

# Hábitos de alimentación en pacientes atendidos en un servicio de salud mental.

Food habits in patients attended in a mental health service.

Luis Javier Sanz Rodríguez <sup>a</sup>, Ana Isabel Blanco Martos <sup>b</sup>, Emilio Gamo Medina <sup>c</sup>, Ana García Laborda <sup>d</sup>.

<sup>a</sup>Psicólogo Clínico. Servicio de Salud Mental de Parla (Madrid). <sup>b</sup>Psiquiatra. Servicio de Salud Mental de Parla (Madrid) <sup>c</sup>Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental de Parla (Madrid), <sup>d</sup>Enfermera de Salud Mental. Servicio de Salud Mental de Parla (Madrid).

Correspondencia: Luis Javier Sanz Rodríguez (ljsanz@cop.es)

Recibido: 14/03/2010; aceptado con modificaciones: 6/09/2010

**RESUMEN:** Este trabajo tiene como objetivo conocer los hábitos de alimentación de la población adulta que consulta en un Servicio de Salud Mental, así como establecer relaciones entre los hábitos alimentarios y las variables clínicas, sociodemográficas, relacionales y el grado de satisfacción con la propia pauta alimenticia, peso e imagen corporal. Para ello se empleó un diseño observacional con una muestra de 175 pacientes (siendo un 39,7% casos nuevos) que consultan en el C.S.M. de Parla entre febrero y junio de 2009, siendo 29,1% varones y 70,9% mujeres. Se administró un protocolo de recogida de datos heteroaplicado. La distribución agrupada de los diagnósticos fue: 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. La variedad de la ingesta resulta incompleta (media de platos en la comida: 1,83, D.T.: 0,66; media de platos en la cena: 1,44, D.T.: 0,64). Encontramos una correlación significativa y positiva ( $p < 0,01$ ) en la preferencia de determinados alimentos (verduras, fruta, legumbres, pescado, por un lado; y pasta, carne, fiambres, por otro). El IMC medio fue 25,48 (D.T.: 4,93). Se encontraron diferencias significativas ( $\chi^2: 31,94$ ;  $p = 0,004$ ) en cuanto a la satisfacción con la propia imagen en función del diagnóstico, están más insatisfechos los trastornos alimentarios (71,4% poco satisfechos), de personalidad (64,3%) y neuróticos (42,4%). De estos datos concluimos que existen deficiencias en la organización, cantidad y calidad de los hábitos alimentarios de los pacientes, a cuya mejora sería necesario prestar atención.

**PALABRAS CLAVE:** hábitos alimenticios, población, dieta.

**ABSTRACT:** This work aims to study nourishment habits of adult population who consults in a Mental Health Service, as well as establish relations among food habits and clinical and demographic variables and the satisfaction level to the own nourishing pattern, weight and body image. For it we used a observation design with a sample of 175 patients (being 39,7 % new cases) that consult in the Mental Health Center of Parla between February and June 2009, being 29,1 % males and 70,9 % women. We used a heteroapplied protocol for data collection. The grouped distribution of diagnoses was: 25,7 % affective disorders, 18,9 % neurotic disorders, 28,6 % adaptative disorders, 8% personality disorders, 9,1 % psychotic disorders, 4 % eating disorders and 5,7 % remaining other diagnoses. The variety of food turned out to be incomplete (average of plates in the food: 1,83, S.D.: 0,66; average of plates in the dinner: 1,44, S.D.: 0,64). We found a significant and positive correlation ( $p < 0,01$ ) in the preference of certain food (vegetables, fruit, vegetables, fish, on the one hand; and noodles, meat, cold cuts, for other one). The average CMI was 25,48 (D.T.: 4,93). We found significant differences ( $\chi^2: 31,94$ ;  $p = 0,004$ ) as for the satisfaction with the own image depending on the diagnosis, being the eating disorders the most unsatisfied group (71,4% slightly satisfied), followed by personality disorders (64,3 %) and neurotic disorders (42,4 %). We conclude that exist deficiencies in the organization, quantity and quality of the food habits of the patients, so it would be necessary to give more attention for its improvement.

**KEY WORDS:** food habits, population, diet.

## *Introducción*

La dieta como elemento de la salud integral aparece ya en los tratados de Hipócrates (*Sobre la dieta en tratados Hipocráticos*; Gredos, Barcelona 2001), donde reconoce que son muchos los impedimentos para ofrecer una pauta ideal, “para establecer la justa proporción de los ejercicios frente a la cantidad de los alimentos... resulta que las edades tienen diversas necesidades; además están las disposiciones de los países, y los cambios de los vientos, las variaciones de las estaciones y las características del año”. La pauta alimenticia está siempre en interacción con un conjunto de circunstancias cambiantes de la persona y de su entorno.

La alimentación ha tenido una evolución histórica sustancial en la propia evolución del hombre. Las dietas tratan de tener una base científica pero están condicionadas por el contexto histórico y cultural. En los países postindustriales asistimos a una terciarización acelerada de los procesos de alimentación, tanto en su presentación como lugar, forma de consumo, etc. Respecto a la composición, ha disminuido el consumo de cereales duros y ha aumentado el consumo de proteínas y grasas, así mismo ha disminuido el consumo de fruta a favor de los derivados lácteos. Por otra parte, la costumbre de reunirse todos los miembros de la unidad doméstica a comer es cada vez menor, tanto por la imposición del ritmo de vida, como por el decreciente valor de la comensalidad como signo de unión familiar. Estos cambios pueden destruir el tejido social y alterar el modelo de vida familiar (1, 2).

En los pacientes psiquiátricos la alimentación se ve modificada por la patología dentro de una mayor o menor desestructuración del conjunto de pautas adaptativas. Pero este aspecto, excepto en el caso de los trastornos alimentarios específicos, ha sido poco estudiado. Factores como la medicación, características individuales, etc. tienen relaciones complejas y cambiantes con la forma de comer o el peso (3). Es generalmente 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, preocupación o no previa por la dieta (4, 5, 6).

La influencia de los principios alimenticios en la salud y enfermedad ha sido siempre un punto de interés para la medicina, en la actualidad las recomendaciones dietéticas han llegado a tener notable influencia en los medios de comunicación, un ejemplo es la dieta “cardiosaludable”. En lo que respecta a la salud mental, en los últimos tiempos se ha incidido en la influencia de determinados aminoácidos sobre la depresión y aún más recientemente en el posible efecto del consumo de determinados principios, como los ácidos grasos omega 3, en la esquizofrenia (7, 8). Estos estudios son interesantes aunque no definitivos, muestran la importancia que la alimentación podría tener más directamente sobre la patología psiquiátrica, cuya trascendencia clínica está aún por establecer. Existe una preocupación clara en la psiquiatría actual por evitar la iatrogenia de los psicofármacos en el aumento de peso.

En nuestro país, ya Gregorio Marañón en *Gordos y flacos* (1926) planteó la influencia de los factores endógenos y exógenos en el peso y su relatividad, así como de la recíproca interacción; la importancia del peso, las variaciones de éste y la imagen corporal desde el punto de vista psicológico y la influencia de la moda.

El presente trabajo se plantea conocer los hábitos alimenticios de la población adulta que consulta en un Servicio de Salud Mental y establecer relaciones entre éstos y las variables sociodemográficas, relaciones, con el propio peso y satisfacción con éste e imagen corporal.

El objetivo que se plantea es:

- Un estudio cualitativo de los hábitos alimenticios en la población
- Estudiar las correlaciones entre estos hábitos alimenticios y variables sociodemográficas y diagnósticas.

### *Método*

El diseño empleado en este trabajo consiste en un estudio observacional para el que tomamos como muestra los pacientes atendidos por uno de los subequipos del programa de adultos de los Servicios de Salud Mental de Parla entre febrero y junio de 2009, obteniendo un total de 175 sujetos.

Diseñamos un protocolo de recogida de datos que incluye los siguientes apartados:

- Variables sociodemográficas: género, edad, convivencia, ocupación y situación laboral (Tabla 1).
- Variables clínicas: diagnóstico, tratamiento farmacológico, historia de enfermedades orgánicas.
- Variables sobre hábitos de alimentación y grado de satisfacción.

La categorización de diagnósticos del paciente la realizamos mediante la CIE-9, que es la clasificación diagnóstica utilizada en los Servicios de Salud Mental de Madrid, agrupadas en: Trastornos de alimentación (307), Trastornos afectivos (296, 311), Trastornos psicóticos (295, 297 y 298), Trastornos neuróticos (300), Reacciones de estrés y trastornos adaptativos (308 y 309), Dependencia al alcohol y abuso de sustancias (303) y trastornos de personalidad (301). En los casos en los que aparecía más de un diagnóstico se ha incluido solo el principal.

Realizamos un análisis descriptivo y relacional mediante tablas de contingencia. El software empleado para el análisis de los datos fue SPSS para Windows versión 13.0.

Tabla 1  
Variables sociodemográficas de la muestra.

	% (n)
<b>Género</b>	
Hombre	29,1 (51)
Mujer	70,9 (124)
<b>Tipo de convivencia</b>	
Solo	8 (14)
Con pareja sin hijos	21,3 (37)
Familia con hijos	46,6 (81)
Con progenitores	20,7 (36)
Otros	3,4 (6)
<b>Ocupación</b>	
Profesionales y técnicos	8 (14)
Directivos y gerentes	2,3 (4)
Administrativos	13,4 (23)
Comerciantes y vendedores	7 (12)
Hostelería, servicios y seguridad	8 (14)
Industria, construcción y transportes	16,9 (29)
Ocupaciones no bien especificadas	13,4 (23)
Ama de casa	26,2 (45)
Estudiante	4,7 (8)
<b>Situación laboral</b>	
Trabajando	37,7 (66)
Parado	7,4 (13)
Incapacidad laboral	18,3 (32)
Jubilado, pensionista o retirado	8 (14)
Estudiante	4,7 (8)
Labores del hogar	24 (42)

### Resultados

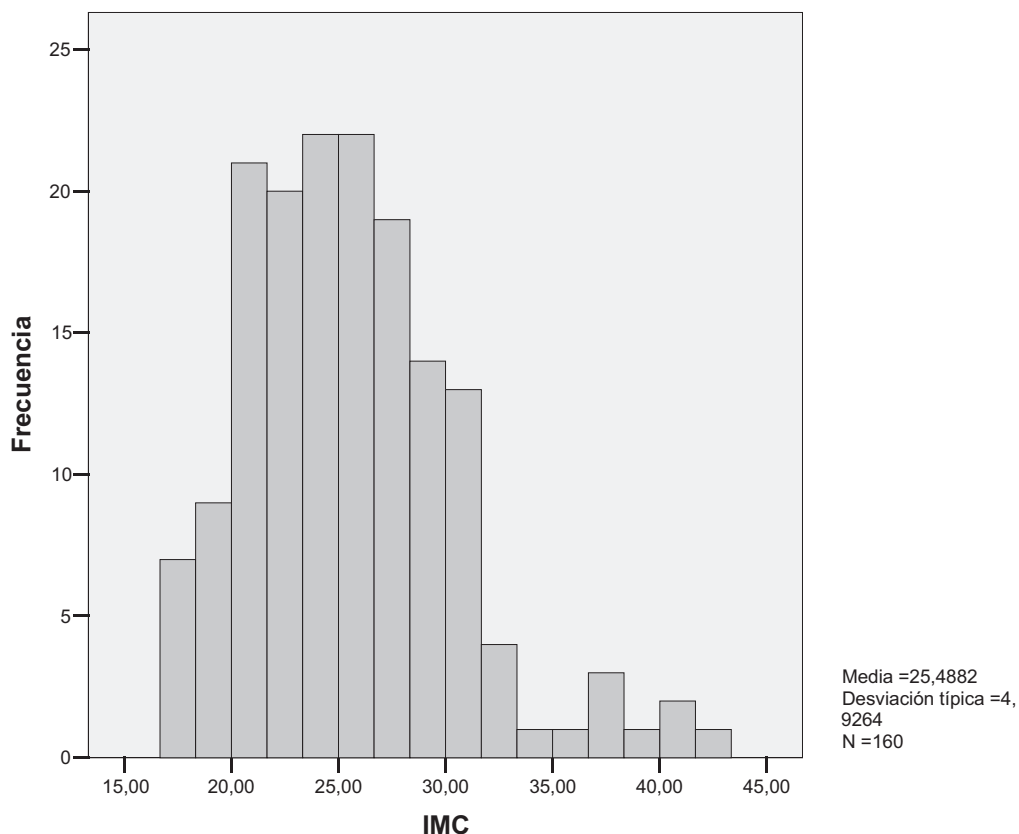
La muestra total quedó compuesta de 175 pacientes atendidos en un periodo de 4 meses (de febrero a junio de 2009). Un 39,7% de los casos eran nuevos y el 60,3% eran pacientes con historia abierta en nuestro centro con anterioridad. Prácticamente la totalidad de la muestra era de nacionalidad española (el 93,7%). La edad media de los sujetos en el momento de la primera consulta es 38,69 años (DS: 12,54). Asimismo, clasificamos 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.

## ORIGINALES Y REVISIONES

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, la mayoría 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 19,8% restante no recibía ningún tipo de tratamiento farmacológico. Asimismo, se exploró el uso habitual de analgésicos (el 25,1% de la muestra manifestó hacer uso de estos fármacos habitualmente) y el consumo tabaco (el 39,9% de los pacientes se describieron como fumadores).

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.

Figura 1

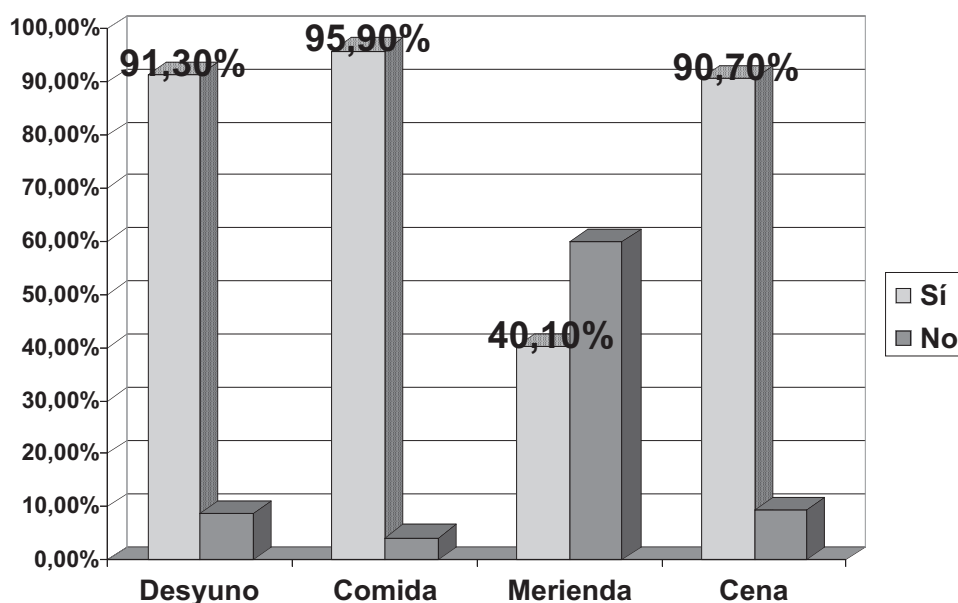
*Distribución del IMC en la muestra.*

También se exploraron los cambios de peso de los pacientes durante el último año, encontrando que sólo una cuarta parte de los sujetos aproximadamente (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.

El tipo y el número de comidas realizadas diariamente se recogen en la figura 2. La variedad de la ingesta resulta incompleta (media de platos en la comida: 1,83, D.T.: 0,66; media de platos en la cena: 1,44, D.T.: 0,64).

Figura 2.

*Tipo y número de comidas realizadas diariamente.*



La mayoría de los sujetos afirmó que normalmente realizaba en compañía alguna de las comidas principales de día (65,9%) y que no picoteaban entre comidas (60,8%). Del mismo modo, la mayor parte de los pacientes declaró comer en familia los fines de semana (68,4%) y reunirse con la familia extensa en torno alguna comida (70,6%).

Al aplicar la prueba  $\chi^2$  no se encontraron diferencias significativas entre la frecuencia de la ingesta de los distintos alimentos y su preferencia por ellos (Figura 3)

La tabla 2 muestra los resultados correspondientes al análisis de correlación que se establecen entre las distintas frecuencias de ingesta de los alimentos. Encontramos una correlación significativa y positiva ( $p < 0,01$ ) en la preferencia de determinados alimentos (verduras, fruta, legumbres, pescado, por un lado; y pasta, carne, fiambres, por otro).

ORIGINALES Y REVISIONES

Figura 3

Frecuencia de la ingesta de los diferentes alimentos.

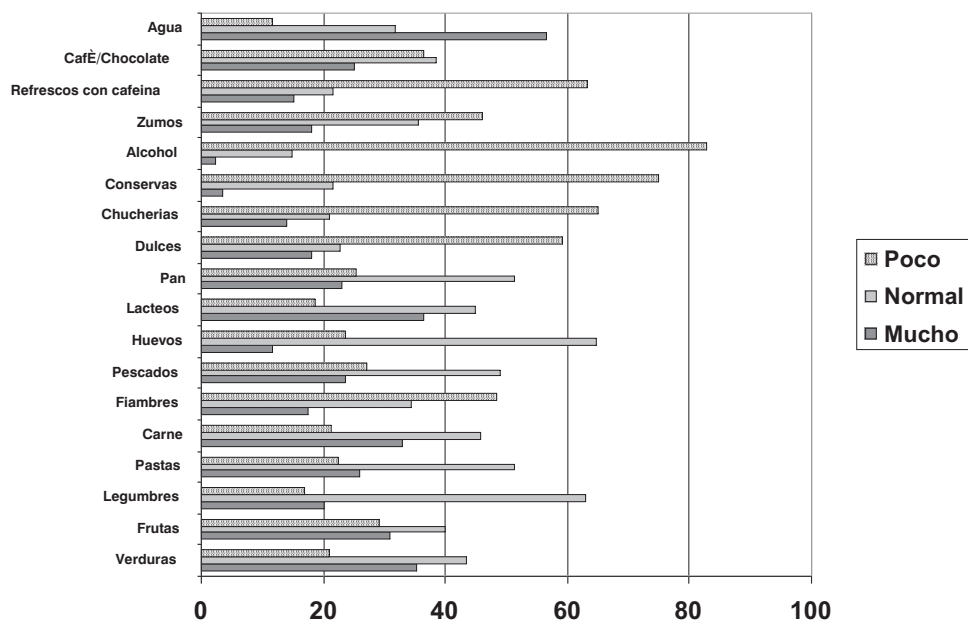


Tabla 2

Matriz de correlaciones entre las distintas frecuencias de ingesta de los alimentos.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1. Verduras	1																			
2. Frutas	,140	1																		
3. Legumbres	,430 <sup>b</sup>	,185 <sup>a</sup>	1																	
4. Pasta	-,026	-,082	-,071	1																
5. Carne	-,165 <sup>a</sup>	-,027	-,061	,276 <sup>b</sup>	1															
6. Fiambres	-,147	-,084	,026	,272 <sup>b</sup>	,318 <sup>b</sup>	1														
7. Pescados	,348 <sup>b</sup>	,226 <sup>b</sup>	,221 <sup>b</sup>	-,137	-,241 <sup>b</sup>	-,203 <sup>b</sup>	1													
8. Huevos	-,086	-,082	-,067	,213 <sup>b</sup>	,275 <sup>b</sup>	,280 <sup>b</sup>	-,036	1												
9. Lacteos	,146	,062	,166 <sup>a</sup>	,080	,219 <sup>b</sup>	,060	,077	,312 <sup>b</sup>	1											
10. Pan	,098	,047	,186 <sup>a</sup>	-,120	,140	,111	,129	,156 <sup>a</sup>	,141	1										
11. Dulces	-,021	,148	-,162 <sup>a</sup>	,169 <sup>a</sup>	,175 <sup>a</sup>	,128	-,048	,182 <sup>a</sup>	,150 <sup>a</sup>	,093	1									
12. Chucherías	-,167 <sup>a</sup>	,047	-,190 <sup>a</sup>	,137	,204 <sup>b</sup>	,207 <sup>b</sup>	,002	,208 <sup>b</sup>	,015	,092	,334 <sup>b</sup>	1								
13. Conservas	,066	-,072	-,002	,242 <sup>b</sup>	,158 <sup>a</sup>	,320 <sup>b</sup>	,057	,165 <sup>a</sup>	,039	,101	,228 <sup>b</sup>	,443 <sup>b</sup>	1							
14. Alcohol	,136	,037	,067	-,082	,188 <sup>a</sup>	,209 <sup>b</sup>	,001	,113	,041	,261 <sup>b</sup>	,131	,362 <sup>b</sup>	,425 <sup>b</sup>	1						
15. Zumos	-,064	,026	-,132	,194 <sup>a</sup>	,085	,146	,003	,221 <sup>b</sup>	,137	-,078	,148	,279 <sup>b</sup>	,203 <sup>b</sup>	,104	1					
16. Colas	-,135	-,063	-,159 <sup>a</sup>	,127	,277 <sup>b</sup>	,278 <sup>b</sup>	-,164 <sup>a</sup>	,197 <sup>b</sup>	,051	,146	,047	,393 <sup>b</sup>	,233 <sup>b</sup>	,297 <sup>b</sup>	,258 <sup>b</sup>	1				
17. Café, té	-,024	-,068	-,099	,066	,049	,040	,085	,177	,087	,095	,117	,284 <sup>b</sup>	,178 <sup>b</sup>	,230 <sup>b</sup>	,137	,304 <sup>b</sup>	1			
18. Agua	,043	,142	,085	-,026	-,018	-,131	,272 <sup>b</sup>	,053	,068	,081	,048	-,087	,039	,100	,091	-,161 <sup>a</sup>	-,067	1		
19. Suplementos	,027	,104	,079	,128	-,140	-,041	,171 <sup>a</sup>	,017	,031	-,016	-,087	,003	,172 <sup>a</sup>	,127	,058	,090	,007	,086	1	

La mayoría de los sujetos contestó que, cuando comía, lo hacía pensando exclusivamente en lo que le apetecía (43,9%), frente a comer pensando en lo mejor para la salud (23,1%), y comer pensando en el control del peso (13,3%). El 19,7% restante afirmó no prestar mucha atención a lo que come.

En cuanto a los cambios en la alimentación a lo largo de distintas etapas del ciclo vital y diferentes momentos temporales, la mayoría de los pacientes (un 64,3%) consideraba que sus pautas de alimentación no habían variado sustancialmente respecto a las que seguían en su infancia. Sin embargo, aproximadamente la mitad los sujetos (49,7%) admitía que sus hábitos de alimentación eran diferentes en comparación con los que tenían sus padres. Asimismo, la mayoría de los pacientes (54,7%) consideraba que en las distintas estaciones cambiaba su manera de comer.

Aunque sólo un 10,9% de la muestra afirmó estar siguiendo alguna dieta en la actualidad, un 41% de los sujetos admitió que habitualmente evitaba alimentos por adelgazar o engordar y un 58,1% de los pacientes contestó que frecuentemente evitaba determinados tipos de alimentos por considerarlos malos para la salud.

En las preguntas que trataban de valorar como los distintos estados afectivos modulaban las pautas de alimentación, la mayoría de los pacientes contestaron que su ingesta disminuía cuando estaban nerviosos (un 49,1%) y cuando estaban tristes (un 70,3%). Del mismo modo, la mayoría consideraba que su ingesta también disminuía en aquellos momentos en que habían sufrido problemas en la vida (un 61,8%) o ante la pérdida de algún ser querido (un 62,6%).

Finalmente, respecto a la satisfacción con los hábitos de alimentación, una cuarta parte de la muestra decía estar bastante satisfecha con su forma de comer, frente al 41,3% que se encontraba moderadamente satisfecho y el 33,7% restante que decía estar poco satisfecho. La satisfacción respecto a la propia imagen fue menor que respecto a las pautas de alimentación: sólo un 14,5% de los sujetos afirmaron estar bastante satisfechos con su imagen corporal, mientras que un 48,3% declaró sentirse moderadamente satisfechos y un 37,2% contestó que se sentían poco satisfechos. Se encontraron diferencias significativas ( $\chi^2:31,94$ ;  $p=0,004$ ) en cuanto a la satisfacción con la propia imagen en función del diagnóstico, están más insatisfechos los trastornos alimentarios (71,4% poco satisfechos), de personalidad (64,3%) y neuróticos (42,4%).

### *Discusión y conclusiones*

Se ha observado en relación con el número de platos y de comidas que lo más frecuente es hacer tres comidas con un acortamiento del número de platos respecto a pautas establecidas como ideales. También se puede constatar una disminución del



## ORIGINALES Y REVISIONES

consumo de fruta y un aumento del consumo de lácteos. Los que dicen hacer dieta son pocos, pero si se evita cierto tipos de alimentos (por ejemplo, el pan y las patatas). Esto podría estar en relación con la difusión de tópicos acerca de la alimentación.

Existe una serie de correlaciones entre preferencias alimentarias que podríamos agrupar por un lado con pescado y verdura y, por otro, con hidratos de carbono y carne, sin que en nuestro trabajo se haya podido establecer relaciones con variables sociodemográficas, generacionales o diagnósticas. Nuestra muestra se inclina hacia un sobrepeso moderado y con un porcentaje considerable de franca obesidad, a pesar de que existe satisfacción con la propia pauta alimentaria, mayor que la satisfacción con su imagen corporal (9). La diferente satisfacción sí tiene que ver con el diagnóstico: principalmente, en orden decreciente, los trastornos de alimentación, los trastornos de personalidad y los neuróticos muestran mayor insatisfacción.

En cuanto a los cambios de formas de alimentación en torno al núcleo familiar, si bien se constata que un número considerable de personas come solo, muchas comen en familia, y se mantienen formas de reunión de la familia extensa alrededor de la comida. Aunque los pacientes dicen no haber cambiado sus pautas alimentarias, si lo han hecho respecto a las pautas de la generación anterior, lo que indica un cambio en las maneras de comer y otras variaciones en el estilo de vida.

Se constata que los estados afectivos influyen en la dieta; lo más claro es la disminución de la ingesta en la tristeza, el duelo, el afrontamiento de problemas y en menor medida en los estados de ansiedad. El aumento de la ingesta también se produce con la ansiedad, pero en menor medida.

Podemos concluir:

Hay mucha variabilidad en cuanto a las pautas alimentarias sin que se hayan podido establecer factores causales y que pudieran estar en relación con cambios socioculturales.

Existen deficiencias llamativas en la organización, cantidad y calidad de los hábitos alimentarios de los pacientes, a cuya mejora sería necesario prestar atención, pudiéndose constatar cierta pérdida en el poder aglutinante de la familia.

No se evidencia que el diagnóstico module la pauta alimentaria, pero en ciertos cuadros clínicos influye en la satisfacción corporal.

## BIBLIOGRAFÍA:

- (1) AMIGO, I.; FERNÁNDEZ, C.; RODRÍGUEZ, E.; Y RODRÍGUEZ, A. "Creencias sobre las estrategias para el control del peso". *Psicothema*, 17 (3): 418-421, 2005.
- (2) FERNÁNDEZ-ARMESTO, F. *Historia de la comida. Alimentos, cocina y civilización*. Tusquets, Barcelona, 2004.
- (3) LOGUE, A. W. *The Psychology of eating and drinking*. Brunner-Routledge, New York, 2004.

- (4) POLIVY, J. & HERMAN, C. P. "Clinical depression and weight change: a complex relation". *Journal of Abnormal Psychology*, 85: 338-340, 1976.
- (5) BEAVCOM, D. H.; AIKEM, P. A. "Effect of depressed mood on eating among dieting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4 (1): 577-585, 1981.
- (6) FREDERICK, S. L. Y COLS. "Sex differences in the relation of mood at weight gain". *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4: 78-86, 1996.
- (7) GRAY, G. E.; GRAY, L. K. "Nutritional Aspects of Psychiatric Disorders". *Journal of American Dietetical Association*, 89 (10): 1492-1498, 1989.
- (8) HORROBIN, D. F. "Omega-3 Fatty Acid for Schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 160: 188-189, 2003.
- (9) SUÁREZ, F. "Hábitos alimentarios en población adolescente femenina". *Psiquiatría Biológica*, 10 (2): 63-72, 2003.