

**PATRON NUTRICIONAL –METABOLICO.  
PREVALENCIA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO EN  
UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA  
DE AGUDOS.  
Estrategias De intervención del cuidado enfermero.**

**AUTORES:**

**Rosa M<sup>a</sup> Diaz Veloso, Rosalia Rodrigue Alvarez,  
Clemondina Calvo Castro, Luz Cortegoso Moreira, y  
Manuel Fontanillo Fontanillo.**

***Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.***

## **Resumen**

### Introducción

El sobrepeso y la obesidad son cada vez más frecuentes en los países más desarrollados. Además, según la OMS la población con patología mental tiene mayor riesgo cardiovascular que el resto de la población.[1,6,7]

El 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.

### Metodología

La muestra es de 180 pacientes, > 18 años (86 hombres y 94 mujeres) con una media de edad de 44 años, ingresados durante un año (6-2007 a 6-2008).

### Resultados

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 6 grupos diagnósticos, el grupo de las esquizofrenias y trastornos psicóticos el más numeroso (40%), y el que mayor % de sobrepeso y obesidad presenta

La población gallega presenta sobrepeso (38,6%) y obesidad (17%,) mientras que en la población de estudio, hay un (42%) de sobrepeso y 23,3% de obesidad.

El grupo de edad de 18-24 años, tiene un % de obesidad (28,6) superior al sobrepeso ( 7%)

Los otros dos grupos presentan % de obesidad inferior al de sobrepeso

## Conclusiones

*-En los pacientes con patología mental es frecuente la percepción de un aumento de peso producido por la medicación. El personal de enfermería tiene un papel fundamental ayudando a identificar como las principales causas de sobrepeso el sedentarismo y la falta de una alimentación equilibrada .facilitando estrategias al paciente, sin optar por el abandono de la medicación.*

*-Como profesionales de la salud en general debemos impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en el ámbito hospitalario, especialmente por los riesgos inherentes a los pacientes con patología psiquiátrica como son el sedentarismo, fármacos, dificultad para el autocuidado, etc*

**Palabras clave:** Índice de Masa Corporal, Obesidad, Enfermedad mental. Sedentarismo

## **Summary**

### Introduction

The overweight and the obesity are increasingly frequent in the countries mas developed. In addition, according to the who the population with mental pathology has major cardiovascular risk that the rest of the population. [1,6,7] The principal aim(lens) of this study observational descriptive is to value if the percentage of obesity and overweight in the patients joined the unit of sharp(acute) is equal or bigger than the values of the population in general.

### Methodology

The sample is de180 patient,> 18 years (86 men and 94 women) with an average of age of 44 years, deposited for one year (6-2007 to 6-2008).

### Results

Analyzed the values of the IMC of the patients to the revenue, valuing his(her,your) distribution depending on the sex, age and clinical diagnosis; obtaining IMC's average =27; (overweight), with 25 % of IMC> 30. (Obesity)

6 diagnostic groups qualified, the group of the schizophrenias and psychotic disorders the most numerous (40 %), and the one that major % of overweight and obesity presents The Galician population presents overweight of 38,6 % and obesity 17 %, whereas in the population of study, there is one (42 %) of overweight and 23,3 % of obesity, The grupos of age of 18-24 years, has a % of obesity superior (28,6) to the overweight (7 %) other two groups they present % of obesity lower than that of overweight

### Conclusions

- In the patients with mental pathology there is frequent the perception of an increase of weight produced by her (it), medication. The personnel of infirmary(nursing) has a fundamental paper(role) helping to identify the sedentarismo and lack(mistake) of nourishment balanced as the principal reasons of overweight .facilitando strategies to the patient, without choosing for the abandon of the medication.

- as professionals of the health in general we must stimulate the systematic detection of the obesity and the overweight in the hospitable area, specially for the risks inherent in the patients with psychiatric pathology since(as, like) they are the sedentarismo, medicaments, difficulty for the autocare, etc

**Key words:** Index of Corporal Mass, Obesity, Mental illness. Sedentary

## INTRODUCCION

Según datos recogidos del Instituto Nacional de Estadística(INE), en su encuesta de salud de España 2006 aproximadamente el 44% de la población está en situación de normopeso, frente a un 37,8% con sobrepeso y un 15,5% de obesidad. **[2]**

Se define obesidad como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un aumento de peso .Es el trastorno metabólico más frecuente de las sociedades desarrolladas.**[5] [15] [16]**

La obesidad, además de asociarse a un aumento de la prevalencia de diferentes enfermedades como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares o la dislipemia, es un factor de riesgo independiente ,que se asocia a un aumento de mortalidad. Como complicaciones están:

a) Diabetes Mellitus no insulino dependiente .Al disminuir el peso mejoran las cifras de glucemia y se optimiza el comportamiento de la insulina. Estos cambios muchas veces ya se producen con pérdidas moderadas de peso, que oscilan entre un 5 y un 10%.

b) dislipemias al disminuir el peso, los parámetros alterados tienden a normalizarse, descendiendo los triglicéridos y el colesterol LDL, y aumentando el colesterol HDL.

c) Hipertensión arterial .Aproximadamente el 50% de los hipertensos son obesos .Algunos estudios han valorado como más efectiva la pérdida de peso que el mantenimiento de una dieta baja en sal.

d) Enfermedades cardiovasculares. Mención aparte merece la distribución topográfica de la grasa, considerándose un factor de riesgo cardiovascular la distribución de predominio abdominal (en forma de manzana)

e) Enfermedades digestivas .Los obesos presentan con mayor frecuencia litiasis biliar, esteatosis hepática y hernia de hiato.

f) Enfermedades respiratorias. Las personas con un exceso acentuado de peso movilizan menos los pulmones, con la consiguiente reducción del volumen pulmonar. Otra enfermedad relacionada con la obesidad es el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Los pacientes afectados de este síndrome son roncadores importantes, mientras duermen sufren paradas respiratorias (apneas) y presentan hipersomnia diurna, cefalea, falta de concentración e insuficiencia cardíaca.

g) Alteraciones óseas y articulares .La obesidad provoca una erosión constante sobre la articulación, que degenera con una mayor rigidez y que da como resultado final una artrosis, sobre todo intervertebral ,de la rodilla, cadera y tobillo.

h) Hiperuricemia .La obesidad se relaciona con un aumento de ácido úrico y este, a su vez, puede provocar ataques de gota.

i) Neoplasias (tumores malignos). La obesidad se asocia a una mayor mortalidad por cáncer de próstata y colorrectal en varones, mientras que en las mujeres la mortalidad se eleva en el cáncer de útero, ovario, endometrio, mama y vesícula biliar.

En Galicia la situación, al igual que en las comunidades autónomas del norte de la península, el índice de obesidad y sobrepeso es ligeramente mayor (38,6% y 17%) es decir; alrededor de un 55% de la población gallega esta fuera de los límites de normopeso.(INE) .[1]

Muchos son los factores que influyen en la aparición de la obesidad ,por un lado factores sociodemográficos como nivel cultural, socioeconómico, distribución geográfica; y por otro factores relacionados con el estilo de vida como el sedentarismo ,la dieta, fármacos, entre otros. .[5] .[15]

El estilo de vida de determinados grupos de población puede conducir a hábitos alimentarios y modelos dietéticos y de actividad física que se comporten como factores de riesgo en las enfermedades crónicas, como es el caso de la enfermedades mentales.

Como enfermeros ,dentro del modelo de enfermería por patrones de Marjory-Gordon , hay varios factores que pueden alterar al patrón nutricional –metabólico en la población con patología mental: **[17]**

- falta de conocimientos sobre los alimentos y su metabolismo

- alteraciones cognitivas (conciencia, percepción, pensamiento).

- comportamientos psicóticos (polidipsia, pica y otros)

- estados de ánimo distímicos (soledad tristeza, aburrimiento) y afectivos

- influencias culturales negativas (bien sobre la higiene de los alimentos o sobre la ingesta de alguno de ellos considerado no saludable)

- pobreza de recursos económicos

- hábitos familiares respecto a la comida erróneos, insanos o deficitarios en cuanto al equilibrio calórico

- exigencias laborales o profesionales (ejemplo: deportistas, modelos publicitarias)

Según expertos reunidos en Sitges (Barcelona) Junio 2008 en el IV Encuentro-debate para Psiquiatría y Atención Primaria, que reunió a 250 facultativos. **[12]** Los enfermos mentales tienen una mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias y una reducción de un 20 por ciento de la esperanza de vida.

La salud física debe convertirse en una prioridad en la atención de los pacientes con enfermedad mental .Según el ultimo **Congreso Europeo de Psiquiatría, celebrado en Madrid del 17 al 21 de Marzo de este año 2008,se ha consensuado un documento en forma de decálogo**, con el fin de asegurar que estos pacientes tengan la misma esperanza de vida que el resto de la población. Algunos puntos de este decálogo son:

*1. -La Estrategia Europea de Salud Mental y la OMS invitan a mejorar el estado de salud física de los pacientes con enfermedades mentales y al empleo de medidas preventivas y de promoción de la salud.*

*II.-La Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica consideran que el nivel de discapacidad y un menor estado de salud física de los pacientes con esquizofrenia pueden llegar a ser muy importante debido a factores inherentes a la propia enfermedad, a malos hábitos de vida y a los tratamientos antipsicóticos*

*III-Las características de los pacientes con esquizofrenia y la necesidad de utilización de tratamientos farmacológicos antipsicóticos que pueden tener impacto sobre la salud física hacen necesaria una mayor toma en consideración del estado de salud física de los pacientes por parte de los psiquiatras.*

*IV.-Para conseguir los objetivos generales y específicos de mejora de la salud física del paciente con esquizofrenia se recomiendan actuaciones dirigidas a la prevención, diagnóstico, manejo y monitorización de las diferentes patologías concomitantes, factores y comportamientos de riesgo.*

Todo ello hace que este grupo de población sea especialmente vulnerable en cuanto a su calidad de vida y salud física y dentro del ámbito de la asistencia hospitalaria ,en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos con este trabajo se pretende conocer que magnitud tiene este problema ,y si esta



es diferente en función del diagnóstico clínico del paciente.

### **OBJETIVOS**

- Conocer la media de edad de los pacientes ingresados***
- conocer su distribución por sexos***
- conocer su distribución por grupos de edad***
- conocer el IMC de los pacientes ingresados en la unidad y compara además sus resultados con los de la población española y en particular con la comunidad gallega.***
- descubrir que % de obesidad y sobrepeso existe en la población a estudio***
- valorar la distribución de los diagnósticos clínicos***
- .comparar los porcentajes de sobrepeso y obesidad en función de los diagnósticos clínicos***
- .comparar los porcentajes de sobrepeso y obesidad por grupos de edad.***

### **MATERIAL Y METODOS**

Se trata de un estudio observacional descriptivo, de una población de 180 pacientes (86 hombres y 94 mujeres) que fueron ingresados en la unidad psiquiátrica de agudos en el periodo de 1 año, entre 1 junio del 2007 y el ***1 junio 2008. del ámbito geográfico del área de influencia del Hospital del Meixoeiro incluyendo además Bayona ,Gondomar y Nigran.\****

#### Como criterios de inclusión

-ser mayor de 18 años

#### -Como criterios de exclusión

-ser menor de edad

-no tener valores de IMC medidos en la historia clínica

-episodios de reingreso en dicho periodo

Se han estudiado cuatro variables; dos cuantitativas continuas como el IMC y la edad y dos cualitativas como el sexo y el diagnóstico de enfermedad mental.

La edad para su comparación estadística se ha establecido en tres grupos: Grupo I 18-24 años; Grupo II 25 a 64 y Grupo III >65

Valoración del Índice de masa corporal (IMC). También denominado Índice de Quetelet. Actualmente es el método más universal para valorar la obesidad. –se tomaron las medidas de peso y talla ,al ingreso del paciente o en los días inmediatamente posteriores ,en aquellos casos en los que por factores como sedación o poca colaboración no fue posible hacerlo en el momento mismo del ingreso.

Los pacientes se pesaron descalzos y en ayunas en báscula homologada del CHUVI.

Para medir la talla se usó tallímetro de pared calibrado homologado y en las mismas condiciones descalzos.

A partir de estas determinaciones directas se obtuvo el Índice de Masa Corporal ( $IMC = P(kg)/T(m)^2$ ).

Para su análisis estadístico y comparación con los datos del INE, se establecen cuatro grupos según valores obtenidos de IMC: peso insuficiente (<18,5), normopeso (18,5 a 24,9), sobrepeso (25 a 29,9) y obesidad ( $\geq 30$ )

Los diagnósticos se obtuvieron de los informes de alta médicos, valorando sólo un diagnóstico en cada informe de alta. En aquellos informes en los que aparecía más de un diagnóstico, el criterio de selección fue el diagnóstico que se señala como principal o el que aparece en primer orden.

Para su análisis estadístico, se agruparon los diferentes diagnósticos clínicos de los pacientes ingresados en 6 categorías según los criterios de clasificación del DSM-IV (Anexo II)

Señalar que principalmente en los grupos 3,4 y 6 aparece muy frecuentemente como diagnóstico secundario los

trastornos relacionados con sustancias, recogidos también en el (Anexo II)

- 1) **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:**
- 2) **Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:**
- 3) **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**
- 4) **Trastornos del estado del ánimo:**
- 5) **Trastornos de ansiedad:**
- 6) **Trastornos de la personalidad**

*Una vez obtenidos los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS-14*

*Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables recogidas en el estudio .Para las variables cuantitativas (IMC y Edad) calculamos la MEDIA, DESVIACION TIPICA, RANGO Y CUARTILES; para las variables cualitativas (sexo y diagnóstico clínico) frecuencias y porcentajes.*

*Para el análisis bivalente, utilizamos el estadístico X entre las variables cualitativas y el ANOVA para variables cuantitativas normales.*

*Para el estudio de la normalidad aplicamos el test de Kolmogorov-Smirnov.*

*Aunque la prueba de Kolmogorov-Smirnov no da normal asumimos en base a la hipótesis de que a partir de 30 valores podemos considerar la distribución normal, hemos tomado la variable IMC normal. Con esa hipótesis vamos a estudiar la comparación de medias.*

**\*Ámbito geográfico :** municipios de Arbo, A Cañiza, O Covelo ,Creciente, A Guarda, Mondariz, Mondariz Balneario, Mos, As Neves, Oia, Pontearreas, O Porriño, O Rosal, Salceda de Caselas, Salvaterra, Tomiño, Tui, Vigo-Doblada, Lavadores, Matama

## **RESULTADOS**

### Resultados

Se analizaron los valores de los IMC de los pacientes, valorando su distribución en función del sexo, edad y diagnóstico clínico; obteniendo que la media de IMC se sitúa en 27;( sobrepeso),es decir el 50% de los pacientes presentan sobrepeso ,estando el 25% con obesidad, IMC>30. (Gráfico 1)

Sólo se han encontrado tres pacientes con peso insuficiente.

El % más elevado de ingresos corresponde al grupo de las esquizofrenias y trastornos psicóticos (40%),seguidos de los trastornos del estado de animo 32,8%,trastorno de ansiedad 12%,seguidos de los trastornos de personalidad y demencias(6%).Y por último los trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia con un 3%. (Gráfico 2).

Por grupos de edad la mayoría de los ingresos con diferencia se sitúan entre 25 y 64 años

En relación a los datos recogidos por el INE en Galicia. [2], el % de sobrepeso de la población gallega es de un 38,6% y el de obesidad un 17%, mientras que en la población de estudio con patología mental el sobrepeso es superior un 42,07%, siendo alarmante el incremento de la obesidad (23,3%)

Por diagnósticos, el mayor % de sobrepeso y obesidad lo presenta los pacientes diagnosticados dentro del grupo de esquizofrenia y otras psicosis, seguidos del estado de ánimo, y con menor porcentaje los trastornos de ansiedad; en ultimo lugar trastornos de personalidad, demencia y los trastornos de la infancia adolescencia. (Gráfico 3)

Por grupos de edad, el primer grupo de 18-24 años, presenta un porcentaje de obesidad (28,6)% 4 veces mayor sobrepeso (7%).Sin embargo los otros dos grupos: grupo II 25-64 y el grupo III >65 ,es a la inversa ,los porcentajes de sobrepeso superan a los pacientes con obesidad (Gráfico 4).

Y por último comparando el IMC de la población de estudio por grupos de edad, con los valores recogidos por el INE, en los tres grupos la obesidad es superior a los datos de población nacional, siendo los incrementos más llamativos en la población joven 18 a 24 (5,6%), frente a 28% de la población pacientes ingresados del estudio (gráfico 5)., seguido del segundo grupo 25 a 64 años, que supone el doble, de un 29% con patología mental a un 15,34% población española de la misma edad. En el grupo de >65 los porcentajes son bastante similares, aunque siguen siendo mayores los índices tanto de sobrepeso como obesidad.

Muchos son los factores que pueden explicar la mayor prevalencia de obesidad en la población con patología mental [7,8]:

1- por un lado como ocurre en el grupo de los pacientes con esquizofrenia, uno de los que mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad presenta, la sintomatología negativa como la falta de motivación, o impulso para realizar tareas cotidianas, dificultad para mantener relaciones sociales, dificultades para mantener una actividad laboral se traduce en una disminución o ausencia de actividad física lo que provoca un sedentarismo.

También la sintomatología positiva como delirios y alucinaciones afectan en general impidiendo que mantenga unos hábitos de salud.

Además de toda esta sintomatología es especialmente importante la ausencia de conciencia de enfermedad, ya que las personas afectadas muchas veces no son conscientes de que la padecen y por lo tanto no buscan o rechazan la ayuda médica.

También algunos fármacos como los antipsicóticos atípicos (en especial la olanzapina y la clozapina) se encuentran asociados a incrementos de peso a corto plazo. Los estilos de vida son factores importantes a tener en cuenta en especial en este grupo poblacional [7]

Dentro del segundo grupo, en los diagnósticos del estado de ánimo siguen presentándose parte de la sintomatología negativa ,y ansiedad fundamentalmente más la ausencia de conciencia de enfermedad en muchos casos ,y otros patrones de salud alterados como el sueño, etc que como en el anterior grupo pueden traducirse en alteraciones del patrón alimentario, desequilibrio en cuanto a horarios y cantidades, patrón sueño ,patrón roll-realaciones, etc, [10,11]

2.-Por grupos de edad es llamativo que en el grupo I (18 a 25) el porcentaje de obesos sea cuatro veces mayor que el de sobrepeso, aunque estos valores pueden corresponderse por un lado a que a estas edades se consume una dieta que se caracteriza por un exceso de carnes, embutidos, lácteos y alimentos con alta densidad energética, como productos de bollería y bebidas carbonatadas (ricos en grasas y azúcares refinados, respectivamente) y por un déficit en la ingesta de frutas, verduras y cereales. Otro factor es que un 8% de los niños españoles van al colegio sin haber desayunado, estando demostrado que la prevalencia de la obesidad es superior en aquellas personas que toman un desayuno escaso o lo omiten, siendo esta la edad donde se establece su patrón de conducta. [13] [14].También el sedentarismo es común en estas edades .

Según el estudio de Audencia Infantil AIMC 2004 [3]los niños y adolescentes españoles pasan una media de 2 horas y 30 minutos al día viendo televisión y media hora más jugando con videojuegos o conectados a Internet .Según la presentación de la V Reunión sobre Alimentación y Nutrición que se celebra en noviembre de este año la comunidad gallega posee el mayor índice de obesidad en la adolescencia de toda Europa.

Por otro lado también puede influir, que en este grupo de edad suelen comenzar a manifestarse las psicosis como

la esquizofrenia, con los síntomas añadidos que describimos en el punto anterior.

#### Conclusiones

*-En los pacientes con patología mental el seguimiento del tratamiento es el pilar básico para garantizar el éxito terapéutico, muchos son los factores o dificultades que el paciente manifiesta para dejar su medicación ,la primera ,como ya hemos citado ,es la falta de conciencia de enfermedad ,otras son excesiva sedación y muy frecuentemente la percepción de que esta es la responsable de un aumento importante de peso, que atribuye sólo a los fármacos, por lo que el personal de enfermería tiene un papel fundamental con el paciente para ayudarlo a identificar factores como el sedentarismo, falta de alimentación equilibrada ,como los principales causas de sobrepeso .Y si ya se ha llegado a la situación de sobrepeso, poder facilitarle estrategias que le permitan pedir ayuda ,y solucionar el problema sin optar por el abandono de la medicación.*

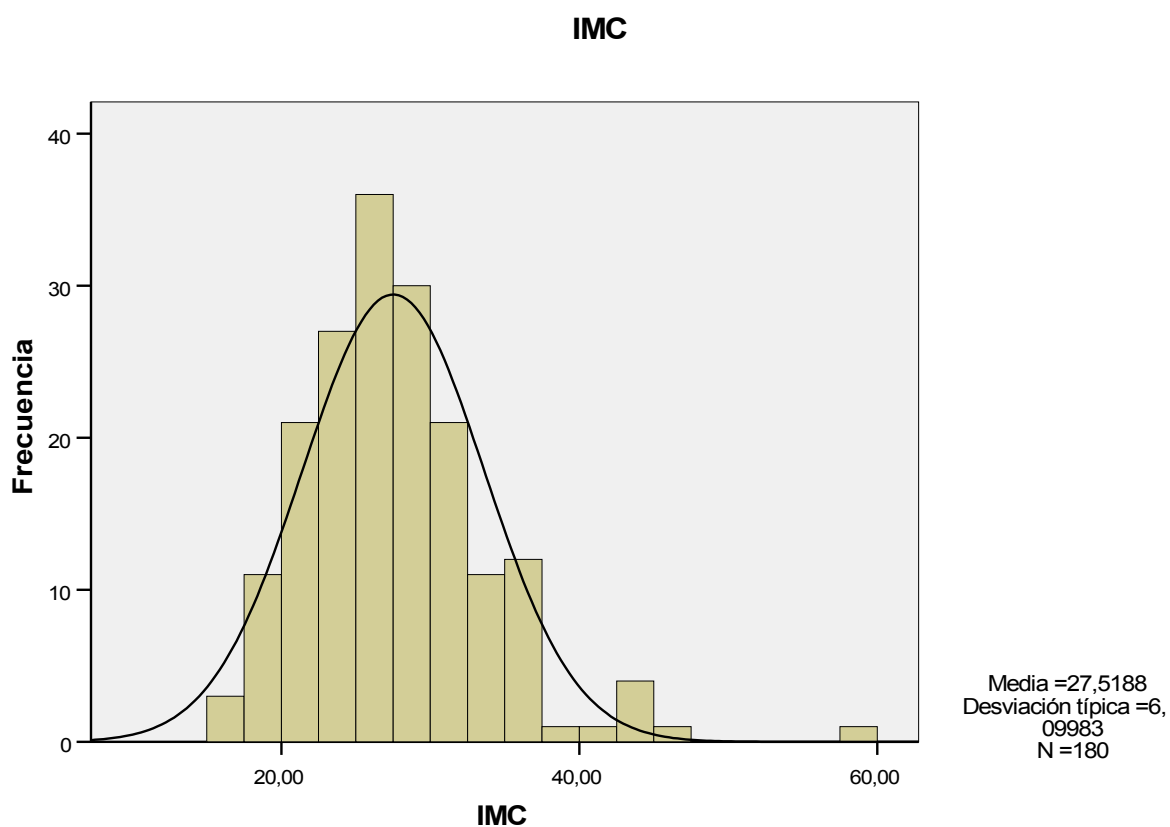
*-Como profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular, debemos de impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población a nivel del ámbito hospitalario, sobre todo debido a los riesgos inherentes a los pacientes con patología psiquiátrica como son el sedentarismo, fármacos, dificultad para su autocuidado y en general para hábitos de vida saludables.*

### Estadísticos

		IMC	EDAD
N	Válidos	180	180
	Perdidos	0	0
Media		27,5188	43,95
Desv. típ.		6,09983	15,949
Mínimo		16,22	18
Máximo		58,00	90
Percentiles	25	23,3750	32,00
	50	27,0000	42,00
	75	30,0000	54,00

**GRAFICO 1**

**HISTOGRAMA DISTRIBUCION DEL IMC**



Media 27,51 y desviación típica 6,09. Valor mínimo IMC 16,22 Valor máximo 58  
 Cuartiles el 25% de los pacientes, los de menor peso están por debajo de 23,37  
 El 50% de los pacientes están por debajo de 27 de IMC  
 El 25% de los más obesos están por encima de 30 de IMC

### Descriptivos

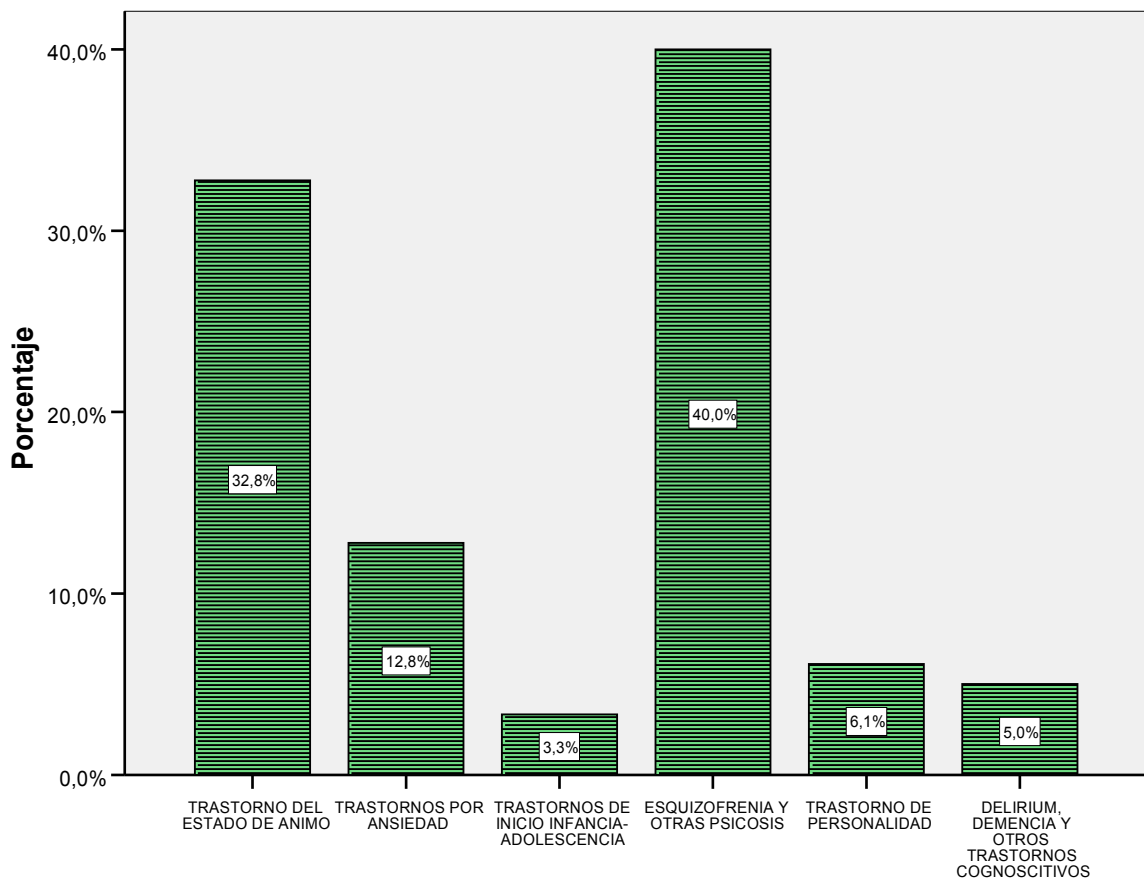


## DIAGNOSTICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO	59	32,8	32,8	32,8
	TRASTORNOS POR ANSIEDAD	23	12,8	12,8	45,6
	TRASTORNOS DE INICIO INFANCIA-ADOLESCENCIA	6	3,3	3,3	48,9
	ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS	72	40,0	40,0	88,9
	TRASTORNO DE PERSONALIDAD	11	6,1	6,1	95,0
	DELIRIUM, DEMENCIA Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS	9	5,0	5,0	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

### GRAFICO 2

DIAGRAMA DE BARRAS DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

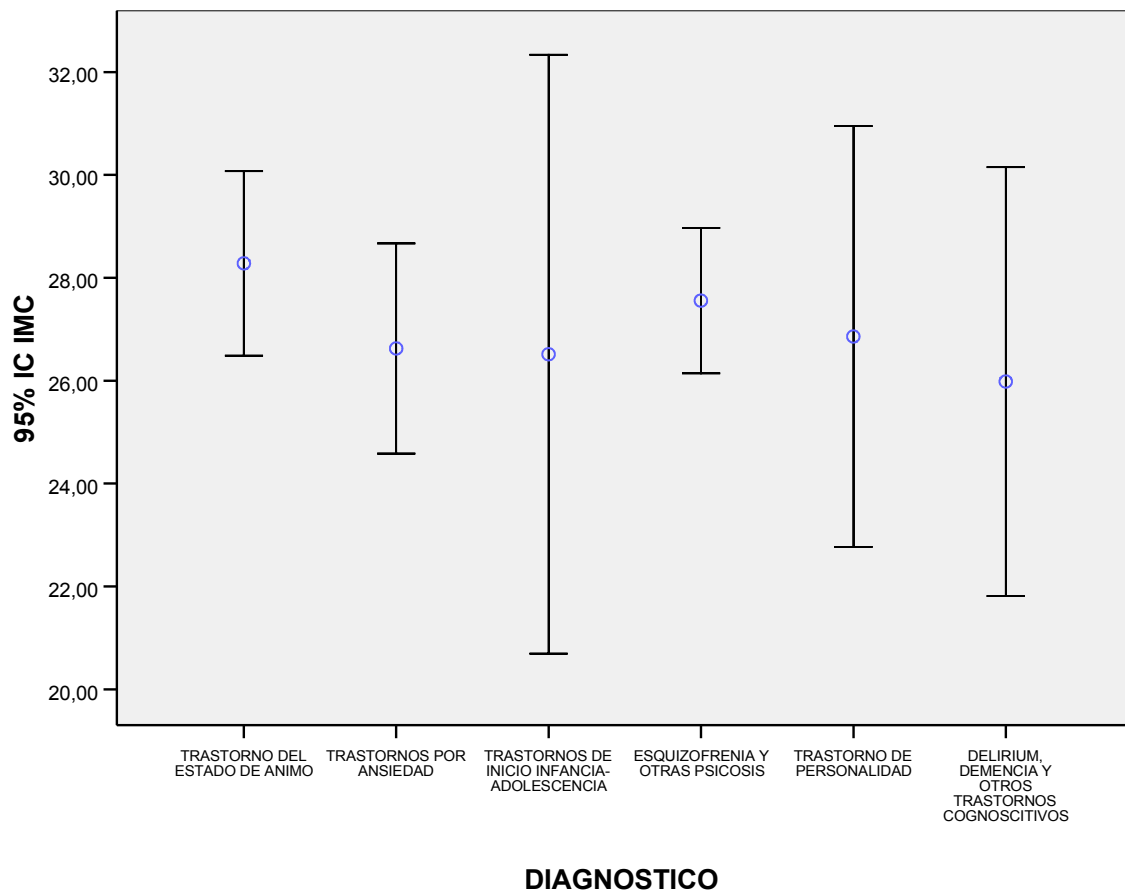


## DIAGNOSTICO

### GRAFICO 3

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO	59	28,2800	6,88093	,89582	26,4868	30,0732	17,44	58,00
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	23	26,6265	4,72410	,98504	24,5837	28,6694	19,50	35,00
TRASTORNOS DE INICIO INFANCIA-ADOLESCENCIA	6	26,5133	5,54702	2,26456	20,6921	32,3346	16,22	33,00
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS	72	27,5567	6,02639	,71022	26,1405	28,9728	17,00	46,00
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	11	26,8582	6,08845	1,83574	22,7679	30,9485	19,44	39,90
DELIRIUM, DEMENCIA Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS	9	25,9833	5,42391	1,80797	21,8142	30,1525	18,00	35,50
Total	180	27,5188	6,09983	,45465	26,6216	28,4159	16,22	58,00

### BARRAS DE ERROR ENTRE IMC Y DIAGNOSTICOS CLINICOS



.El test de ANOVA nos da la media de los grupos diagnósticos y compara las medias. Se llama diagnósticos de error y se representan las medias.

**Tabla de contingencia edad recodificada en tramos de edad \* imc recodificado ministerio**

			imc recodificado ministerio				Total
			peso insuficiente	normopeso	sobrepeso	obesidad	
edad recodificada en tramos de edad	de 18 a 24 años	Recuento	2	7	1	4	14
		% de edad recodificada en tramos de edad	14,3%	50,0%	7,1%	28,6%	100,0%
		% del total	1,1%	3,9%	,6%	2,2%	7,8%
de 25 a 64 años	Recuento	4	44	53	42	143	
		% de edad recodificada en tramos de edad	2,8%	30,8%	37,1%	29,4%	100,0%
		% del total	2,2%	24,4%	29,4%	23,3%	79,4%
mayor o igual a 65 años	Recuento	0	5	12	6	23	
		% de edad recodificada en tramos de edad	,0%	21,7%	52,2%	26,1%	100,0%
		% del total	,0%	2,8%	6,7%	3,3%	12,8%
Total	Recuento	6	56	66	52	180	
		% de edad recodificada en tramos de edad	3,3%	31,1%	36,7%	28,9%	100,0%
		% del total	3,3%	31,1%	36,7%	28,9%	100,0%

**GRAFICO 4**

**DIAGRAMA DE BARRAS DISTRIBUCIÓN DE PESO EN FUNCIÓN DE LA EDAD**

**Gráfico de barras**

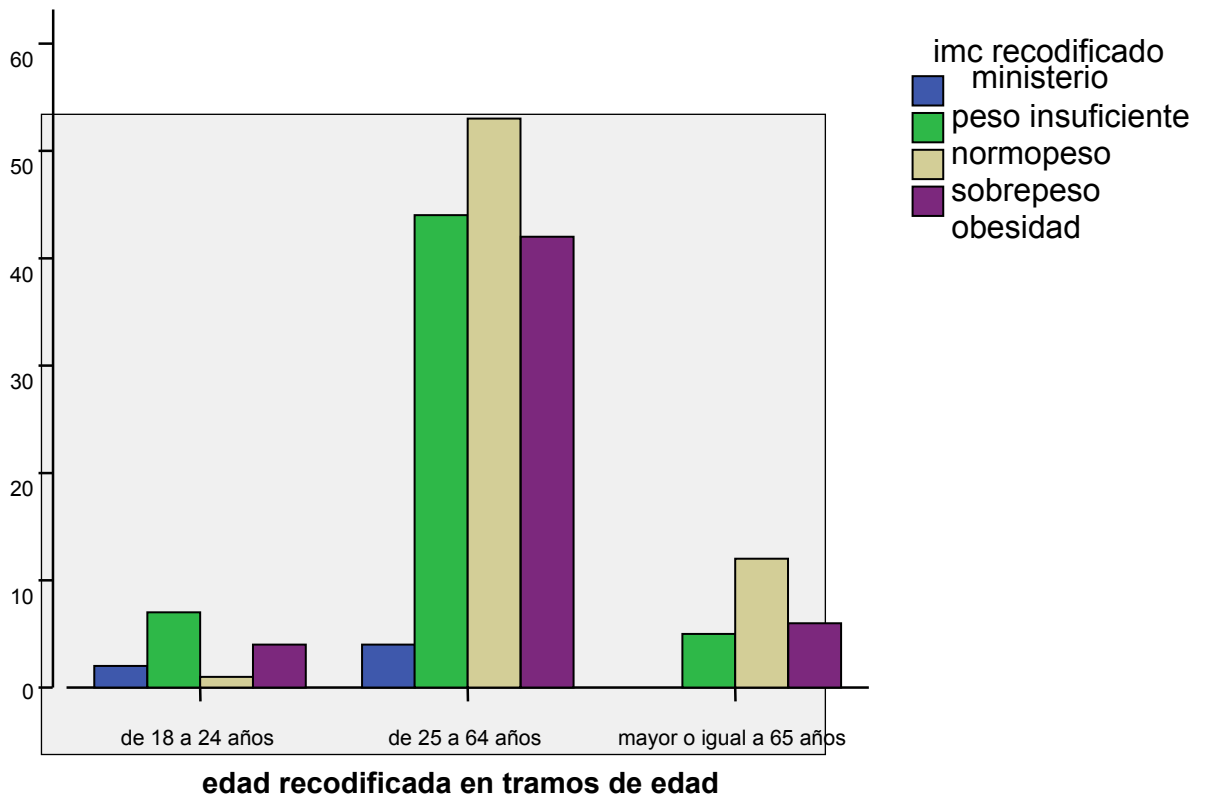
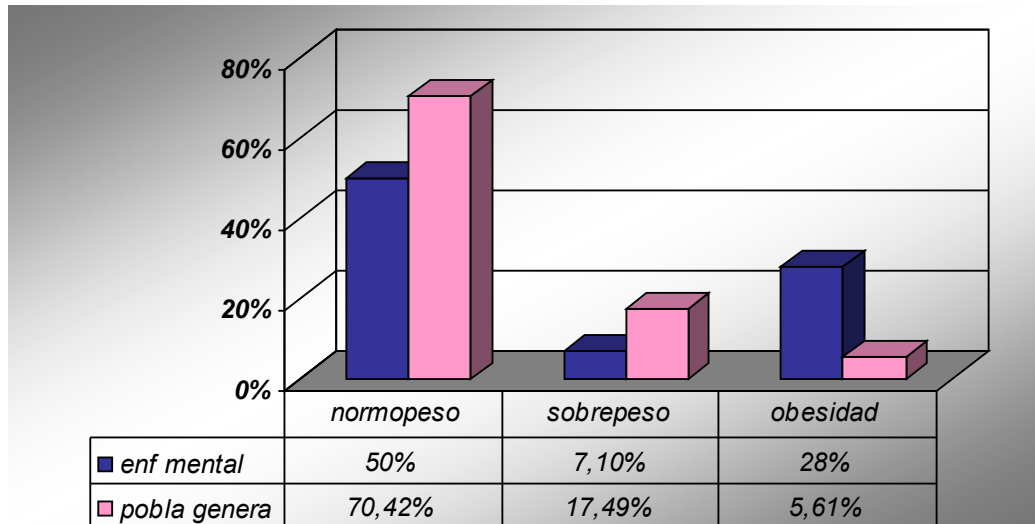


DIAGRAMA DE BARRAS COMPARATIVA ENTRE EL PESO DE POBLACION ESPAÑOLA (INE) Y PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA POR GRUPOS DE EDAD

GRAFICO 5(Edad 18-24 años)



1. **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:** incluye los pacientes ingresados con diagnóstico de
  - **Retraso mental:** leve, moderado, grave, y profundo.
  - **Trastornos del aprendizaje:**
  - **Trastorno de las habilidades motoras:**
  - **Trastornos de la comunicación:**
  - **Trastornos generalizados del desarrollo:**
  - **Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:** .
2. **Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:**
  - **Delirium:**
    - Delirium debido a...(indicar enfermedad médica)
    - Delirium inducido por sustancias
    - Delirium por abstinencia de sustancias
    - Delirium debido a múltiples etiologías
    - Delirium no especificado
  - **Demencia:**
    - *Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano:*
    - *Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío:*
    - *Demencia vascular:*
    - Demencia debida a enfermedad por VIH
    - Demencia debida a traumatismo craneal
    - Demencia debida a enfermedad de Parkinson
    - Demencia debida a enfermedad de Huntington
    - Demencia debida a enfermedad de Pick
    - Demencia debida a ...(indicar enfermedad médica no enumerada antes)
    - Demencia no especificada
  - **Trastornos amnésicos:**
    - Trastorno amnésico debido a ...(indicar enfermedad médica)
    - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.
    - Trastorno amnésico no especificado.
  - **Otros trastornos cognoscitivos:** *Trastorno cognoscitivo no especificado.*
3. **Trastornos relacionados con sustancias:**
  - **Trastornos relacionados con el alcohol:**
    - Trastornos por consumo de alcohol: .
      - *Dependencia de alcohol*
      - *Abuso de alcohol*
    - Trastornos inducidos por el alcohol: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, y Trastorno relacionado con alcohol no especificado*
  - **Trastornos relacionados con alucinógenos:**
    - Trastornos por consumo de alucinógenos:
      - *Dependencia de alucinógenos*
      - *Abuso de alucinógenos*

- Trastornos inducidos por alucinógenos: *Intoxicación, Trastorno perceptivo persistente, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno del estado de ánimo.*
- **Trastornos relacionados con amfetaminas (o sustancias de acción similar):**
  - Trastornos por consumo de amfetaminas:
    - *Dependencia de amfetaminas*
    - *Abuso de amfetaminas*
  - Trastornos inducidos por amfetaminas: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno , y Trastorno del estado de ánimo.*
- **Trastornos relacionados con cafeína:**
  - Trastornos inducidos por cafeína: *Intoxicación, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, y Trastorno relacionado con cafeína no especificado.*
- **Trastornos relacionados con cannabis:**
  - Trastornos por consumo de cannabis:
    - *Dependencia de cannabis*
    - *Abuso de cannabis*
  - Trastornos inducidos por cannabis: *Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con cannabis no especificado.*
- **Trastornos relacionados con cocaína:**
  - Trastornos por consumo de cocaína:
    - *Dependencia de cocaína*
    - *Abuso de cocaína*
  - Trastornos inducidos por cocaína: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno , y Trastorno relacionado con cocaína no especificado.*
- **Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar):**
  - Trastornos por consumo de :fenciclidina:
    - *Dependencia de fenciclidina*
    - *Abuso de fenciclidina*
  - Trastornos inducidos por fenciclidina: *Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado.*
- **Trastornos relacionados con inhalantes:**
  - Trastornos por consumo de inhalantes:
    - *Dependencia de inhalantes*
    - *Abuso de inhalantes*
  - Trastornos inducidos por inhalantes: *Intoxicación, Delirium, Demencia, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.*
- **Trastornos relacionados con nicotina:**
  - Trastornos por consumo de nicotina: *Dependencia de nicotina.*
  - Trastornos inducidos por nicotina: *Abstinencia y Trastorno relacionado con nicotina no especificado.*
- **Trastornos relacionados con opiáceos:**
  - Trastornos por consumo de opiáceos:
    - *Dependencia de opiáceos*

- *Abuso de opiáceos*
- Trastornos inducidos por opiáceos: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno del sueño, Trastorno , y Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.*
- **Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:**
- Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
  - *Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*
  - *Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*
  - Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno , y Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado*
- **Trastornos relacionados con varias sustancias:** *Dependencia de varias sustancias.*
- **Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas):**
- Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas):
  - *Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)*
  - *Abuso de otras sustancias (o desconocidas)*
  - Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas): *Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno , y Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado*

#### 4. **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**

- **Esquizofrenia:**
- Tipo paranoide
- Tipo desorganizado
- Tipo catatónico
- Tipo indiferenciado
- Tipo residual
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno delirante
- Trastorno psicótico breve
- Trastorno psicótico compartido (*folie a deux*)
- Trastorno psicótico debido a...(*indicar enfermedad médica*)
  - Con ideas delirantes
  - Con alucinaciones
- Trastorno psicótico inducido por sustancias

- Trastorno psicótico no especificado.
- 5. **Trastornos del estado del ánimo:**
  - **Trastornos depresivos:**
    - Trastorno depresivo mayor
    - Trastorno distímico
    - Trastorno depresivo no especificado
  - **Trastornos bipolares:**
    - Trastorno bipolar I
    - Trastorno bipolar II
    - Trastorno ciclotímico
    - Trastorno bipolar no especificado.
  - Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica
  - Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias
  - Trastorno del estado del ánimo no especificado.
- 6. **Trastornos de ansiedad:**
  - Trastorno de angustia sin agorafobia
  - Trastorno de angustia con agorafobia
  - Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
  - Fobia específica (animal, ambiental, situacional, etc.)
  - Fobia social
  - Trastorno obsesivo-compulsivo.
  - Trastorno por estrés postraumático
  - Trastorno por estrés agudo
  - Trastorno de ansiedad generalizada
  - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
  - Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
  - Trastorno de ansiedad no especificado
  - Trastorno dismórfico corporal
  - Trastorno somatomorfo no especificado

## Agradecimientos

--A la fundación FICHUVI ,en especial a Manoli Fontanillo

Fontanillo por su colaboración

--A Manuel Chaves Beceiro por su apoyo.

--A Maria José Menor Rodríguez por ser un ejemplo a seguir de profesionalidad y ética en enfermería.



## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Aranceta-Bartrinaa, Jr; Serra-MajembL, Foz-Salac M,, Moreno-Esteband,B y Grupo Colaborativo SEEDO\* **.Prevalencia de obesidad en España**
- 2.-*Encuesta nacional de salud del 2006 Gobierno de España*  
*Ministerio de Sanidad y Consumo*
- 3.*Estrategia para la nutrición , actividad física y prevención de la obesidad.(NAOS)*  
*Ministerio de Sanidad y Consumo Año*
- 4.-C. Martínez Roldán\*, P. Veiga Herreros\*, A. López de Andrés\*, J. M.<sup>a</sup> Cobo Sanz\* y A. Carbajal  
*Azcona\*\*\*. Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal.Nutr.Hosp (2005) XX (3) 197-203*
5. *Sociedad Española para el estudio de la Obesidad .Consejos de nutrición.( SEEDO)*
- 6.- [www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/1975/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/1975/) - 44k -  
**DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES**  
**CON ESQUIZOFRENIA ...**
- 7.- Dr. Ray Plasencia Yasuda .Comorbilidad Médica en Pacientes Esquizofrénicos @ 2007 January
8. Cavieres A y Valdebenito M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43:97-108.

- 9.- Bersh, Sonia. La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. rev.colomb.psiquiater., Dic 2006, vol.35, no.4, p.537-546. ISSN 0034-7450
- 10.J.Vallejo Ruiloba .Introducción a la sicopatología y a la psiquiatría.6ª edición Ed.Elsevier.Masson
- 11.Louise Rebrama Shives.Enfermería psiquiátrica y de salud mental .Conceptos Básicos.6ª Edición .Ed Mc Graw-Hill-Interamericana.
12. DSM-IV
- 13.Arturo Jiménez Cruz, Mª Eugenia Pérez Morales. Obesidad infantil. Rev ROL. Enf.2004 27(3) 184-188.
14. Virginia Mumbiela Pons,Silvia Sanmartin Zaragoza,Carlos Gonzalez Alvarez.Obesidad infantil y hábitos alimentarios. .Rev ROL. Enf.1997 (.11-17)
15. López de La Llave A Y Rodríguez A ; MD Ruiz Gonzalez MD , Conejo Olmedilla MA . Tratamiento del sobrepeso .Aplicación de un programa . Rev ROL. Enf 1998.(6) 239-240
- 16 . Panisello Royo JMLa epidemia nutricional .Rev ROL. Enf 2005;28(6).436-450
- 17.Joana Fornes Vives ,Mª Consuelo Carballal Bsalsa,Enfermería de salud mental y psiquiátrica.Ed Panamericana.2001
- . 18.Aniceto Charro Salgado..Presentación de la 5 reunión internacional sobre alimentación y nutrición .Asociación Galega de Estudios da Dieta Atlántica y la Sociedad Española de Nutrición.La Voz de Galicia,13 septiembre 2008.