

PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS, CALIDAD DE VIDA Y HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES ADULTAS

Algieri, Victoria; Croci, Micaela; Fernández Dossi, Silvina; Muñoz, María Agustina;
Alorda, Beatriz; Squillace, Celeste; Torresani, María Elena.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición, Buenos Aires, Argentina. Este trabajo pertenece al Proyecto UBACyT 2018 Código 20020170100483BA.

RESUMEN

Introducción: Tanto la percepción del estrés, la calidad de vida y los hábitos higiénico-dietéticos, son factores importantes relacionados con el estado nutricional. **Objetivo:** Asociar la percepción del estrés, la calidad de vida, los hábitos higiénico-dietéticos y la actividad física según el estado nutricional en mujeres adultas. **Materiales y métodos:** Estudio analítico, observacional y transversal, sobre 200 mujeres (20-70 años de edad) que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires (Zona Norte y Zona Sur). Variables: edad; estado nutricional según Índice de masa corporal (IMC): bajo peso/normopeso/sobrepeso/obesidad) y Riesgo cardiometabólico (RCM) según circunferencia de cintura (CC): bajo/aumentado/muy aumentado; hábitos higiénico-dietéticos: actividad física (no realiza; realiza <150 minutos/semana; realiza \geq 150 minutos/semana), hábito tabáquico (si fuma/no fuma), horas de sueño (<8 horas/día; \geq 8 horas/día), horas de trabajo (no trabaja, <48 horas/semana; \geq 48 horas/semana); calidad de vida según cuestionario WHOQOL- BREF: a mayor puntaje, mejor calidad de vida; percepción del estrés según Escala de Estrés Percibido de 14 preguntas (PSS14): a mayor puntaje,

mayor nivel de estrés percibido. Análisis estadístico con paquete estadístico SPSS 19.0, estableciendo medidas de tendencia central, Prueba de Contingencia, Gamma y correlación de Pearson con valor $p < 0,05$.

Resultados: Se halló asociación directa significativa entre Estado Nutricional y RCM ($p=0,000$). Ambas variables se asociaron en forma inversa con la actividad física ($p=0,001$ y $p=0,000$) y con las horas de trabajo fuera del hogar ($p=0,002$ y $p=0,008$). No hubo asociación entre las horas de sueño ($p=0,074$ y $p=0,505$) ni con el hábito tabáquico ($p=0,996$ y $p=0,896$). La percepción de la calidad de vida y del estado de salud se asociaron significativamente con Estado Nutricional ($p=0,004$ y $p=0,003$) y con el RCM ($p=0,034$ y $p=0,003$). Sin embargo, el puntaje de la calidad de vida total y del estrés percibido no se correlacionó con el IMC ni con la CC. Sólo los puntajes de los dominios de salud psicológica y relaciones sociales se correlacionaron en forma inversa tanto con el IMC ($r=-0.177$; $p=0.015$ y $r=-0.177$; $p=0.012$ respectivamente) como la CC ($r=-0.166$; $p=0.019$ y $r=-0.244$; $p=0.001$ respectivamente). **Conclusión:** El estado nutricional y el RCM se encuentra asociado de manera inversa a la actividad física, las horas de trabajo fuera del hogar, el dominio de salud psicológica y de las relaciones sociales correspondientes a la calidad de vida total.

Palabras clave: Mujeres adultas. Estado Nutricional. Riesgo Cardiometabólico - Calidad de vida. Percepción del estrés.

ABSTRACT

Introduction: Perception of stress, quality of life and dietary hygiene habits are related with nutritional status.

Objective: Associate stress perception, quality of life, hygienic-dietary habits and physical activity according to nutritional status in adult women.

Materials and methods: Analytical, observational and cross-sectional study on 200 women (20-70 years of age) residing in the Autonomous City of Buenos Aires and Greater Buenos Aires (North Zone and South Zone). Variables: age; place of residence; nutritional status: BMI (according to weight and height: low weight /

normal weight / overweight and obesity) and WC (low / increased / greatly increased cardiometabolic risk); hygienic and dietary habits: Physical activity (does not perform; performs <150 minutes / week; performs \geq 150 minutes / week), smoking (smokes yes / smokes no), sleep hours (<8 hours / day; \geq 8 hours / day), working hours (<48 hours / week; \geq 48 hours / week); quality of life perception: the higher the score, the better the quality of life; perception of stress: the higher the score, the higher the level of perceived stress. Statistical analysis using SPSS 19.00, calculating measures of central tendency, χ^2 , gamma and Pearson correlation test with value $p < 0.05$.

Results: A significant direct association was found between Nutritional Status and CMR ($p = 0.000$). Both variables were inversely associated with physical activity ($p = 0.001$ and $p = 0.000$) and with hours of work outside the home ($p = 0.002$ and $p = 0.008$). There was no association between the hours of sleep ($p = 0.074$ and $p = 0.505$) nor with smoking ($p = 0.996$ and $p = 0.896$).

The perception of quality of life and health status were significantly associated with Nutritional Status ($p = 0.004$ and $p = 0.003$) and with CRM ($p = 0.034$ and $p = 0.003$). However, the total quality of life and perceived stress score did not correlate with BMI or WC.

Only the scores of the psychological health and social relations domains were inversely correlated both with BMI ($r = -0.177$; $p = 0.015$ and $r = -0.177$; $p = 0.012$ respectively) and WC ($r = -0.166$; $p = 0.019$ and $r = -0.244$; $p = 0.001$ respectively).

Conclusion: Nutritional status and CMR are inversely associated with physical activity, hours of work outside the home, the domain of psychological health and social relationships corresponding to total quality of life.

Key words: Adult women. Nutritional condition. Cardiometabolic Risk - Quality of life. Perception of stress.

INTRODUCCIÓN

El estrés es una respuesta fisiológica generada por el organismo ante la presencia de estímulos o acontecimientos que representan una amenaza para la vida y la salud. ¹

El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a los que se encuentran sometidos la mayoría de los seres humanos ². Para enfrentarlos el cuerpo puede emitir diversas respuestas tanto adaptativas como perjudiciales. La respuesta adaptativa general desencadena un aumento del estado de alerta junto con una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales. Los principales involucrados son el sistema nervioso central simpático y parasimpático encargados de la secreción y modulación de hormonas que tendrán su efecto en diversos sistemas, tales como el cardíaco, respiratorio, renal y digestivo. ³

La exposición prolongada a situaciones de estrés, desencadenará diferentes problemas de salud, físicos y psicológicos que repercutirán en la calidad de vida de las personas. ^{4,5,6}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁷ define a la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus

objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. En dicho concepto influye la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

Por otra parte, tanto el estado nutricional como los hábitos higiénico-dietéticos (el consumo de tabaco, la actividad física, la cantidad de horas de sueño y la cantidad de horas de trabajo), son considerados aspectos importantes a tener cuenta debido a su relación con el estrés y con la calidad de vida.

El sueño es una función biológica que funciona como un indicador del estado de salud general, del estado de bienestar y de la calidad de vida de las personas.⁸

Las personas que se encuentran sometidas constantemente a factores desencadenantes de estrés pueden sufrir una alteración del sueño con el consecuente efecto sobre la salud, provocando alteraciones emocionales, cambios en la actividad cerebral y en los procesos cognitivos, tales como la atención y la memoria.⁹

Otra variable importante a estudiar es el trabajo: las jornadas laborales con una carga horaria excesiva generan situaciones de estrés tanto en el ámbito laboral como el personal, pudiendo incrementar los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Muchas personas reaccionan a esta situación modificando temporalmente sus hábitos, siendo el consumo de alcohol en exceso, el fumar en mayor medida o el disminuir la actividad física a su vida cotidiana los cambios más significantes.¹⁰

En cuanto a la actividad física, la OMS recomienda que los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad

física aeróbica, de intensidad moderada, con el fin de reducir el riesgo de contraer ECNT, mejorar la salud ósea y funcional, y lograr el equilibrio calórico y el control del peso ¹¹. La actividad física regular es beneficiosa para la salud psicológica ¹². Por su parte, el sedentarismo es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Asimismo, se estima que es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. ¹¹

Por lo expuesto, y debido a la escasa existencia de estudios en nuestro país que evalúen la relación entre el estado nutricional, los hábitos higiénico-dietéticos, la calidad de vida y la percepción del estrés, en una población de mujeres adultas sedentarias y activas, resulta de importancia llevar a cabo el presente estudio que incluye los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Asociar la percepción del estrés, la calidad de vida y los hábitos higiénico-dietéticos según el estado nutricional en mujeres adultas.

Objetivos específicos:

- Determinar el estado nutricional de la población en estudio.
- Evaluar el nivel de actividad física.
- Conocer la percepción del estrés y la calidad de vida.
- Identificar el consumo de tabaco.
- Establecer la cantidad de horas de sueño diarias y la cantidad de horas semanales de trabajo.

- **MATERIALES Y MÉTODOS**

Tipo y diseño de estudio

El diseño del presente estudio fue analítico, observacional, prospectivo y transversal.

Población y muestra

La población blanco fueron mujeres adultas entre 20 y 70 años residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires (Zona Norte y Zona Sur).

La muestra se obtuvo por conveniencia en forma no aleatoria, por todas aquellas mujeres dentro del rango etario seleccionado, que aceptaron participar del estudio, supuestamente sanas, pertenecientes a diferentes instituciones (Docentes del Colegio María Auxiliadora del partido de Bernal, jugadoras de hockey de la Sociedad Alemana de Gimnasia de Almirante Brown, jugadoras de voley que asisten a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, estudiantes y graduadas de la Carrera de Medicina y de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Nacional de Lanús, estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y personal del Hospital Alemán de Buenos Aires.

Fueron excluidas mujeres gestantes o en período de lactancia durante la realización del estudio, y mujeres que auto reportaron consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas.

Variables en estudio y técnicas empleadas

Las mujeres fueron entrevistadas en su lugar de trabajo o club al que asistían, en dos instancias diferentes: en una primera etapa, se entregó a las mujeres un cuestionario autoadministrado (Anexo 1) para conocer acerca de las características generales de la muestra y sus hábitos higiénico-dietéticos. En la segunda instancia se tomaron las mediciones antropométricas en cada una de las participantes (peso, talla y circunferencia de cintura).

Las variables analizadas fueron:

Edad: medida en años.

Estado nutricional según la co-variable Índice de Masa Corporal (IMC) y circunferencia de cintura (CC).

Índice de Masa Corporal

A partir de los datos obtenidos sobre el peso y la talla, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) registrado en kilogramos/metros cuadrados (kg/m^2). Se clasificó la variable en las categorías establecidas por la OMS: Bajo peso o delgadez (menor a $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$), Normopeso ($18,5$ a $24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$), Sobrepeso (25 a $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$), Obesidad (mayor o igual a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$)²³

La medición del peso corporal se realizó sin calzado, con ropa interior, de pie e inmóvil en el centro de la plataforma con las manos hacia los costados del cuerpo y el peso distribuido entre ambos pies ²¹. El instrumento utilizado fue una balanza digital (marca GA.MA modelo SCG-430) con capacidad de hasta 180 kg, con desviación de 100 g. El peso fue registrado en kilogramos (kg).

Y la medición de la talla se realizó de pie, sin calzado, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente en posición de Frankfurt (arco orbital inferior alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja). Cada participante se ubicó de espaldas al tallímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas, descendiendo el plano superior del tallímetro hasta tocar la cabeza en su punto más elevado (vértex) ²¹. El instrumento utilizado fue un tallímetro portátil con base plástica (marca Mendib) de 5 m con error de 0,1 cm. La talla fue registrada en metros (m).

Riesgo Cardiometabólico (RCM) según la co-variable Circunferencia de Cintura (CC).

Según la clasificación de la OMS para la CC, se consideró RCM Bajo cuando el valor de la CC fue inferior a 80 cm, aumentado con valores entre 80 y 88 cm, y muy aumentado con valores superiores a 88 cm. ²²

La medición de la CC se efectuó frente a la observadora, con el torso desnudo, de pie y con los brazos relajados al costado del cuerpo; a nivel umbilical y cuidando que el instrumento se mantenga siempre horizontal ²¹. El instrumento

utilizado fue una cinta métrica inextensible (marca SmartBmi) de 1,5 m de largo y 8 mm de ancho, con error de 0,1 cm. Se empleó para circunferencia de cintura,

Hábitos Higiénico-Dietéticos, mediante las siguientes co-variables:

Hábito tabáquico

Se consideró fumador a la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses ¹³. La variable fue clasificada en dos categorías: Sí, No.

Actividad física

La variable fue clasificada en las siguientes categorías: No realiza actividad física; realiza menos de 150 minutos por semana de actividad física; realiza 150 minutos por semana o más de actividad física. Dicha categorización fue empleada a partir de la recomendación establecida por la OMS en relación a la prevención de ECNT.¹⁴

Horas de sueño

La variable fue clasificada en dos categorías: menos de 8 horas por día; 8 horas por día o más.

Horas de trabajo fuera del hogar

La variable fue clasificada en tres categorías, según la Ley n° 11.544¹⁵, donde se establece que la duración de la jornada laboral no podrá exceder de ocho horas diarias o cuarenta y ocho horas semanales para toda persona ocupada por cuenta ajena en explotaciones públicas o privadas, aunque no persigan fines de lucro. Así, se consideró: No trabaja, trabaja menos de 48 horas por semana fuera del hogar y trabaja 48 horas por semana o más fuera del hogar.

Calidad de vida

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el cuestionario WHOQOL- BREF¹⁶ traducido al español¹⁷ de forma autoadministrada (Anexo 2), el cual indaga la percepción que tiene cada individuo de la posición que ocupa en un determinado contexto cultural con sus valores, metas, estándares de vida y expectativas. Es un instrumento conformado por 26 preguntas, cada una con cinco opciones de respuestas ordinales tipo Likert, que considera como tiempo de referencia las últimas dos semanas. Las preguntas referidas a la calidad de vida propiamente dicha, se encuentran agrupadas en cuatro dominios: (1) salud física, (2) salud psicológica, (3) relaciones sociales y (4) ambiente, a excepción de las dos primeras preguntas acerca de la percepción de la calidad de vida y de la salud de cada individuo, evaluadas individualmente.

Cada dominio presenta un puntaje que se obtiene por la sumatoria de las preguntas que los componen. Existen tres preguntas redactadas en forma negativa (3, 4, 26) que deberán ser revertidas al momento del cálculo del puntaje. Por tanto, si la respuesta es = 1 entonces la puntuación deberá ser = 5; si la

respuesta es = 2, la puntuación deberá ser = 4 y viceversa; en cambio si la respuesta es = 3 no se modificara el puntaje. Las puntuaciones de cada dominio pueden variar entre 0 y 100; a mayor puntaje, mejor es la calidad de vida. Para equipararlos a la interpretación que se realiza con el WHOQoL-100¹⁸, se utilizan las tablas del método de conversión de los datos crudos del score.

Percepción del estrés

Para evaluar la percepción del estrés se utilizó el cuestionario Escala de Estrés Percibido (Anexo 3) conformado por 14 preguntas (PSS14)¹⁹. En el mismo se indaga acerca de cómo las personas perciben diferentes situaciones de la vida ocurridas en el último mes. De las catorce preguntas, siete se encuentran redactadas de forma negativa y siete de forma positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13), con una escala de Likert con cinco opciones de respuesta. Las preguntas redactadas negativamente se clasifican en: nunca = 0, casi nunca = 1, de vez en cuando = 2, a menudo = 3 y muy a menudo = 4; en aquellas redactadas positivamente la puntuación se invierte, siendo 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3=1, 4=0. La puntuación puede variar entre 0 y 56²⁰, siendo que a mayor puntaje, mayor es el nivel de estrés percibido.

Análisis estadístico de los datos

Los datos recolectados fueron analizados a través del programa estadístico SPSS 19.0 (SPSS) para Windows.

Las variables categóricas se expresaron como proporciones y las variables cuantitativas continuas como media y desvió estándar con sus rangos correspondientes.

Las diferencias entre los grupos fueron analizadas mediante el Coeficiente de Contingencia para las variables nominales y Prueba de Gamma para las ordinales.

Para evaluar la correlación entre IMC y CC con la percepción de estrés y la calidad de vida con sus respectivos dominios, se utilizó la correlación de Pearson, fijando el nivel de significación estadístico en $p < 0,05$.

Consideraciones éticas y declaración de conflicto de intereses

El estudio se llevó a cabo respetando las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki con la finalidad de salvaguardar los derechos, la seguridad y el bienestar de las personas encuestadas, así como también respetando la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

Las voluntarias fueron informadas de manera clara y en lenguaje adecuado para asegurar la comprensión, acerca de las instancias que involucraba su participación en la investigación, y dieron su consentimiento informado antes de ingresar al estudio.

El presente trabajo corresponde a uno de los objetivos específicos del Proyecto UBACYT 2018 (código: 20020170100483BA) el cual fue evaluado y aprobado por el Comité de Revisión Institucional donde se encuentra asentado dicho Proyecto. Contó con el financiamiento de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, declarando las autoras no presentar ningún conflicto de interés.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 200 mujeres con una edad promedio de 35,8 (DS= 13,8) años, IMC 24,2 (DS=3,9) Kg/m² y CC 76,2 (DS=10,9) cm (Tabla 1).

En la Tabla 2 se describen las variables categóricas: estado nutricional, riesgo cardiometabólico y hábitos higiénicos dietéticos. Con respecto a la evaluación del estado nutricional un 64% presentó normopeso y un 33% sobrepeso y obesidad. La mayoría de las mujeres presentaron RCM bajo (75.5%), encontrándose asociación significativa entre ambas variables ($p=0,000$) (Tabla 3).

En cuanto al hábito tabáquico; sólo un 18,5% de las mujeres encuestadas aseguró haber fumado un cigarrillo en los últimos seis meses. En su mayoría presentaron peso normal (64,9%) y RCM bajo (73,0%), sin encontrarse asociación con ambas variables ($p= 0,996$ y $p= 0,896$ respectivamente). (Tablas 2, 4 y 5).

Respecto a la actividad física, se observó que el 40% de la muestra cumplen con la recomendación de la OMS de realizar 150 minutos por semana, el 25,5% no alcanza esta recomendación y el 34.5% no hace actividad física. De este último

grupo, casi la mitad de la población (47,8%) presentó diagnóstico de sobrepeso/obesidad (30,4% y 17,4% respectivamente) y RCM muy aumentado (30,4%), encontrándose asociación inversa entre la actividad física, el estado nutricional ($p=0,001$) y el RCM ($p=0,000$). (Tablas 2, 6 y 7)

Al analizar las horas de sueño, del total de mujeres que refirieron dormir menos de 8 horas diarias (83%), el 32,5% presentó sobrepeso y obesidad y RCM aumentado o muy aumentado en un 22,9%, no encontrándose asociación entre horas de sueño y estado nutricional ($p=0,074$) ni con el riesgo cardiometabólico ($p=0,505$). (Tablas 2, 8 y 9)

En cuanto a las horas de trabajo fuera del hogar, sólo el 25% de las mujeres refirió no hacerlo, encontrándose que un 60% lo hacía menos de 48 horas semanales. Significativamente en las mujeres que no trabajan se observó mayor prevalencia de sobrepeso u obesidad (54%; $p=0,005$), del mismo modo que RCM aumentado y muy aumentado (58%; $p=0,008$) respecto de las que trabajan. (Tablas 2, 10 y 11)

Para la mayoría de las mujeres la percepción de la calidad de vida fue puntuada como "bastante bien" (42,5%) y "muy bien" (20%) (Tabla 12), encontrándose asociación significativa con el Estado Nutricional y el RCM (la mayoría presentaron normopeso: 62,4 y 77,5% respectivamente; $p=0,004$; y RCM bajo: 72,9% y 90%, $p=0,034$). (Tablas 13 y 14)

En cuanto a la satisfacción sobre su estado de salud, la mayoría de las mujeres lo perciben como "lo normal (35,0%) y "bastante satisfecho" (33,5%) (Tabla 12), observándose iguales resultados al asociarlo con el Estado Nutricional y el RCM. Así, significativamente la mayoría de las mujeres con percepción del estado de salud bastante satisfecho o muy satisfecho eran normopeso y con bajo RCM ($p=0,003$). Por el contrario, la mayoría de las que estaban muy insatisfechas o poco satisfechas presentaron sobrepeso u obesidad y RCM muy aumentado ($p=0,003$) (Tablas 15 y 16).

En la Tabla 17 se muestran los valores medios, desvíos y rangos de los puntajes obtenidos en los diferentes dominios evaluados de la variable Calidad de Vida.

Finalmente, mediante las pruebas de correlación se encontró significación directa entre el IMC y la CC ($r=0.853$; $p=0.000$) pero no así con los puntajes de la percepción de estrés ni de la calidad de vida total. Al analizar cada uno de los dominios de esta calidad de vida, se encontró correlación inversa significativa con los dominios de salud psicológica ($r=-0.177$; $p=0.015$) y relaciones sociales ($r=-0.177$; $p=0.012$). (Tabla 18)

Del mismo modo, se observaron iguales correlaciones cuando se asoció la CC con la percepción de estrés y la calidad de vida total y cada uno de sus dominios (dominio salud psicológica $r=-0.166$; $p=0.019$ y dominio relaciones sociales $r=-0.244$; $p=0.001$). (Tablas 19).

Tablas y Gráficos de Resultados

Tabla N° 1: Descripción de las variables continuas (media, desvío, mínima y máximo)

Variable	x	DS	Mínimo	Máximo
Edad	35,8	13,8	20,0	69,0
IMC	24,2	3,9	16,8	39,0
CC	76,2	10,9	60,0	120,0

Tabla N° 2: Descripción de las variables categóricas (n y %)

Variable		n	%	IC95%	
Estado Nutricional	Bajo peso	6	3,0	0,4 – 5,6	
	Normopeso	128	64,0	57,1 – 70,9	
	Sobrepeso	51	25,5	19,2 – 31,8	
	Obesidad	15	7,5	3,6 – 11,4	
Riesgo Cardio metabólico	Bajo	151	75,5	69,3 – 81,7	
	Aumentado	18	9,0	4,8 – 13,2	
	Muy aumentado	31	15,5	10,2 – 20,8	
Hábitos higiénicos dietéticos	Hábito tabáquico		37	18,5	12,9 – 24,1
	Actividad física	No	69	34,5	27,7 – 41,3
		<150 min semanales	51	25,5	19,2 – 31,8
		150 o Mas min Semanales	80	40,0	32,9 – 47,1
	Horas de sueño (8 hs o más /día)		34	17,0	11,5 – 22,4
	Trabaja fuera del hogar	No	50	25,0	18,7 – 31,2
< 48 hs semanales		120	60,0	52,9 – 67,0	

		48 hs semanales o más	30	15,0	9,8 – 20,1
--	--	-----------------------------	----	------	------------

Tabla N°3: Distribución de la población según Estado Nutricional y Riesgo Cardiometabólico.

Estado Nutricional	Riesgo cardiometabólico		
	Bajo (n=151) n (%)	Aumentado (n=18) n (%)	Muy aumentado (n=31) n (%)
Bajo peso	6 (4,0)	0 (0)	0 (0)
Normopeso	122 (80,8)	5 (27,8)	1 (3,2)
Sobrepeso	23 (15,2)	11 (61,1)	17 (54,8)
Obesidad	0 (0)	2 (11,1)	13 (41,9)

p=0,000

Tabla N°4: Distribución de la población según Estado Nutricional y Hábito Tabáquico.

Estado Nutricional	Hábito tabáquico	
	No (n=163) n (%)	Si (n=37) n (%)
Bajo peso	5 (3,0)	1 (2,7)
Normopeso	104 (63,8)	24 (64,9)
Sobrepeso	42 (25,8)	9 (24,3)
Obesidad	12 (7,4)	3 (8,1)

p= 0,996

Tabla N°5: Distribución de la población según Riesgo Cardiometabólico y Hábito Tabáquico.

Riesgo cardiometabólico	Hábito tabáquico	
	No (n=163) n (%)	Si (n=37) n (%)
Bajo	124 (76,1)	27 (73,0)
Aumentado	14 (8,6)	4 (10,8)
Muy aumentado	25 (15,3)	6 (16,2)

p= 0,896

Tabla N°6: Distribución de la población según Estado Nutricional y actividad física realizada.

Estado Nutricional	Actividad física semanal		
	No realiza (n=69) n (%)	Realiza < 150 min/sem (n=51) n (%)	Realiza ≥ 150 min/sem (n=80) n (%)
Bajo peso	1 (1,4)	2 (3,9)	3 (3,8)
Normopeso	35 (50,7)	32 (62,7)	61 (76,3)
Sobrepeso	21 (30,4)	14 (27,5)	16 (20,0)
Obesidad	12 (17,4)	3 (5,9)	0 (0)

p=0,001

Tabla N°7: Distribución de la población según Riesgo Cardiometabólico y actividad física realizada.

Riesgo cardiometabólico	Actividad física semanal		
	No realiza (n=69) n (%)	Realiza < 150 min/sem (n=51) n (%)	Realiza ≥ 150 min/sem (n=80) n (%)
Bajo	42 (66,6)	39 (76,5)	70 (87,5)
Aumentado	6 (8,7)	6 (11,8)	6 (7,5)
Muy aumentado	21 (30,4)	6 (11,8)	4 (5,0)

p=0,000

Tabla N° 8: Distribución de la población según Estado Nutricional y horas de sueño diarias.

Estado Nutricional	Horas de sueño	
	< 8 horas diarias (n=166) n (%)	≥ 8 horas diarias (n=34) n (%)
Bajo peso	3 (1,8)	3 (8,8)
Normopeso	109 (65,7)	19 (55,9)
Sobrepeso	40 (24,1)	11 (32,4)
Obesidad	14 (8,4)	1 (2,9)

p=0,074

Tabla N° 9: Distribución de la población según Riesgo Cardiometabólico y horas de sueño diarias.

Riesgo cardiometabólico	Horas de sueño
-------------------------	----------------

	< 8 horas diarias (n=166) n (%)	≥ 8 horas diarias (n=34) n (%)
Bajo	128 (77,1)	23 (67,6)
Aumentado	14 (8,4)	4 (11,8)
Muy aumentado	24 (14,5)	7 (20,6)

p=0,505

Tabla N° 10: Distribución de la población según Estado Nutricional y horas de trabajo semanales.

Estado Nutricional	Horas de trabajo semanales		
	No trabaja (n=50) n (%)	Trabaja < 48 hs/sem (n=130) n (%)	Trabaja ≥ 48 hs/sem (n=20) n (%)
Bajo peso	1 (2,0)	3 (2,3)	2 (10,0)
Normopeso	22 (44,0)	92 (70,8)	14 (70,0)
Sobrepeso	20 (40,0)	29 (22,3)	2 (10,0)
Obesidad	7 (14,0)	6 (4,6)	2 (10,0)

p=0,005

Tabla N°11: Distribución de la población según Riesgo Cardiometabólico y horas de trabajo semanales.

Riesgo cardiometabólico	Horas de trabajo semanales		
	No trabaja (n=50) n (%)	Trabaja < 48 hs/sem (n=130) n (%)	Trabaja ≥ 48 hs/sem (n=20) n (%)
Bajo	31 (62,0)	102 (78,5)	18 (90,0)
Aumentado	7 (14,0)	11 (8,5)	0 (0)
Muy aumentado	12 (24,0)	17 (13,0)	2 (10,0)

p=0,008

Tabla N°12: Distribución de la población según percepción de la calidad de vida y estado de salud.

Percepción Calidad de Vida	Muy mal n (%)	Mal n (%)	Lo normal n (%)	Bastante bien n (%)	Muy bien n (%)
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	2 (1,0)	9 (4,5)	64 (32,0)	85 (42,5)	40 (20,0)
Percepción estado de salud	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
¿Cuán satisfecho está con su salud?	3 (1,5)	17 (8,5)	70 (35,0)	67 (33,5)	43 (21,5)

Tabla N°13: Distribución de la población según percepción de la calidad de vida y estado nutricional.

Estado Nutricional	Percepción calidad de vida				
	Muy mal (n=2) n (%)	Mal (n=9) n (%)	Lo normal (n=64) n (%)	Bastante bien (n=85) n (%)	Muy bien (n=40) n (%)
Bajo peso	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	3 (3,5)	2 (5,0)
Normopeso	0 (0)	5 (55,6)	39 (60,9)	53 (62,4)	31 (77,5)
Sobrepeso	0 (0)	3 (33,3)	19 (29,7)	22 (25,9)	7 (17,5)
Obesidad	2 (100,0)	1 (11,1)	5 (7,8)	7 (8,2)	0 (0)

p=0,004

Tabla N°14: Distribución de la población según percepción de la calidad de vida y riesgo cardiometabólico.

Riesgo Cardiometabólico	Percepción calidad de vida				
	Muy mal (n=2) n (%)	Mal (n=9) n (%)	Lo normal (n=64) n (%)	Bastante bien (n=85) n (%)	Muy bien (n=40) n (%)
Bajo	0 (0)	6 (66,7)	47 (73,4)	62 (72,9)	36 (90,0)
Aumentado	0 (0)	1(11,1)	8 (12,5)	9 (10,6)	0 (0)
Muy aumentado	2 (100,0)	2 (22,2)	9 (14,1)	14 (16,5)	4 (10,0)

p=0,034

Tabla N°15: Distribución de la población según percepción del estado de salud y estado nutricional.

Estado Nutricional	Percepción estado de salud				
	Muy insatisfecho (n=3) n (%)	Poco (n=17) n (%)	Lo normal (n=70) n (%)	Bastante satisfecho (n=67) n (%)	Muy satisfecho (n=43) n (%)
Bajo peso	0 (0)	1 (5,9)	0 (0)	4 (6,0)	1 (2,3)
Normopeso	0 (0)	5 (29,4)	45 (64,3)	49 (73,1)	29 (67,5)
Sobrepeso	2 (66,7)	6 (35,3)	21(30,0)	9 (13,4)	13 (30,2)
Obesidad	1 (33,3)	5 (29,4)	4 (5,7)	5 (7,5)	0 (0)

p=0,003

Tabla N°16: Distribución de la población según percepción del estado de salud y riesgo cardiometabólico.

Riesgo cardiometabólico	Percepción estado de salud				
	Muy insatisfecho (n=3) n (%)	Poco (n=17) n (%)	Lo normal (n=70) n (%)	Bastante satisfecho (n=67) n (%)	Muy satisfecho (n=43) n (%)
Bajo	1 (33,4)	7 (41,2)	52 (74,3)	54 (80,6)	37 (86,0)
Aumentado	1 (33,3)	3 (17,6)	10 (14,3)	4 (6,0)	0 (0)
Muy aumentado	1(33,3)	7 (41,2)	8 (11,4)	9 (13,4)	6 (14,0)

p=0,003

Tabla N° 17: Puntajes de calidad de vida por dominio.

Dominios de calidad de vida	Media	Mínimo	Máximo
Salud física	68,5 ± 12,6	31	94
Salud psicológica	65 ± 13,9	13	94
Relaciones sociales	67,6 ± 17,9	25	100
Ambiente	68,3 ± 13,5	25	94

Tabla N°18: Correlación del Estado Nutricional (IMC) con Percepción de Estrés y Calidad de Vida.

Variable	r	p
Riesgo Cardiometabólico (CC)	0,853	0,000
Percepción del Estrés	0,032	0,656
Calidad de vida total	-0,107	0,132
Dominio salud física	-0,026	0,714
Dominio salud psicológica	-0,172	0,015
Dominio relaciones sociales	-0,177	0,012
Dominio ambiente	0,073	0,302

Tabla N°19: Correlación del Riesgo Cardiometabólico (CC) con Percepción de Estrés y Calidad de Vida.

Variable	r	p
Estado Nutricional (IMC)	0,853	0,000
Percepción del Estrés	-0,004	0,957
Calidad de vida total	-0,123	0,084
Dominio salud física	0,009	0,897
Dominio salud psicológica	-0,166	0,019
Dominio relaciones sociales	-0,244	0,001
Dominio ambiente	0,068	0,339

DISCUSIÓN

El presente trabajo permitió describir y analizar la relación entre la percepción del estrés, la calidad de vida y los hábitos higiénico-dietéticos, en relación al estado nutricional y el RCM en un grupo de mujeres adultas pertenecientes a diferentes instituciones de la Ciudad de Buenos Aires y zona sur del Gran Buenos Aires.

La actividad física y las horas de trabajo fuera del hogar, así como la percepción de la calidad de vida y del estado de salud, presentaron asociaciones significativas con el estado nutricional y el RCM. Por el contrario, para el hábito tabáquico y las horas de sueño, así como el puntaje obtenido por la calidad de vida total y el estrés percibido no se encontró asociación.

En las últimas décadas se ha incrementado sensiblemente la prevalencia de sobrepeso y obesidad, considerándose una pandemia a nivel global.

Según datos de la OMS en el año 2016 ²⁵, el 40% de las mujeres adultas presentaban sobrepeso y alrededor del 15% obesidad.

En nuestro país, según los datos reportados por la 4° edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) publicada en el año 2018, la prevalencia de exceso de peso por autorreporte (sobrepeso y obesidad), fue del 61,6%, siendo mayor en el grupo de varones respecto del de mujeres (68,5% vs. 55,0%). Por otro lado se ha visto un marcado aumento con respecto a la edad, manteniéndose estable a partir de los 50 años²⁴. Al analizarlo por jurisdicciones, en CABA los valores fueron significativamente menores (50,2%)²⁴.

En la muestra estudiada en este trabajo la prevalencia obtenida fue menor; 25,5% para sobrepeso y un 7,5% para obesidad, con una media de edad de 35,8 años.

En el estudio DARIOS²⁶ sobre la población de mujeres adultas españolas, el valor de la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor (64%), evidenciando una asociación entre el RCM y el IMC. La prevalencia de RCM aumenta proporcionalmente con un IMC mayor a 25 kg/m²²⁷, encontrándose una similitud con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Según la ENFR²⁴, la prevalencia de actividad física baja fue de 44,2%, mientras que en la muestra estudiada un 34,5% refirió actividad física nula y un 25,5% no llegaba a cumplir con los 150 minutos semanales; es decir, el 60% no cumplía con el requisito mínimo de actividad siendo así, el cuarto factor de riesgo de mortalidad por ECNT²⁴.

El estudio de Lee y col.²⁸ evidencia la falta de actividad física como factor de riesgo para el desarrollo de ECNT tales como enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2, entre otras. Estos autores encontraron que el 30,4%

presentó diagnóstico de sobrepeso y el 17,4% obesidad, asociado a un RCM aumentado (8,6%) y muy aumentado (30,4%). Dicha asociación entre el estado nutricional (IMC: $p=0,001$ y CC: $p=0,000$) y la actividad física coincide con otro estudio realizado en mujeres adultas estadounidenses ²⁹, en el cual se encuentra correlación entre la falta de actividad física y la prevalencia de obesidad ($p=0,001$).

El modelo explicativo del estrés y síntomas psicossomáticos de González y Landero ³⁰ refiere que ante los estresores (diarios, recientes, crónicos o la combinación de estos), la persona puede o no percibir estrés dependiendo de la valoración que hace de sus recursos, del apoyo con que cuenta y de la situación. Una vez que el sujeto percibe algún nivel de estrés se pueden presentar respuestas a nivel emocional, conductual y fisiológico.

Si bien en la muestra de este trabajo no se encontró asociación entre el estrés y el estado nutricional o RCM, el estudio presentado por Walcott-McQuigg ³¹ cuya edad media de la población fue de 40 años, evidenció una asociación significativa entre niveles altos de estrés percibido y el desarrollo de obesidad abdominal en mujeres adultas. Por otro lado, varios estudios ^{32,33,34,35} demostraron que el aumento de la secreción de la hormona cortisol, durante la exposición a factores estresores, desencadena aumento del deseo de consumir alimentos ricos en azúcares y grasas, distribución de la masa grasa localizada en la zona abdominal, y por ende un mayor RCM.

Al analizar la calidad de vida, los dominios salud psicológica y relaciones sociales presentaron una asociación con respecto al IMC y CC. Dichos resultados se

asemejan con diversos estudios ^{36,37,38,39,40} que evidencian que las personas con peso normal presentan una mejor calidad de vida en comparación con aquellos con sobrepeso y obesidad. Estas personas refirieron presentar ciertas limitaciones en su vida cotidiana debido a dolores corporales y baja autoestima, lo que dificulta la inserción de los mismos en los ámbitos sociales y conlleva a problemas emocionales como pensamientos negativos. Ello coincide con los resultados hallados en el presente estudio, en el cual la mayoría refirió presentar sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión.

De acuerdo a la última ENFR la prevalencia de consumo de tabaco (cigarrillos) fue de 22,2%. El indicador resultó mayor en varones (26,1%) que en mujeres (18,6%); dicha cifra se asemeja a la cantidad de mujeres del presente estudio que poseen el hábito tabáquico (18,5%). Si bien existen estudios ^{41,42} que demuestran que las mujeres fumadoras poseen un IMC menor que las no fumadoras, en el presente estudio no se halló asociación entre el hábito tabáquico y el estado nutricional.

Es importante destacar que la mayoría de las mujeres encuestadas (83%) refirieron dormir menos de 8 hs diarias. No se halló asociación significativa entre dicha variable y el estado nutricional. Diversos estudios sugieren que el sueño deficiente está asociado a un aumento de la prevalencia de obesidad ^{43,44,45,46,47,48,49}, no coincidiendo con lo hallado en nuestro estudio, un ejemplo de ello se observa en el estudio realizado por Patel y col. ⁵⁰, en una muestra de mujeres adultas, en el cuál se demostró que un tiempo de sueño habitual menor a 7 horas diarias, generaría un aumento de peso futuro independientemente del

peso de referencia. La restricción diaria de las horas de sueño reduce los niveles de la hormona leptina, por lo tanto la sensación de saciedad disminuye, en tanto que, los niveles de la hormona grelina se ven aumentados, estimulando el apetito. Descansar entre siete y ocho horas promedio por día, y mejorar la calidad del sueño, son suficientes para alcanzar un correcto estado de bienestar físico y psicológico⁶.

En relación a la variable horas de trabajo, la mayoría de las mujeres que indicaron hacerlo por más de 48 horas semanales, presentaron un IMC y RCM menor. En contraposición, el estudio sobre una población de mujeres adultas australianas, Hollingsworth y col. ⁵¹, demostró que a mayor carga horaria de trabajo, mayor aumento de peso en comparación con aquellas mujeres que refirieron trabajar con carga horaria part-time.

Limitaciones del estudio:

Es necesario hacer mención a algunas limitaciones de este trabajo concernientes al diseño del estudio y las metodologías empleadas.

Por un lado, dado que el estudio fue transversal, no puede descartarse la posibilidad de que la puntuación alcanzada para la calidad de vida total pueda inducir cambios en el estilo de vida, lo que a su vez puede conducir al aumento del peso corporal.

En la variable horas de trabajo fuera del hogar, se podría haber indagado el turno laboral: diurno o nocturno; situación que sería interesante en futuras investigaciones para evitar que actúe como variable de confusión.

Del mismo modo, la variable edad podría haberse categorizado en rangos para poder analizar la posible influencia de ella en las diferentes variables analizadas.

Finalmente, por tratarse de un estudio inicial, con un acotado tamaño muestral y no probabilístico, los resultados aquí obtenidos no debieran extrapolarse a la población en general.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el presente trabajo, se puede concluir que:

- Se halló asociación directa significativa entre el Estado Nutricional y el RCM.
- Se evidenció una asociación inversa del Estado Nutricional y el RCM, con la actividad física y las horas de trabajo fuera del hogar.
- No hubo asociación entre el Estado Nutricional o el RCM, con el hábito tabáquico y las horas de sueño.
- La percepción de la calidad de vida y del estado de salud de las mujeres, se asociaron significativamente con el Estado Nutricional y con el RCM.

Sin embargo, el puntaje de la calidad de vida total y del estrés percibido no se correlacionaron con el IMC ni con la CC.

- Sólo los puntajes correspondientes a los dominios de salud psicológica y de relaciones sociales se correlacionaron en forma inversa tanto con el IMC como la CC, observándose a mayores niveles de peso corporal y de valores de cintura, menor nivel de salud psicológica y de relaciones sociales.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

A la Escuela de Nutrición y a sus docentes.

A las Licenciadas María Beatriz Alorda y Celeste Squillace por su dedicación en la conducción del presente trabajo final de grado.

A las voluntarias que hicieron posible la realización del mismo.

A nuestros familiares y amigos por la contención y el apoyo incondicional durante estos años.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de hábitos higiénico-dietéticos.

Nombre y Apellido:

Edad:

Marque la opción correcta con una cruz

Lugar de residencia

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Gran Buenos Aires

¿Fuma?

- No
- Si

¿Realiza actividad física semanal?

- No
- Sí, menos de 150 minutos por semana
- Si, 150 minutos por semana o más

¿Cuántas horas duerme por día?

- Menos de 8 horas por día
- 8 horas por día o más

¿Trabaja?

- No
- Si (conteste la siguiente pregunta)

¿Cuántas horas trabaja por semana?

- Menos de 48 horas por semana
- 48 horas por semana o más

Anexo 2: Cuestionario sobre calidad de vida (WHOQOL- BREF).

Lea las preguntas, valore sus sentimientos y haga una cruz en el número de la escala que represente su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de	1	2	3	4	5

	concentración ?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.						
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecha y cuanto, en varios aspectos de su vida.						

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho	1	2	3	4	5

	está con su transporte?					
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.						
		Nunca	Rara ment e	Mediana mente	Frecuent e mente	Siempre
2 6	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Anexo 3: Cuestionario Escala de Estrés Percibido (PSS14).

Haga una cruz en el número de la escala de cada pregunta que represente su mejor respuesta.

		Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha	0	1	2	3	4

	sentido nervioso o estresado?					
4	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la	0	1	2	3	4

	forma de pasar el tiempo?					
14	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Dvorkin MA, Cardinali DP, Iermoli R. Best & Taylor, Bases fisiológicas de la práctica médica. 14va Edición. Buenos Aires: Panamericana; 2010.

² Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. 2003;9(2):9-21.

³ Galán Cuevas S, Camacho Gutiérrez E. Estrés y salud, Investigación básica y aplicada. México DF: Manual moderno; 2012.

⁴ Lorentz MM. Stress and Psychoneuroimmunology Revisited: using mind-body interventions to reduce stress. AJN. 2006;11:1-9.

⁵ Tan SY, Yip A. Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. Singapore Med J. 2018;59(4):170–1.

⁶ Berumen L del CQ, Ramírez MTG. El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes. Psicología desde el Caribe. 2012;29(1):19–46.

- ⁷ The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): ¿Qué calidad de vida? Foro mundial de la salud. 1996;17.
- ⁸ Miró E, Cano Lozano MC, Buela Casal G. Sueño y calidad de vida. Rev Colomb Psicol. 2005;14:11-27.
- ⁹ Del Río PIY. Estrés y sueño. Rev Mex Neuroci. 2006;7(1):15-20.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés. 2004; 3:1-9.
- ¹¹ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010;7-36.
- ¹² Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. Clin Psychol Rev. 2001;21(1):33-61.
- ¹³ Manual Nacional e Abordaje Del Tabaquismo En El Primer Nivel De Atención. Montevideo, Ministerio De Salud Pública. 2010.
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010; 7-36.
- ¹⁵ Ley Jornada de trabajo N° 11.544 de 1929, Pub. Boletín oficial del Estado No. 10614 (17 de septiembre de 1929).
- ¹⁶ World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Programme on Mental Health. Ginebra, Suiza. 1996.

- ¹⁷ Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998
- ¹⁸ World Health Organization. Quality Of Life (WHOQOL) - BREF. Ginebra, Suiza. 2004.
- ¹⁹ Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Social Behav. 1983; 24(4):385-96.
- ²⁰ Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the U.S. The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology. 1988; 31-67.
- ²¹ De Girolami DH. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. 1ra Edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2014.
- ²² Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of Overweight and Obesity in Adults. The evidence report National Institute of Health. Obes Res. 1998;6(2): 51-209.
- ²³ World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization. Geneva. 1998.
- ²⁴ Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera edición. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2018. Disponible: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf

²⁵ Organización mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

²⁶ Félix-Redondo FJ, Grau M, Baena-Díez JM, Dégano IR, de León AC, Guembe MJ, et al. Prevalence of obesity and associated cardiovascular risk: the DARIOS study. BMC Public Health. 2013;13:542.

²⁷ Lee CMY, Huxley RR, Wildman RP, Woodward M. Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI: a meta-analysis. J Clin Epidemiol. 2008;61(7):646–53.

²⁸ Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet. 2012;380(9838), 219–229.

²⁹ Brock DW, Thomas O, Cowan CD, Allison DB, Gaesser GA, Hunter GR. Association between insufficiently physically active and the prevalence of obesity in the United States. J Phys Act Health. 2009;6(1):1–5.

³⁰ Berumen L del CQ, Ramírez MTG. El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes. Psicología desde el Caribe. 2012;29(1):19–46.

³¹ Walcott-McQuigg JA. The relationship between stress and weight-control behavior in African-American women. J Natl Med Assoc. 1995;87(6):427–32.

³² Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. Nutrition. 2007;23(11-12):887–94.

- ³³ Laitinen J, Ek E, Sovio U. Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Prev Med.* 2002;34(1):29–39.
- ³⁴ Björntorp P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obes Rev.* 2001;2(2):73–86.
- ³⁵ Epel ES, McEwen B, Seeman T, Matthews K, Castellazzo G, Brownell KD, et al. Stress and body shape: stress-induced cortisol secretion is consistently greater among women with central fat. *Psychosom Med.* 2000;62(5):623–32.
- ³⁶ Apple R, Samuels LR, Fonesbeck C, Schlundt D, Mulvaney S, Hargreaves M, et al. Body mass index and health-related quality of life. *Obes Sci Pract.* 2018;4(5):417–26.
- ³⁷ Wang R, Wu M-J, Ma X-Q, Zhao Y-F, Yan X-Y, Gao Q-B, et al. Body mass index and health-related quality of life in adults: a population based study in five cities of China. *Eur J Public Health.* 2012;22(4):497–502.
- ³⁸ Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL. Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obes Res.* 2000;8(2):160–70.
- ³⁹ Kearns B, Ara R, Young T, Relton C. Association between body mass index and health-related quality of life, and the impact of self-reported long-term conditions - cross-sectional study from the south Yorkshire cohort dataset. *BMC Public Health.* 2013;13:1009.

⁴⁰ Renzaho A, Wooden M, Houg B. Associations between body mass index and health-related quality of life among Australian adults. *Qual Life Res.* 2010;19(4):515–20.

⁴¹ Rásky E, Stronegger WJ, Freidl W. The relationship between body weight and patterns of smoking in women and men. *Int J Epidemiol.* 1996;25(6):1208–12.

⁴² Kvaavik E, Meyer HE, Tverdal A. Food habits, physical activity and body mass index in relation to smoking status in 40-42 year old Norwegian women and men. *Prev Med.* 2004;38(1):1–5.

⁴³ Ogilvie RP, Patel SR. The epidemiology of sleep and obesity. *Sleep Health.* 2017;3(5):383–8.

⁴⁴ Knutson KL, Spiegel K, Penev P, Van Cauter E. The metabolic consequences of sleep deprivation. *Sleep Med Rev.* 2007;11(3):163–78.

⁴⁵ Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala N-B, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep.* 2008;31(5):619–26.

⁴⁶ Wu Y, Zhai L, Zhang D. Sleep duration and obesity among adults: a meta-analysis of prospective studies. *Sleep Med.* 2014;15(12):1456–62.

⁴⁷ Sperry SD, Scully ID, Gramzow RH, Jorgensen RS. Sleep Duration and Waist Circumference in Adults: A Meta-Analysis. *Sleep.* 2015;38(8):1269–76.

⁴⁸ Capers PL, Fobian AD, Kaiser KA, Borah R, Allison DB. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of the impact of sleep duration on adiposity and components of energy balance. *Obes Rev.* 2015;16(9):771–82.

⁴⁹ Patel SR, Hu FB. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity.* 2008;16(3):643–53.

⁵⁰ Patel SR, Malhotra A, White DP, Gottlieb DJ, Hu FB. Association between reduced sleep and weight gain in women. *Am J Epidemiol.* 2006;164(10):947–54.

⁵¹ Au N, Hauck K, Hollingsworth B. Employment, work hours and weight gain among middle-aged women. *Int J Obes.* 2013;37(5):718–24.