



CARTA CIENTÍFICA

Hábitos dietéticos de una muestra de pacientes con esquizofrenia



Dietary habits of a sample of patients with schizophrenia

Se sabe que las personas con esquizofrenia presentan una disminución en la esperanza de vida con respecto a la población general¹ que se debe, al menos en parte, a una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular². La aparición de estos factores de riesgo está favorecida por el consumo de determinados psicofármacos y por un estilo de vida poco saludable^{3,4}. Por ello, conocer los hábitos dietéticos de las personas con esquizofrenia es siempre relevante y se vuelve imprescindible cuando se pretende iniciar cualquier plan de intervención encaminado a disminuir el riesgo cardiovascular.

Estudiamos 74 pacientes con esquizofrenia (23 de ellos mujeres) con un rango de edad entre 18 y 60 años. Todos fueron diagnosticados según criterios CIE-10 por psiquiatras entrenados. Todos los pacientes tenían más de 2 años de historia de enfermedad y estaban psicopatológicamente estables en el momento del estudio.

Se recogieron datos sociodemográficos, antropométricos (peso, altura, perímetro abdominal, pulso y tensión arterial) y de consumo de alimentos. El consumo de alimentos se obtuvo de forma retrospectiva utilizando un cuestionario semicuantitativo de alimentación. Todos los sujetos, siempre que fue posible, sus familiares, fueron entrevistados de manera exhaustiva por una enfermera entrenada (todas las entrevistas fueron realizadas por la misma enfermera que pertenecía al equipo de atención de trastornos mentales graves), que recogía datos de la frecuencia y cantidad de cada comida ingerida durante la semana anterior. La cuantificación se hizo mostrando a los pacientes imágenes con distintas cantidades de cada tipo de comida. La dieta se analizó mediante el programa NUT⁵, que permite la conversión de los cuestionarios de frecuencia en consumos absolutos de alimentos o nutrientes, esto último utilizando las tablas españolas de composición de alimentos elaboradas por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas en 1990.

La edad media de la muestra fue de 40,38 años (DE = 11,33), significativamente ($p = 0,048$) más alta en

las mujeres (44,36 años; DE = 10,23), que en los varones (38,67 años; DE = 11,44). El promedio de años de evolución de la esquizofrenia fue de 15,5 (DE = 8,32).

La **tabla 1** muestra los valores de los signos vitales y las medidas antropométricas. El 42,6% de los varones y el 62,8% de las mujeres cumplían criterios de obesidad ($p = 0,047$). También se puede ver que los valores promedio de la tensión arterial (TA), el índice de masa corporal (IMC) y los parámetros de síndrome metabólico son superiores a los valores considerados como normales por la International Diabetes Federation (IDF)⁶.

En la **tabla 2** se muestra el consumo de los principales nutrientes según el sexo. En la comparación solo se encontró un consumo de colesterol significativamente mayor en varones ($p = 0,008$) y una diferencia cercana a la significación estadística ($p = 0,052$) en el consumo de cinc.

Comparando los datos obtenidos, con las necesidades dietéticas recomendadas⁷, en la muestra global se detecta un consumo inferior al 75% de la cantidad recomendada de: agua, fibra, magnesio, tiamina, ácido fólico, retinol y vitamina D. De forma particular, las mujeres consumen cantidades por debajo de sus necesidades de colesterol, calcio, hierro, sodio y cinc. También se observó un consumo de cantidades superiores a las recomendadas de: proteínas, lípidos, potasio, iodo, niacina y vitamina B₁₂ en la muestra global; y de hierro en los varones. Llama la atención el bajo nivel de ingestión de calorías reportado por los pacientes y familiares. Este dato no concuerda con el estado nutricional de los pacientes y pudiera revelar una tendencia a no informar, intencionadamente o no, de parte de los alimentos ingeridos (alimentos que se ingieren fuera del horario de comidas o fuera del domicilio). Esto supondría un elemento limitante a la hora de introducir cualquier modificación dietética (sobre todo en el caso de que los pacientes y familiares no fueran totalmente conscientes de sus hábitos) e implicaría la necesidad de incluir aspectos de salud física en los programas de intervención ya conocidos que se han mostrado eficaces para el control de otros aspectos de las esquizofrenia⁸ y de tener en consideración nuevos datos de investigación que permitan una mejor comprensión de los factores clínicos, ambientales y genéticos implicados en el aumento de peso y en los trastornos metabólicos asociados⁹.

Los resultados deben ser analizados con cautela, ya que el estudio presenta limitaciones: no existe un grupo control que permita comparar los hábitos dietéticos de los pacientes con la población sin enfermedad de la misma zona

Tabla 1 Constantes vitales y medidas antropométricas de la población estudiada, valores de referencia de la IDF y comparación de medias entre varones y mujeres

	Varones		Mujeres		Total		Valores IDF ≤	Comparación V y M	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		t de Student	Valor de p
TA sistólica	148,70	25,60	138	26,2	145,36	26,14	130,00	1,602	0,114
TA diastólica	90,76	13,34	91,1	13	90,76	13,34	85,00	0,319	0,750
Frecuencia cardiaca	87,90	18,30	84,2	21,2	86,80	26,14		0,742	0,461
Perímetro abdominal	103,09	13,60	98,3	14,7	101,59	14,08	94 (V)/80 (M)	1,308	0,195
Índice de masa corporal	29,80	5,30	31,2	6,3	30,26	5,65	25,00	-0,996	0,323

DE: desviación estándar; IDF: International Diabetes Federation; M: mujeres; TA: tensión arterial; V: varones.

Tabla 2 Consumo diario de nutrientes según sexo, valores de ingesta diaria recomendada y comparación de medias entre varones y mujeres

	Varones		Mujeres		Ingesta adecuada		Comparación V/M	
	Media	DE	Media	DE	V	M	t de Student	Valor de p
Agua (ml)	1.318,09	1.095,52	1.173,81	642,38	3.700,0	2.700,0	0,561	0,577
Calorías	1.404,06	556,67	1.212,92	361,30	2.000,0	1.800,0	1,472	0,146
Proteínas	70,30	39,66	60,07	20,46	56,0	46,0	1,139	0,259
Lípidos	57,92	26,56	50,43	23,75	30,0	30,0	1,131	0,262
Hidratos de carbono	157,28	71,19	136,20	34,78	130,0	130,0	1,315	0,193
Fibra	11,75	6,16	10,50	2,83	38,0	25,0	0,907	0,368
Colesterol	252,04	120,58	173,44	86,79	300,0	300,0	2,744	0,008
Calcio	811,36	488,53	737,46	355,19	1.000,0	1.000,0	0,636	0,527
Hierro	11,76	4,96	10,12	4,37	8,0	18,0	1,329	0,188
Sodio	1.201,03	555,80	1.014,49	435,33	1.500,0	1.500,0	1,389	0,169
Potasio	2.923,07	2.173,42	2.537,00	1.712,07	2.000,0	2.000,0	0,734	0,465
Iodo	260,00	0,20	190,00	0,14	150,0	150,0	1,553	0,125
Magnesio	215,05	113,13	200,43	70,84	375,0	375,0	0,557	0,579
Cinc	7,85	2,91	6,49	2,07	10,0	10,0	1,976	0,052
Tiamina	0,81	0,39	0,68	0,20	1,2	1,1	1,432	0,157
Riboflavina	1,50	0,83	1,23	0,50	1,3	1,1	1,395	0,167
Niacina	23,63	15,80	19,67	7,33	16,0	14,0	1,118	0,268
Ácido fólico	124,36	80,27	114,67	52,69	400,0	400,0	0,516	0,607
Vitamina B ₁₂	10,02	21,88	10,02	10,33	2,4	2,4	0,001	0,999
Retinol	358,43	185,08	300,13	167,32	900,0	700,0	1,259	0,212
Vitamina C	78,90	64,75	73,69	44,50	90,0	75,0	0,342	0,734
Vitamina D	2,85	5,86	2,68	2,67	5,0	5,0	0,131	0,896

DE: desviación estándar; M: mujeres; V: varones.

geográfica; y se utiliza información retrospectiva que puede estar sesgada por la memoria de los encuestados y su deseo de responder con sinceridad.

Como conclusión y, a pesar de las limitaciones, nuestros datos sugieren que: a) los pacientes de la muestra estudiada tienen una ingesta alimentaria poco adecuada, y b) a la luz de la información dietética reportada y de su comparación con los parámetros antropométricos, pudiera existir en esta población una tendencia a infravalorar la cantidad de alimentos ingeridos.

Bibliografía

- Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:334-41.
- Arango C, Bobes J, Aranda P, Carmena R, García-García M, Rejas J, CLAMORS Study Collaborative Group. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: Findings from the CLAMORS study. *Schizophr Res*. 2008;104:1-12.
- Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med*. 1999;29:697-701.
- Nunes D, Eskinazi B, Camboim Rockett F, Delgado VB, Schweigert Perry ID. Nutritional status, food intake and cardiovascular disease risk in individuals with schizophrenia in southern Brazil: A case-control study [Article in English, Spanish]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:72-9.
- Caicoya M, de La Fuente JA. NUT. Programa de análisis de dieta. Oviedo: Servicio de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva, Hospital Monte Naranco; 1994.
- International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the METABOLIC SYNDROME. Bruselas: IDF Communications; 2006.

7. Food and Nutrition Board Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes. Washington DC: The National Academies Press; 2005.
8. Mayoral F, Berrozpe A, de la Higuera J, Martínez-Jambrina JJ, de Dios Luna J, Torres-González F. Efficacy of a family intervention program for prevention of hospitalization in patients with schizophrenia. A naturalistic multicenter controlled and randomized study in Spain [Article in English, Spanish]. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8:83–91.
9. Pina-Camacho L, Díaz-Caneja CM, Saiz PA, Bobes J, Corripio I, Grasa E, et al. Pharmacogenetic study of second-generation antipsychotic long-term treatment metabolic side effects (the SLiM Study): Rationale, objectives, design and sample description. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7:166–78.

Celso Iglesias-García^{a,d,*}, Aida Toimil^b
y Ana Iglesias-Alonso^c

^a *AGC Salud Mental, Hospital Valle del Nalón, Langreo, Asturias, España*

^b *Fundación Sanatorio Adaro, Langreo, Asturias, España*

^c *Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España*

^d *Universidad de Oviedo, CIBERSAM, INEUROPA, Oviedo, Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: icelso@yahoo.es (C. Iglesias-García).