en un Hospital Psiquiátrico de zona sur, Lomas de Zamora, Partido de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires en el año 2022

### **Criterios de Exclusión:**

- Mujeres que deban realizar algún tipo de dietoterapia o sean alérgicas a alimentos; padezcan alguna enfermedad relacionada con la alimentación. (Ejemplo: bulimia, anorexia, diabetes, celiaquía, alergias, tengan diagnóstico de TCA).
- Personas postradas o con alguna restricción sobre la movilidad.
- Mujeres que tengan un periodo de internación menor al año.

### **Criterios de Eliminación:**

Personas con Historias Clínicas incompletas o ilegibles.

### **Tipo de Muestreo:**

No probabilístico por conveniencia

## **RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **Método de recolección de datos:**

Para la recolección de datos se realizó una observación científica no participante indirecta de las Historias clínicas de en un Hospital Psiquiátrico de zona sur, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires en el año 2022

**Instrumentos de recolección de datos:**

Se dispone de un instrumento de recopilación de datos manual, donde se registrarán los datos necesarios para la investigación (Anexo 1)

**Tratamiento y análisis de los datos:**

Los datos registrados fueron volcados y analizados estadísticamente en una base de datos diseñada con una planilla del programa Microsoft Office Excel 2016.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa InfoStat versión 2020. Para las variables cuantitativas se determinó la prueba de normalidad estadística de Q-Q plot. Se calcularon valores de media y desvío estándar ( $DE \pm$ ) en las variables paramétricas (17)

## RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 67 mujeres internadas en un mismo Hospital psiquiátrico.

La edad promedio de la muestra fue de 56,08 años ( $DE \pm 7,04$ ), con una edad mínima de 38 años y una edad máxima de 65 años.

Los Diagnóstico Psiquiátricos de las participantes de este estudio quedó conformado por:

-TEI/Depresión 13,4%

-Trastorno Bipolar 22,4%

-Esquizofrenia 64,2%

La media de peso inicial al ingreso de la internación fue de 65,12 kilos ( $DE \pm 17,30$ ), mínima de 34,5 y máxima de 120.

La media de peso al momento del estudio es de 67,77 kilos ( $DE \pm 18,28$ ), con un mínimo de 37 y un máximo de 124

El promedio de Aumento Peso fue de 2,64 kilos ( $DE \pm 7,94$ ) que representa promedio de 4,4% ( $DE \pm 13,25$ ) de aumento de peso del total de la muestra en periodos de internación desde marzo del 2019 hasta marzo del 2022.

El 58,2% de la muestra subió de Peso durante la internación.

La media de IMC inicial al momento del ingreso a la internación fue de 27,6  $k/m^2$  ( $DE \pm 6,79$ ), mínima de 15,3 y máxima de 50,84.

La media de IMC al momento del estudio fue de 28,67  $k/m^2$  ( $DE \pm 6,92$ ), mínima de 15,06 y máxima de 53,66.

El IMC promedio se vio incrementado en un 1,1% ( $DE \pm 3,23$ ) más.

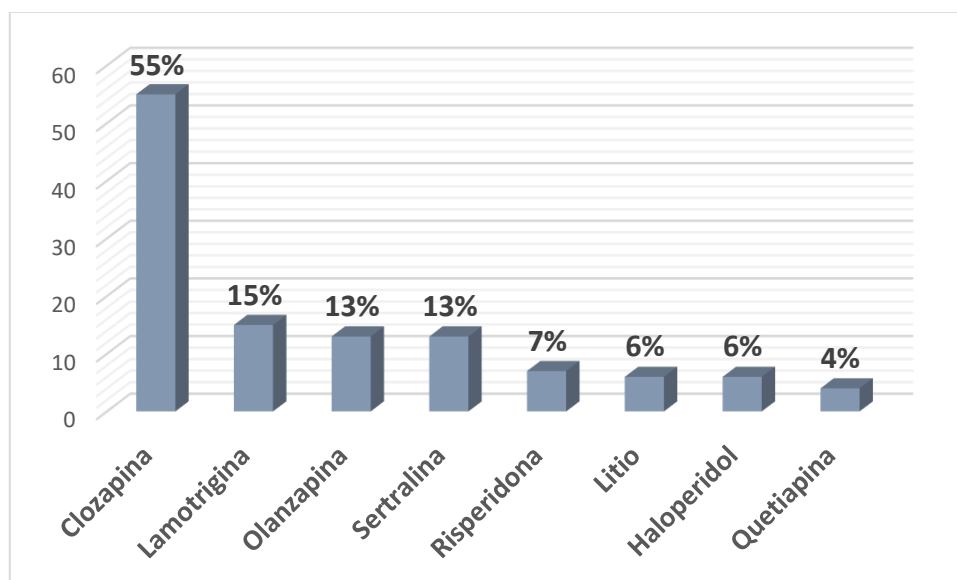
Tabla 6. Porcentaje de la muestra según Estado Nutricional en los dos momentos de la internación

ESTADO NUTRICIONAL	PESO INICIAL	PESO AL MOMENTO DEL ESTUDIO
<b>BAJO PESO</b>	11%	9%
<b>NORMOPESO</b>	24%	23%
<b>SOBREPESO</b>	36%	28%
<b>OBESIDAD</b>	22%	32%
<b>OBESIDAD MÓRBIDA</b>	8%	8%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

La prevalencia de Obesidad aumentó un 11% con la internación. La prevalencia de Obesidad mórbida se mantuvo. La prevalencia de normopeso disminuyó

Gráfico 1. Porcentaje de mujeres estudiadas según fármacos que consumen durante la internación.



Fuente: Elaboración propia

El 55% de la muestra toma Clozapina como fármaco psicotrópico regular. La Quetiapina es el Fármaco menos prescrito.

Tabla 7. Porcentaje de cambio de peso según fármaco

FÁRMACO	% DE CAMBIO DE PESO
RISPERIDONA	>26,1% (DE ± 30,28)
OLANZAPINA	>25,3% (DE ± 31,16)
QUETEAPINA	>5,2% (DE ± 4,48)
CLOZAPINA	>4,6% (DE ± 10,83)
LITIO	>0,7% (DE ± 7,17)
LAMOTRIGINA	>0,1% (DE ± 4,91)
HALOPERIDOL	<1,4% (DE ± 6,18)
SERTRALINA	<2,5% (DE ± 4,8)

Fuente: Elaboración propia

Las pacientes medicadas con Risperidona fueron las que más aumento de Peso registraron de la muestra, en segundo lugar, las que consumían Olanzapina y tercero Quetiapina. Las mujeres medicadas con Sertralina fueron las que más descenso de Peso registraron.

Tabla 8. IMC inicial e IMC al momento del estudio de la muestra según Diagnóstico Psiquiátrico

PATOLOGÍA	IMC Inicial	IMC al momento del estudio
TEI/DEPRESIÓN	19.5 (DE ± 2,81)	19.3 (DE ± 2,49)
TRASTORNO BIPOLAR	22.8 (DE ± 4,15)	22.9 (DE ± 3,99)
ESQUIZOFRENIA	30.9 (DE ± 5,76)	32.6 (DE ± 4,71)

Fuente: Elaboración propia.

Las pacientes con Esquizofrenia fueron las que más aumentaron su IMC.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En este estudio observacional longitudinal retrospectivo, se obtuvo una muestra conformada por 67 mujeres con edades entre los 18 y 65 años, internadas en un hospital psiquiátrico con una edad promedio de 56,08 años (DS:  $\pm 7,04$ ).

13,4 % de las pacientes padecían Trastorno explosivo intermitente (TEI)/Depresión; 22,4 % Trastorno Bipolar y 64,2% Esquizofrenia. Para los tratamientos Psiquiátricos se utilizan una combinación de antidepresivos y ansiolíticos. Los fármacos que se tuvieron en cuenta en este estudio son los que generan algún tipo de cambio en el Estado nutricional según consta en el marco teórico.

Según la Encuesta Nacional de Salud de EE. UU (NHIS), (16), la Olanzapina es uno de los fármacos más que aumentan el peso del paciente, con una prevalencia del 30% y un promedio de aumento de peso de 4,15 kg en 10 semanas de tratamiento. En comparación con esta muestra la Olanzapina fue el segundo fármaco que generó más aumento de peso (10,44 kilos o 25,3% DE  $\pm 30,28$ ) y el más utilizado entre las pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia quienes, en promedio, fueron quienes más aumentaron su IMC (de 30,9 k/m<sup>2</sup> DE  $\pm 5,76$  a 32,6 k/m<sup>2</sup> DE  $\pm 4,71$ ). La Risperidona fue el fármaco que más aumento de Peso provocó en la muestra (13,64 kilos o 26,1% DE  $\pm 30,28$ ) muy superior a lo que indican los estudios de EE. UU (17,5%), y también es uno de los fármacos más consumidos por las mujeres de la muestra con Esquizofrenia. La NHIS también aseguró que la Quetiapina tiene una incidencia de aumento del 22% del peso corporal, pero no fue coincidente con esta muestra ya que las pacientes con Trastorno Bipolar que la consumen presentaron un promedio de aumento de peso de 2,72 kilos o 5,2% DE  $\pm 4,48$ .

La media de aumento de peso de las pacientes de la muestra que consumían Clozapina y Litio fue de (2,98 kilos o 4,6% DE  $\pm 10,83$ ) y (0,52 kilos o 0,7% DE  $\pm 7,17$ ). Según la NHIS, los fármacos clozapina puede aumentar entre 4 a 5 Kilos en 10 semanas de tratamiento (16)

Las pacientes medicadas con Sertralina fueron las que más descenso de Peso registraron (-1,36 kilos o 2,5% (DE  $\pm 4,8$ ), le siguen las pacientes medicadas con Haloperidol (-0,8 kilos o 1,4% DE  $\pm 6,18$ ) y por último Lamotrigina (- 0,24 kilos o 0,1% DE  $\pm 4,91$ ).

A lo largo de la internación (marzo 2019 a marzo 2022), el 58,2 % de la muestra subió de peso. La muestra al inicio tenía una media de Peso inicial al momento del ingreso a la internación de 65,12 kilos (DS $\pm 17,30$ ) y el promedio de peso actual es de 67,77 Kilos

(DE  $\pm$ 18,28), siendo el promedio de aumento de peso de 2,64 kilos (DE  $\pm$  7,94) que representa el 4,4 % (DE  $\pm$  13,25) de aumento de peso en la muestra.

En el estudio realizado en Parla España (2), se presenta una población en la cual el 39,7% de los casos eran nuevos y el 60,3% eran pacientes con historia abierta con anterioridad (por lo cual es comparable con esta muestra), cuya media de edad es 38,69 años (DS:  $\pm$  12,54), donde su respectivo IMC promedio fue de 25,48 k/m<sup>2</sup> (sobrepeso) (DE  $\pm$  4,93; máximo: 42,17; mínimo: 17,15) y un 15% de los casos con un IMC superior a 30k/m<sup>2</sup> (2); y observando los datos del estudio de Galicia (15) sobre el IMC, obteniendo una media de 27 k/m<sup>2</sup> (sobrepeso), con un 25 % de IMC >30 (obesidad); se puede deducir que la prevalencia de obesidad de la muestra analizada es mayor, ya que el 40,2% presentó un IMC >30 k/m<sup>2</sup>; sin embargo, el total de la muestra presentó un IMC actual de 28,7 k/m<sup>2</sup> (Sobrepeso); presentando un incremento del 1 k/m<sup>2</sup> en el total de la muestra.

En cuanto al tratamiento farmacológico, el 14,5% de la muestra de Palma, España hacía uso de antipsicóticos, que son los principales responsables del aumento de peso, pero la mayor parte de los pacientes (un 39%) recibía una combinación de antidepresivos y ansiolíticos y un 13,4% tomaba únicamente antidepresivos. En este estudio los fármacos más utilizados son los antipsicóticos en un 89% (55% Clozapina, 13% Olanzapina, un 7% de la muestra estaba medicada con Risperidona, un 6% Litio y un 4% Quetiapina) los antidepresivos como la Sertralina fueron consumidos por el 13% coincidiendo con la muestra de Palma.

La NHIS (16) reveló que el 42% de los pacientes esquizofrénicos tenían Sobrepeso/Obesidad, con una proporción significativamente mayor de mujeres; además afirma que las personas con EF tienen más adiposidad visceral. En el estudio de Galicia, España (15) se clasificó los pacientes por diagnósticos; el grupo de esquizofrenia y trastornos psicóticos fue el más numeroso (40%), y el que mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad presentó. Pero en el total de esa muestra había un 42% de sobrepeso y un 23,3% de obesidad. En esta muestra las pacientes con Esquizofrenia también son el grupo más numeroso (64,2%) y el que tiene el IMC actual más elevado (32.6 DE  $\pm$  4,71) y las que consumían los antipsicóticos que más aumento de peso registraron en la muestra (Risperidona, Olanzapina y Clozapina). Pero en el total de las pacientes la incidencia de sobrepeso fue de 28 % y un 41% tenía Obesidad. De los cuales un 8% tenían obesidad mórbida.

Las limitaciones de este estudio fueron que no sabemos exactamente las fechas de internación de las mujeres de la muestra y tampoco se registraron pesos (debido a la Pandemia de COVID-19) durante el tiempo transcurrido entre marzo 2019 a marzo 2022; por lo tanto, no podemos con más exactitud evaluar la acción de los fármacos y el aumento de peso, ni podemos analizar la curva de evolución del Peso. Además, para hacer un análisis más exhaustivo deberíamos estudiar también lo que ingieren y la actividad física. En síntesis: algunos de los psicofármacos estudiados, provocan aumento de peso en las personas internadas, y estos son, principalmente, la Risperidona, la Olanzapina y la Quetiapina. Según la muestra evaluada, los psicofármacos utilizados para la esquizofrenia fueron los que más aumento del IMC presentaron, y los de (TEI)/Depresión los que menos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Joffre Velásquez, V. Revisión sistemática de la asociación entre sobrepeso, obesidad y enfermedad mental, con énfasis en el trastorno esquizofrénico. 2009 [internet] Revista Colombiana de Psiquiatría, [citado octubre 2021]; vol. 38, núm. 4, pp. 705-716  
Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80615450011.pdf>
- 2) Sanz Rodríguez, L. Hábitos de alimentación en pacientes atendidos en un servicio de salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2011 [citado octubre 2021]; 31( 1 ): 43-52.  
Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100004&lng=es)
- 3) Caqueo Urizar, A. Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos. TEPS [Internet]. 2017 [citado octubre 2021];35(1):111-4.  
Disponible en:  
<https://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/80779>
- 4) Campo-Arias, A. Arturo. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Rev. colomb. psiquiatr. [Internet]. 2008 [citado octubre de 2021]; 37 (4): 598-613  
Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-74502008000400010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-74502008000400010)
- 5) Milke García, MP. Adulto. Dialnet. Gaceta médica de México, [Internet]. 2016 [citado octubre 2021]; Vol. 152, N°. Extra-1, págs. 35-39  
Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6827158>
- 6) Ramos Lira, L. ¿Por qué hablar de género y salud mental? Salud Ment [Internet]. 2014 [citado octubre 2021]; 37( 4 ): 275-281  
Disponible en:

- [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000400001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001)
- 7) OWH. Departamento de Salud y Servicios Humano de USA. Afecciones de la Salud Mental [Sitio Web] 2019. [citado octubre 2021]; 3 pantallas aprox.  
Disponible en:  
<https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/depression/#1>
  - 8) First, M. Emergencias en Psiquiatría. Manual MSD [sitio Web] 2020. [citado octubre 2021]; 2 pantallas aprox  
Disponible en:  
<https://www.msmanuals.com/es-ar/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/abordaje-del-paciente-con-s%C3%ADntomas-mentales/emergencias-en-psiquiatr%C3%ADa>
  - 9) López Vantour, A. Uso y abuso de las benzodiazepinas. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado octubre 2021] ; 14( 4 ).  
Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192010000400017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400017&lng=es).
  - 10) Healthy Children.ORG. Autism Spectrum Disorders: What Every Parent Needs to Know. American Academy of Pediatrics [Internet] 2012 [citado octubre 2021]; 2 pantallas  
Disponible en:  
<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/treatments/Paginas/common-medications-for-psychiatric-disorders.aspx>
  - 11) Martines de Moretin, B. Influencia de la administración de psicofármacos en el aumento del peso corporal. Rev española de Nutrición Humana y Dietética. [Internet] 2013 [citado mayo 2022] Vol. 17, Nº. 1, págs. 17-26  
Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4321990>
  - 12) Barragán, F. Curso de Actualización en Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquía. [Internet] 2018 [citado octubre 2021]; Cap 20; Pag 185-193.  
Disponible en: