



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA MEDIANTE UN BLOG DE ENFERMERÍA PARA LA MEJORA DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD

Iván Alexandre Ángel García

Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

(Especialidad/Itinerario Nutrición Humana y Calidad de los Alimentos)

Centro de Estudios de Postgrado

Año Académico 2020-21

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA MEDIANTE UN BLOG DE ENFERMERÍA PARA LA MEJORA DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD

Iván Alexandre Ángel García

Trabajo de Fin de Máster

Centro de Estudios de Postgrado

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2020-21

Palabras clave del trabajo:

Dieta Mediterránea, nutrición, ansiedad, blog web, Enfermería.

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: Marta Monjo Cabrer

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS	5
2. RESUMEN	6
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	8
4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	23
5. BIBLIOGRAFÍA	24
6. HIPÓTESIS	29
7. OBJETIVOS	29
8. METODOLOGÍA	30
Diseño del estudio	30
Población de referencia	30
Criterios de inclusión y exclusión	30
Población de estudio	31
Tamaño muestral	31
Procedimiento de muestreo	32
Variables	32
Instrumentación y determinaciones	34
Intervención y recogida de datos	35
Análisis de datos	38
Dificultades y limitaciones del estudio	38
Consideraciones éticas	39
9. PLAN DE TRABAJO	40
10. EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR	43
11. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO	45
12. MEDIOS DIPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO	46
13. PRESUPUESTO ECONÓMICO SOLICITADO	47
14. ANEXOS	48

ANEXO 1. Consentimiento Informado	48
ANEXO 2. Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R)	50
ANEXO 3. Cuestionario de sensaciones corporales (BSQ)	56
ANEXO 4. Cuestionario de adherencia a la Dieta Mediterránea	57
ANEXO 5. CIUO-08	59
ANEXO 6. Hoja de recogida de datos	61
ANEXO 7. Hoja de información participante	64
ANEXO 8. Calendario previsto para el estudio	67
ANEXO 9. Currículum Vitae	69

1. ABREVIATURAS EMPLEADAS

Apps (Aplicaciones móviles)

BSQ (Cuestionario de Sensaciones Corporales)

C (Control. Grupo control)

CSM (Centro de salud mental)

DM (Dieta Mediterránea)

EMID (Efectividad de una intervención multifactorial en diabéticos. Estudio)

ESEMeD (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)

EVIDENT II (Efectividad del uso de una herramienta móvil añadida a una intervención estándar en la mejora de estilos de vida en población adulta. Ensayo clínico aleatorizado)

G1 (Grupo Intervención 1)

G2 (Grupo Intervención 2)

HELFI MED (A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression)

IMC (Índice de Masa Corporal)

Kg (Kilogramos)

M (Metros)

PEGASUS-Murcia (Psychiatric Enquiry to General Population in Southeast Spain-Murcia)

PREDI-DEP (PREvención de la DEPresión Recurrente Con Dieta Mediterránea)

PREDIMED (PREvención con Dieta MEDiterránea)

SMILES (A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression)

STAI-E/R (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo)

SUN (Seguimiento de la Universidad de Navarra)

2. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los múltiples beneficios de la Dieta Mediterránea (DM) sobre la prevención y tratamiento de patologías crónicas, pueden funcionar como intervención para reducir los síntomas de la ansiedad. Un blog web puede ser útil para fomentar la adherencia a la DM, siendo un recurso para el tratamiento telemático de los pacientes con ansiedad, en el contexto actual de pandemia del coronavirus.

HIPÓTESIS: La intervención de enfermería, mediante un blog web, es efectiva para la adherencia a la DM y la mejora clínica de las personas con diagnóstico de ansiedad.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad de la intervención de enfermería, mediante un blog web, para la adherencia a la DM, al mes, seis y doce meses de la intervención. Determinar la efectividad de la intervención de enfermería, mediante un blog web, para la mejora clínica de las personas con diagnóstico de ansiedad, al mes, seis y doce meses de la intervención.

METODOLOGÍA: Ensayo clínico aleatorio, de 20 meses de duración, con tres grupos de pacientes: grupo control (tratamiento habitual), grupo intervención 1 (grupo de entrenamiento en relajación) y grupo intervención 2 (grupo de blog para la adherencia a la DM). En una muestra representativa de personas con diagnóstico de trastorno por ansiedad, según la CIE 10 (F40-43), de la unidad de adultos del Centro de Salud Mental Murcia-Este. Se medirá, pre y post-intervención la gravedad de la sintomatología ansiosa mediante el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R)* y el *Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ)*, y la adhesión a la DM mediante el *Cuestionario de Adherencia a la DM*. Se recogerán datos sociodemográficos y el tratamiento farmacológico pre y post-intervención.

PALABRAS CLAVE: Dieta Mediterránea, nutrición, ansiedad, blog web, Enfermería.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The multiple benefits of the Mediterranean Diet (MD) on the prevention and treatment of chronic diseases can function as an intervention to reduce anxiety symptoms. A web blog can be useful to promote adherence to MD, being a resource for the telematic treatment of patients with anxiety, in the current context of the coronavirus pandemic.

HYPOTHESIS: The nursing intervention, through a web blog, is effective for adherence to MD and the clinical improvement of people with a diagnosis of anxiety.

OBJECTIVES: To determine the effectiveness of the nursing intervention, through a web blog, for adherence to MD, one month, six and twelve months after the intervention. To determine the effectiveness of the nursing intervention, through a web blog, for the clinical improvement of people with a diagnosis of anxiety, one month, six and twelve months after the intervention.

METHODS: Randomized clinical trial, lasting 20 months, with three groups of patients: control group (usual treatment), intervention group 1 (relaxation training group) and intervention group 2 (blog group for adherence to MD). In a representative sample of people with a diagnosis of anxiety disorder, according to CIE 10 (F40-43), from the adult unit of the Murcia-Este Mental Health Center. Pre and post-intervention severity of anxiety symptoms will be measured using the *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-E/R)* and the *Body Sensations Questionnaire (BSQ)*, and adherence to MD using the *Adherence Questionnaire to the MD*. Sociodemographic data and pre and post-intervention pharmacological treatment will be collected.

KEY WORDS: Mediterranean Diet, nutrition, anxiety, web blog, Nursing.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales y la ansiedad

A nivel mundial, se ha observado que las **enfermedades mentales** eran responsables en 1990 del 10% de años de vida ajustados por discapacidad; en el año 2000, ese porcentaje aumentó al 12%, alcanzando un 15% en 2020 (1). Dentro de las enfermedades mentales, los trastornos depresivos mayores y los trastornos de ansiedad se encuentran entre las principales causas de años vividos con discapacidad (2). En general, el 33,7% de las personas se verán afectadas por los síntomas de ansiedad en algún momento durante su vida (3).

Según la OMS, en Europa las enfermedades mentales representan casi el 20% de la morbilidad y los problemas de salud mental afectan al 25% de su población en algún momento de su vida (1). El estudio ESEMeD (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) manifiesta que la prevalencia-año de los trastornos mentales en nuestro continente fue de un 10% y la prevalencia-vida de un 25% (3). Además, seis de los veinte países con las tasas de suicidio más altas del mundo pertenecen a Europa (4).

En el ámbito nacional, según los resultados del proyecto ESEMeD-España, un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida y el valor obtenido en la prevalencia-año fue de 9,2% (5). El Instituto Nacional de Estadística, en el año 2015, destacó que los trastornos mentales y del comportamiento causaron un 5% del total de defunciones (6).

Si tenemos en cuenta los datos en el ámbito nacional referentes a los trastornos de ansiedad, según los resultados del proyecto ESEMeD-España este tipo de trastornos (6,2%) son más frecuentes que los del estado de ánimo (4,3%), en prevalencia-año. Respecto a la prevalencia-vida podemos ver que los trastornos del estado de ánimo (11,4%) superan a los de ansiedad (9,3%), invirtiéndose la relación anterior. Además, la prevalencia-año y prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad es mayor en las mujeres que en los hombres (5).

En la Región de Murcia, según los resultados obtenidos por el proyecto PEGASUS-Murcia (Psychiatric Enquiry to General Population in Southeast Spain-Murcia), la prevalencia-año de los trastornos de ansiedad fue de un 9,7% y la prevalencia vida de un 15% (7), por tanto, son valores superiores a los obtenidos a nivel nacional por ESEMeD-España. La ansiedad es un motivo de consulta muy frecuente en los centros de salud, siendo el problema de salud mental más prevalente. Algunos estudios indican que puede llegar a estar presente en un 20-40% de los usuarios de los centros de atención primaria (8).

La ansiedad como problema de salud

La ansiedad puede definirse como una reacción fisiológica de anticipación y alerta ante situaciones de peligro o estresantes que nos ayuda a afrontarlas de una forma adecuada (9). La ansiedad experimentada de forma intensa o constante puede provocar malestar, con síntomas que afectan al plano físico, psicológico y conductual (8). Además, cuando aparece en momentos que no hay peligro real o si persiste después de que la situación estresante haya pasado (9), se convierte en un problema de salud. Éste interfiere en las relaciones familiares, sociales y personales; y tiene un gran impacto en la educación, la productividad laboral, el funcionamiento y la calidad de vida (8,9). A nivel mundial se ha estimado para el 2010, un coste de 2,1 billones de euros (2).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por una preocupación excesiva y persistente que es difícil de controlar, por lo que generan angustia o un deterioro clínicamente significativo (10). Este tipo de trastornos, tienen en común la presencia de los síntomas de la ansiedad como principal manifestación clínica, con una incidencia global del 3% al 25%. Hasta el 70% de personas con enfermedades crónicas (cáncer, enfermedad cerebrovascular, síndrome del intestino irritable...) están afectadas por estos síntomas (2). En la etiología de este tipo de trastornos están implicados factores biológicos, ambientales y psicosociales (8).

En la situación actual de pandemia por el coronavirus, los problemas de salud mental han aumentado. Las poblaciones afectadas por la pandemia tienen una prevalencia significativamente mayor de depresión, ansiedad, insomnio y trastorno de estrés postraumático en comparación con la población en circunstancias normales. En concreto, la prevalencia de ansiedad en poblaciones afectadas por COVID-19 es cuatro veces mayor que en la población general (11). Estos datos se traducen en un incremento de la demanda asistencial y en una peor evolución clínica de los pacientes.

La Dieta Mediterránea y sus efectos beneficiosos para la salud

La **Dieta Mediterránea** (DM) es un estilo de vida equilibrado que recoge recetas, formas de cocinar, celebraciones y costumbres (12), donde es fundamental la convivencia, la frugalidad y la práctica de actividad física (13). Actualmente, se considera uno de los modelos dietéticos más saludables a nivel mundial (14). Se basa en la ingesta predominante de vegetales, verduras, frutas, frutos secos, legumbres, cereales, pescado, consumo moderado de lácteos y bajo consumo de carnes rojas; y excluye o limita los alimentos envasados, altamente procesados, llenos de azúcares refinados y grasas no saludables (13,15). Entre las muchas propiedades beneficiosas para la salud de este patrón alimentario se puede destacar el tipo de grasa que lo caracteriza (aceite de oliva, pescado y frutos secos), las proporciones en los nutrientes principales que guardan sus recetas (cereales integrales y vegetales como base de los platos y carnes o similares como “guarnición”) y la riqueza en micronutrientes que contiene, fruto de la utilización de verduras de temporada, hierbas aromáticas y condimentos. Así lo reconoció y celebró la UNESCO, el 16 de noviembre de 2010, inscribiendo la DM como uno de los elementos de la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad (12).

La DM se considera actualmente una dieta con una creciente cantidad de evidencia científica que respalda sus efectos beneficiosos en la salud de los seres humanos. Varios estudios de cohortes observacionales, transversales y prospectivos muestran una asociación entre esta dieta y una menor prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares,

cáncer, síndrome metabólico, diabetes y enfermedades neurodegenerativas, así como una reducción de la mortalidad global (16).

Ya en los años 60, el conocido **“Estudio de los siete países”** de Ancel Keys y colaboradores; además de describir el patrón característico alimentario propio de las cohortes de la cuenca mediterránea, relacionaba el papel preventivo de dicho patrón con el menor riesgo de enfermedad coronaria en comparación con otras cohortes de alimentación más rica en grasas saturadas como en el Norte de Europa y Estados Unidos (patrón occidental al que nos vamos aproximando) (17).

Desde los años 60, el papel preventivo de la dieta sobre las enfermedades no transmisibles, como la enfermedad cardiovascular, ha sido ampliamente estudiado (13,14,16,17). Sin embargo, la investigación de la relación entre dieta y la salud mental es un campo relativamente nuevo y emergente en los últimos 5-10 años (13,14). En la última década, son varios los estudios publicados sobre la relación de la dieta y enfermedades mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar y sobre todo la depresión (18). Sin embargo, la evidencia de la relación de los beneficios de la dieta sobre la sintomatología de la ansiedad es de baja calidad, con resultados no concluyentes, o su investigación aparece asociada como objetivo secundario a estudios centrados en la depresión o a patologías orgánicas, con estudios de tipo transversal, que tienen importantes sesgos y factores de confusión que no permiten establecer relaciones causales.

Neurobiología de la ansiedad

Por otra parte, respecto a la neurobiología de la ansiedad, siguiendo la publicación de Cedillo (19), podemos decir que existe una anatomía de las emociones, con diferentes regiones del cerebro que tienen una función crucial como el sistema límbico con estructuras como son el hipotálamo, la amígdala, el hipocampo y la sustancia gris. Todo este sistema se conecta con órganos torácicos y abdominales a través del nervio vago. Este sistema neuronal, está regulado por neurotransmisores como la serotonina o el ácido Gamma-amino

butírico (GABA), sustancias que modulan las respuestas emocionales, afectivas y cognitivas en el cerebro. Además, en la ansiedad, participan hormonas como la adrenalina, la noradrenalina y el cortisol mediante el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Así, la ansiedad es consecuencia de la sobreactividad de los sistemas adrenérgicos o la alteración de los sistemas serotoninérgicos en el sistema nervioso central o una inhibición del sistema GABAérgico. Todo este complejo mecanismo es responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o huida, de la alimentación y de la actividad sexual; que a la vez están vinculadas a las emociones como miedo, ira, amor y ansiedad.

Relación entre la dieta y la ansiedad

La relación entre las situaciones de estrés y los hábitos alimentarios ha sido estudiada en diferentes investigaciones a lo largo del tiempo (20). Sin embargo, respecto a la relación de la dieta y la ansiedad, podemos decir que los mecanismos biológicos concretos que a través de los cambios dietéticos pueden beneficiar la salud mental de las personas con ansiedad, aún no se han establecido completamente (21).

La ansiedad provoca la necesidad de consumir alimentos que suban la serotonina y otros neurotransmisores, para compensar esta sensación de malestar, y suelen ser alimentos procesados con alto contenido en calorías, ricos en azúcar, grasas y sal (20). El consumo de estos alimentos aumenta la ansiedad, y a su vez, el malestar emocional suele compensarse con más consumo de este tipo de alimentos, con unos efectos placenteros muy pasajeros, que mandan un estímulo mediado por neurotransmisores al cerebro que cada vez nos pedirá más. En vez de llenar el vacío, lo está aumentando, por tanto, al poco tiempo nos creará culpa, malestar y más ansiedad lo que conocemos como “**comer emocional**” (22). Se crea un patrón alimentario guiado por las emociones consumiendo alimentos no saludables en cantidades inadecuadas con el fin de esconder estos pensamientos y sentimientos negativos sin sentir hambre (20). Esta conducta alimentaria disfuncional, promueve la ingesta de alimentos impulsivamente, comer fuera de control, no

parar de comer pese a sentirse lleno, con sentimientos de culpa y remordimientos después de comer, con una desconexión de las señales psicológicas de hambre y saciedad, fluctuaciones de peso, no conocer las razones por las que se come y comer más rápido de lo normal (20).

Los productos son consumidos de manera compulsiva, usados como ansiolíticos para compensar la tensión (22); y de esta forma, los trastornos de ansiedad, afectan de manera directa a la salud, aumentando el riesgo de desarrollar patologías como: enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, cierto tipo de cánceres, enfermedades respiratorias, insomnio, problemas musculares, obesidad, desórdenes alimentarios, entre otros (16,20-22).

No obstante, solo el 20% de las personas no cambia sus hábitos alimentarios durante períodos de estrés, aunque la mayoría lo hace. Así, más del 40% aumenta su ingesta calórica, mientras que algo menos del 40% disminuye su ingesta cuando se siente estresado (23). De lo mencionado anteriormente, podemos inferir que no todos los individuos al estar estresados canalizan su ansiedad a través de la ingesta excesiva de comida; existen individuos que cuando están estresados, ansiosos o deprimidos dejan de comer porque el alimento les provoca repugnancia, lo que a su vez genera en estas personas una pérdida de peso (20). Cualquiera de los extremos trae consecuencias negativas para la salud, como cualquier desorden alimentario. Según los datos del macro estudio Global Burden of Disease (Carga Mundial de Morbilidad), publicado en The Lancet, podemos afirmar que una dieta inadecuada es el factor de riesgo que causa más problemas en nuestra salud, y es responsable del 21% de las muertes evitables (24).

Vías implicadas en la producción de la sintomatología ansiosa

La dieta puede actuar a través de varias vías que están implicadas en la producción de la sintomatología ansiosa, vías relacionadas con la inflamación crónica, el estrés oxidativo, la resistencia hormonal y la disbiosis intestinal (19-22,25-27). Ante la acumulación de tensión física o psicológica, la ansiedad

desencadena una serie de cambios físicos, biológicos y hormonales. En este proceso participan casi todos los órganos y sistemas, incluido cerebro, nervios, corazón, sistema digestivo, sistema muscular, etc (19). Se caracteriza por una actividad excesiva en las funciones del sistema nervioso central, simpático y parasimpático, endocrino e inmunológico (20).

Un desequilibrio entre los niveles de omega 3/omega 6 procedente de la dieta conduce a una **inflamación crónica de bajo grado**. La producción de citoquinas proinflamatorias y otros mediadores como los eicosanoides pueden alterar el metabolismo de los neurotransmisores, moléculas que determinan el estado de ánimo en el cerebro. Asimismo, se inhiben algunas proteínas fundamentales para la buena función cerebral como el factor neutrófico derivado del cerebro, factor que se estimula con el ejercicio físico y muestra bajos niveles en personas con ansiedad y depresión. Además, un exceso de peso secundario a una mayor ingesta energética aumenta la producción de citoquinas proinflamatorias en el tejido adiposo, incrementando la neuroinflamación, alterando el estado de ánimo (25).

Un exceso de calorías procedentes de la dieta también podría elevar la producción de radicales libres por parte de las mitocondrias celulares. Igualmente, una alimentación de baja calidad, pobre en vitaminas, minerales y fibra, no aporta los antioxidantes naturales necesarios causando un desequilibrio oxidativo que empieza a dañar las estructuras celulares cerebrales, así como las membranas, lípidos, proteínas, lipoproteínas e incluso el ADN. El **estrés oxidativo** es inductor de daño neuronal, especialmente las neuronas en el hipocampo (26). También podría ser el efecto acumulativo de todos estos productos y sus propiedades bioquímicas lo que influye en los síntomas de la ansiedad.

Entre los cambios fisiológicos más importantes asociados a la ansiedad se encuentra la secreción de hormonas como adrenalina, noradrenalina y cortisol (20). La producción de estas hormonas es consecuencia directa del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal como respuesta a la ansiedad (26). Este estado de **activación hormonal** estimula las vías metabólicas catabólicas

elevando la concentración de glucosa, aminoácidos y lípidos, causando una resistencia a la insulina y aumentando los depósitos de grasas sobre todo intraabdominal (20). Este aumento de grasa inducido por una dieta de baja calidad, modifica el control hipotalámico de la saciedad provocando una resistencia a la hormona saciante, la leptina (26); alterando la producción endocrina de hormonas como la liberadora de corticotropina y el neuropéptido Y (20). El neuropéptido Y que se encuentra en el cerebro y en otros tejidos, regula funciones como el peso, el apetito, la memoria, el aprendizaje y las respuestas emocionales reduciendo la ansiedad (20). Por lo tanto, este desequilibrio del sistema endocrino podría incrementar la sintomatología ansiosa como consecuencia de una alimentación insana. De la misma forma, la evidencia emergente indica que una mala alimentación puede influir también en las funciones cerebrales y en la ansiedad incluso en ausencia de obesidad (21).

Por otra parte, los sistemas digestivo, nervioso y endocrino están estrechamente relacionados formando lo que se conoce como el eje intestino-cerebro (21). La microbiota intestinal es capaz de regular las expresiones de muchos mediadores inflamatorios como las citoquinas mediante la activación del sistema inmune; además, participa en la respuesta al estrés, en la neurotransmisión y en la neurogénesis (21). Cada vez más estudios han indicado que la microbiota intestinal puede regular las funciones del cerebro a través del eje intestino-cerebro, y la **disbiosis de la microbiota intestinal** se relaciona con trastornos mentales como la ansiedad (19,20). De este modo, el tipo y cantidad de alimentos que ingerimos determina el crecimiento de nuestra microbiota por lo que la dieta interviene en las funciones del cerebrales pudiendo influir con la manifestación de sintomatología ansiosa (27). Por tanto, la evidencia apoya que regular la flora intestinal mediante intervenciones dietéticas, podría mejorar los síntomas de ansiedad.

En resumen, la dieta insana modifica el proceso metabólico nutricional, produciendo un retraso en la digestión y una metabolización disfuncional e

inadecuada de los alimentos (20), que podría afectar a las funciones del cerebro que están implicadas en la etiología de la sintomatología ansiosa.

Beneficios de la Dieta Mediterránea para la ansiedad

Llegados a este punto, voy a explicar la relación entre la DM y la ansiedad. La DM contiene una amplia variedad de compuestos bioactivos que pueden interactuar de manera beneficiosa con estas vías implicadas en la producción de la sintomatología ansiosa anteriormente expuestas. El aceite de oliva utilizado como principal grasa de adición en la DM, es un alimento rico en vitamina E, beta-carotenos y ácidos grasos monoinsaturados que le confieren propiedades neuroprotectoras. El abundante consumo de alimentos de origen vegetal como frutas, verduras, legumbres y frutos secos suponen la principal fuente de vitaminas, minerales y fibra de esta dieta; con una amplia variedad de colores y texturas, que aporta diversidad de antioxidantes como los polifenoles, que protegen frente al estrés oxidativo inductor de daño neuronal. Además, el consumo de frutos secos ricos en omega 3, con efectos antioxidantes, compensaría la inflamación crónica de bajo grado ocasionada por el desequilibrio del consumo excesivo de omega 6, de productos procesados con aceites vegetales refinados. Las propiedades antiinflamatorias de la DM influyen en la concentración de monoaminas implicadas en la regulación de cognición y emociones. La ingesta de alimentos como las nueces, aporta el aminoácido esencial triptófano, siendo el único precursor de la serotonina (principal neurotransmisor, implicado en la sintomatología de ansiedad y depresión). El consumo de cereales integrales característico de la DM aporta nutrientes como magnesio, fósforo y vitaminas del grupo B. Las vitaminas B6, B9 y B12 son fundamentales para la producción de serotonina, dopamina y noradrenalina; cuyo déficit contribuye a los mecanismos generadores de la ansiedad. El consumo de leches fermentadas (yogur, etc.) se asocia a la regulación de la ansiedad a través del eje intestino-cerebro, ya que al ser probióticos contienen microorganismos vivos capaces de mejorar el equilibrio de la microflora intestinal. La ingesta abundante de pescado azul aporta grasas omega 3 poliinsaturadas con propiedades antiinflamatorias y neuroprotectoras.

Esta ingesta de pescado junto a los huevos, suponen una buena alternativa a la carne, disminuyendo el consumo de grasas saturadas de origen animal. El bajo índice glucémico de este el patrón dietético mediterráneo podría ser una razón de su asociación con un menor riesgo de resistencia a la insulina. También, asociada a la DM podemos añadir la realización de actividad física, que es tan beneficiosa para la mejora de la sintomatología ansiosa como es este patrón dietético. Por último, la DM favorece el bienestar mental al reducir el consumo de alimentos poco saludables relacionados con un mayor riesgo de obesidad, comer emocional y ansiedad, como los dulces, carnes procesadas, azúcares refinados, sal y otros productos proinflamatorios, ayudando al mantenimiento de un peso adecuado disminuyendo las resistencias hormonales (12-27).

Tras la revisión bibliográfica de la relación entre la adherencia a la DM y la ansiedad, parece que existe una relación positiva entre la adherencia a la DM y un menor riesgo de patología ansiosa, pero los mecanismos implicados y el porqué de esta relación, son aspectos que hay que seguir investigando y analizando (12-27).

Revisión de evidencias científicas

Desde 1999 hasta la actualidad, en el **Seguimiento de la Universidad de Navarra (SUN)**, se realiza un estudio dinámico de cohortes prospectivo entre graduados universitarios sanos para relacionar la adherencia a la DM principalmente, pero también otros estilos de vida, con la aparición de diferentes enfermedades, en la que las cohortes se separan según su adherencia a la DM (28).

En 2013, el estudio multicéntrico **PREDIMED** (PREvención con Dieta MEDiterránea) evaluó y describió los efectos a largo plazo de la DM y suplementos de aceite de oliva, sobre las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades, apareciendo una relación con la salud mental. Los resultados mostraron una relación inversa significativa con respecto a la depresión y los pacientes asignados al grupo intervención con DM (29), sin

estudiar la relación de la DM con la ansiedad. Un segundo estudio, llamado **PREDIMED-Plus** ha sido realizado para evaluar el impacto de la intervención en el estilo de vida y la DM con restricción energética en la prevención primaria de enfermedad cardiovascular entre 6874 sujetos reclutados en 23 centros y hospitales en España. Esta intervención combinada, de DM con restricción energética supone una mayor ingesta de polifenoles y actividad física, que se asociaron significativamente con una reducción de los factores de riesgo de síndrome metabólico, aumento en la calidad de la vida y el funcionamiento cognitivo. Y en 2019, se publicó el nuevo gran estudio denominado **PREDI-DEP**, que evalúa el uso de la DM complementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos para prevenir el riesgo de recaída de la depresión unipolar durante dos años de seguimiento clínico (14).

Del mismo modo, en el año 2017, el estudio **HELFIMED**, investigó la relación de la DM suplementada con aceite de pescado sobre la mejora de la salud mental y en concreto los síntomas de depresión, en adultos de 18 a 65 años. Este estudio ha sido uno de los primeros ensayos clínicos controlados aleatorizados en todo el mundo que mostraban el efecto de la dieta sobre la salud mental (13). El estudio, **SMILES** mostró resultados notablemente similares durante 12 semanas en 67 adultos diagnosticados con trastorno depresivo mayor (30). Por lo que, de momento, vemos que en los principales ensayos clínicos que relacionan la DM y la salud mental, han medido el impacto sobre la depresión.

Para encontrar datos sobre el impacto de la dieta sobre la ansiedad, debemos de ir a publicaciones como la **revisión sistemática de Opie y colaboradores en 2014**, que evalúa la relación de las intervenciones dietéticas sobre la depresión y ansiedad, de ensayos clínicos aleatorizados publicados entre 1971 y 2013. De los 17 artículos que cumplían los criterios de inclusión, 10 midieron resultados sobre la ansiedad o el estado de ánimo. Y solamente, los estudios de Ghroubi, en 2009; y Andersen, en 2004; encontraron mejorías estadísticamente significativas con el grupo control. Por el contrario, los otros

ocho ensayos clínicos, no encontraron diferencias significativas entre los grupos intervención y control (2).

En 2019, el **metanálisis de Firth y colaboradores**, también evaluó los efectos de la mejora de la dieta sobre los síntomas de la depresión y la ansiedad en ensayos clínicos aleatorizados, hasta marzo de 2018. De los 16 ensayos clínicos que cumplían los criterios de inclusión, con un total de 45.826 sujetos, la mayoría examinaron muestras con depresión no clínica (15 estudios), mostrando que, las intervenciones dietéticas redujeron significativamente síntomas depresivos respecto al grupo control. Sin embargo, no se observó ningún efecto de las intervenciones dietéticas para la ansiedad (21).

En el mismo año 2019, se publicó la **revisión sistemática de Yang y colaboradores**, con el objetivo de encontrar evidencia que apoyara la mejora clínica de la ansiedad a través de la regulación de la microbiota intestinal. En este caso, de los 21 ensayos clínicos que cumplían los criterios de inclusión, más de la mitad mostró que la regulación de la flora intestinal puede mejorar eficazmente los síntomas de ansiedad, destacando que las intervenciones no probióticas fueron más eficaces que las intervenciones con probióticos (27). Ahora sí, aunque tenga que ser a partir del campo emergente del estudio de la microbiota intestinal, podemos relacionar las intervenciones dietéticas con la mejora de la clínica ansiosa.

Por último, teniendo en cuenta que es una publicación que situaríamos en el nivel más bajo de evidencia, también se destaca la **revisión literaria de Ventriglio y colaboradores de 2020**, del estudio de los beneficios de la DM sobre la salud y sobre la salud mental. Esta revisión narrativa informa sobre algunas evidencias emergentes sobre el posible impacto de la DM en salud general y el resultado de los trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión mayor y ansiedad) y alienta a realizar más estudios para probar los beneficios de la selección de alimentos saludables sobre la salud de la población en general (14). Respecto a la salud mental, al igual que los estudios anteriores, se relaciona una adherencia a la DM con una disminución de los síntomas

depresivos y una mejora en la calidad de vida. Pero seguimos sin datos sobre la evidencia de la mejora clínicamente significativa de la ansiedad a través de la adherencia a la DM.

Tratamiento de la ansiedad

El tratamiento de primera línea de los trastornos por ansiedad incluye la farmacoterapia y psicoterapia. A nivel de enfermería, existe una amplia gama de intervenciones con evidencia sobre su eficacia como son: el entrenamiento en relajación progresiva, la imaginación guiada, mindfulness, entre otras (9). Sin embargo, menos de la mitad de los tratados logran la remisión (8). Además, en atención primaria, los síntomas de ansiedad se confunden a menudo con síntomas somáticos; siendo común dejar desatendida la sintomatología ansiosa, la cual no se trata a tiempo ni de manera efectiva (27). Por lo tanto, es necesario desarrollar más estrategias para tratar eficazmente la ansiedad (2); siendo, las intervenciones a través de la dieta junto a las basadas en las nuevas tecnologías: entornos web, líneas telefónicas y aplicaciones para móviles (apps); un campo prometedor en el tratamiento de este tipo de enfermedades crónicas (31).

Nuevas tecnologías y salud

Las nuevas tecnologías, en su sentido más amplio, facilitan el acceso a una gran cantidad de información y suponen un cambio en la forma en la que accedemos al conocimiento y debemos aprovecharlo. En España, al igual que en otros países, internet es la principal vía de acceso a información médica (32). Acceso que en la mayoría de ocasiones (78%) realizamos a través del teléfono móvil (33). Hoy en día, internet es cada vez es más utilizado por las enfermeras para acceder a información científica, formación, contacto con otros profesionales, consulta, difusión de información y como herramientas para promocionar la salud (32).

Se estima que existen más de 97.000 apps relacionadas con la salud en todos los sistemas operativos móviles. Las patologías con mayor cantidad de

apps en el mercado son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, ayuda para el abandono del hábito tabáquico y apps relacionadas con el dolor (33).

Dos ensayos clínicos han incluido como intervención el uso de las nuevas tecnologías para la adherencia a la DM (14). El **estudio EVIDENT II**, comparó el efecto sobre factores de riesgo cardiovascular (FRCV), de una intervención basada en una app asociada a una consulta sobre actividad física y la DM; con la consulta estándar. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, realizado desde enero de 2014 a septiembre de 2016. Participaron un total de 833 sujetos de seis centros de salud, seleccionados mediante muestreo aleatorio. El objetivo principal fue evaluar el efecto en la reducción sobre los FRCV como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, colesterol total y triglicéridos; a los 3 y 12 meses de la intervención. En este estudio, el uso de la app, no aportó beneficios adicionales en la reducción de los FRCV (34).

El **estudio EMID** (Efectividad de una intervención multifactorial en diabéticos), evaluó la efectividad de una intervención multifactorial en aumentar la adherencia a la DM, la calidad de la dieta y parámetros biomédicos después de un período de seguimiento de 12 meses. El estudio incluyó a 204 sujetos con edades comprendidas entre los 25 y los 70 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Los participantes fueron asignados al azar al grupo de intervención (GI) y al control grupo (GC), ambos recibiendo consejos sobre una dieta saludable y actividad física. También usaron una app sobre la dieta y estilo de vida. A los 3 meses de seguimiento, hubo una mejora en la adherencia al DM y la calidad de la dieta en el GI. Esta tendencia se confirmó a los 12 meses de seguimiento (35).

Sin embargo, la mayor parte de estas apps que salen al mercado no tienen un ensayo clínico que demuestre la utilidad de su uso ni su impacto en la salud. Existen pocos ensayos clínicos de calidad publicados en las principales revistas científicas. La demostración de los beneficios en salud a través de ensayos clínicos bien diseñados es una de las asignaturas pendientes de la salud digital (33).

Enfermería de atención primaria y ansiedad

Finalmente, la enfermería de atención primaria, por su accesibilidad, su enfoque continuo y permanente de los pacientes; es el entorno idóneo y necesario para abordar la ansiedad. Sabemos que el 75% de la población visita a su centro de salud al año, y que la incorporación sistemática de programas para el tratamiento de este trastorno mental común, en colaboración con salud mental, es factible y efectiva (8).

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Con esta revisión de la literatura, se puede afirmar que las intervenciones dietéticas son prometedoras y en concreto, el fomento de la adherencia a la DM tiene múltiples beneficios que pueden funcionar como intervención para reducir los síntomas de la ansiedad. Es fundamental más investigación para determinar los componentes específicos de las intervenciones dietéticas que mejoran la salud mental de las personas con diagnóstico de ansiedad, explorar los mecanismos subyacentes y programar intervenciones efectivas para llevarlas a cabo en entornos clínicos como es la atención primaria.

Llegados a este punto, planteamos ayudarnos de internet, las nuevas tecnologías y las diferentes herramientas que nos ofrecen para facilitar la traslación del conocimiento a la práctica clínica. Son muchos los recursos existentes, comunidades virtuales de práctica, grupos de profesionales online que trabajan sobre problemas clínicos concretos, etc. que podrían ser de utilidad. Sin embargo, en esta ocasión, vamos a referirnos principalmente a un blog web por tratarse de una herramienta muy ágil, potente, gratuita y de sencillo manejo; a la que se puede acceder desde cualquier dispositivo como móviles, tabletas y ordenadores. Además, es de gran utilidad en el tratamiento telemático de los pacientes debido a las medidas adoptadas por la pandemia del coronavirus.

Por todo lo expuesto anteriormente, creemos pertinente este estudio de investigación para determinar la efectividad de la intervención con un blog de enfermería de adherencia a la DM para la mejora clínica de las personas con diagnóstico de ansiedad.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Burden of mental and behavioural disorders. The World Health Report 2001: Mental Health, new understanding, new hope. [Internet] 2001 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf
2. Opie RS, O'Neil A, Itsiopoulos C, Jacka FN. The impact of whole-of-diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials. *PublicHealthNutr*. [Internet] 2014 Aug; 18(11):2074-93 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25465596/>
3. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. [Internet] 2004; 291 (21): 2581-90 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15173149/>
4. World Health Organization Regional Office for Europe. Data and resources. [Internet] 2017 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>
5. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *MedClin (Barc)*. [Internet] 2006; 126(12): 445-451 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324>
6. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. [Internet] 2015 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf
7. Navarro-Mateu F, Tormo M, Salmerón D, Vilagut G, Navarro C, Ruíz-Merino G et al. Prevalence of mental disorders in the south-east of Spain, one of the European regions most affected by the economic crisis: The cross-sectional PEGASUS-murcia project. *PLoSOne*. [Internet] 2015; 10 (9) [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137293>
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo; [Internet] 2008 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: http://www.quiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

9. Illán I, Hurtado A, Martín JC. Protocolo de relajación en Salud Mental [Internet]. Murcia: Sistema Murciano de Salud; [Internet] 2004 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/81305-LIBRO_PROT_RELAJ.pdf
10. Baldwin D. Generalized anxiety disorder in adults: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. En: UpToDate, Hermann R editors. [Internet] 2018 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adultsepidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-anddiagnosis>
11. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, Volume 295, [Internet] 2021 [citado 24 Ene 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33285346/>
12. Fundación Dieta Mediterránea. ¿Qué es la Dieta Mediterránea? [Internet] [citado 31 Ene 2021]. Disponible en: <http://dietamediterranea.com/dietamediterranea/que-es-la-dieta-mediterranea/>
13. Murphy KJ, Parletta N. Implementing a Mediterranean-Style Diet Outside the Mediterranean Region. *CurrAtheroscler Rep*. [Internet] 2018 4;20(6):28. [citado 31 Ene 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29728772/>
14. Ventriglio A, Sancassiani F, Contu MP, Latorre M, Di Slavatore M, Fornaro M, Bhugra D. Mediterranean Diet and its Benefits on Health and Mental Health: A Literature Review. *ClinPractEpidemiolMentHealth*. [Internet] 2020 30;16:156-164 [citado 31 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536728/>
15. Sadeghi O, Keshteli AH, Afshar H, Esmailzadeh A, Adibi P. Adherence to Mediterranean dietary pattern is inversely associated with depression, anxiety and psychological distress. *NutrNeurosci*. [Internet] 2019 11:1-12 [citado 31 Ene 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31185883/>
16. Dussailant C, Echeverría G, Urquiaga I, Velasco N, Rigotti A. Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. *Rev. méd. Chile* [Internet] 2016; 144(8) [citado 31 Ene 2021]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800012

17. Kromhout D, Keys A, Aravanis C, Buzina R, Fidanza F, Giampaoli S et al. Food consumption patterns in the 1960s in seven countries. *Am J Clin Nutr* [Internet] 1989; 49(5): 889-94 [citado 31 Ene 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2718924/>
18. Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Alonso A, Schlatter J, Lahortiga F, Serra Majem L, et al. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Arch Gen Psychiatry*. [Internet] 2009 Oct;66(10):1090–8. [citado 6 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19805699/>
19. Cedillo IB. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Rev Elec Psicol*. [Internet] 2017;20(1):239-251. [citado 6 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171m.pdf>
20. Barattucci Y. “Estrés y Alimentación”. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Fasta. [Internet] 2011 [citado 6 Feb 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/49224352.pdf>
21. Firth J, Marx W, Dash S, Carney R, Teasdale SB, Solmi M, et al. The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosom Med*. [Internet] 2019 Apr;81(3):265-280 [citado 6 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30720698/>
22. Gordon EL, Ariel-Donges AH, Bauman V, Merlo LJ. What Is the Evidence for "Food Addiction?" A Systematic Review. *Nutrients*. [Internet] 2018; 10(4):477. [citado 6 Feb 2021] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29649120/>
23. Chandía Vásquez FA, Vidal Grandón KA, Chiang Vega MM. Relación entre estrés laboral y adherencia a la dieta mediterránea (DM) en funcionarios de una institución de educación superior, Chile. *Cienc Trab*. [Internet] 2016; 18 (55): 58-67 [citado 6 Feb 2021]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492016000100010&lng=es
24. Lozano R, Maghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and Regional Mortality from 235 Causes of Death for 20 Age Groups in 1990 and 2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. [Internet] 2012; 15; 380: 2095-2128 [citado 6 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245604/>
25. Jadoon A, Chiu CC, McDermott L, Cunningham P, Frangou S, Chang CJ, et al. Associations of Polyunsaturated Fatty Acids with Residual Depression Or Anxiety in Older

- People with Major Depression, Journal Of Affective Disorders. [Internet] 2012; 136 (3): 918-925 [citado 14 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22113178/>
26. Jacka FN, Cherbuin N, Anstey KJ, Sanchez P, Butterworth P. Western Diet is Associated with Smaller Hippocampus: A longitudinal Investigation. BMC Medicine. [Internet] 2015; 13: 215 [citado 14 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26349802/>
 27. Yang B, Wei J, Ju P, Chen J. Effects of regulating intestinal microbiota on anxiety symptoms: A systematic review. General Psychiatry. [Internet] 2019 [citado 14 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31179435/>
 28. Departamento de Medicina y Salud Pública. Universidad de Navarra. Proyecto SUN. [Internet] 1999 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/departamento-de-medicina-preventiva-y-salud-publica/proyecto-sun>
 29. Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA, Estruch R, Salas-Salvadó J, Corella D, Covas MI, et al. Mediterranean dietary pattern and depression: the PREDIMED randomized trial. BMC Med [Internet] 2013;11:208 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3848350&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 30. Jacka FN, O'Neil A, Berk M, Itsiopoulos C, Castle D, Opie R, et al. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). BMC Psychiatry. [Internet] 2017;13 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0791-y>
 31. Free C, Phillips G, Galli L, Watson L, Felix L, Edwards P, et al. The effectiveness of mobile health technology based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. PLoS Med [Internet] 2013; 10(1):45 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548655/pdf/pmed.1001362.pdf>
 32. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo A J. Nuevas tecnologías, apps y su aplicación en la práctica clínica basada en evidencias. EnfermClin. [Internet] 2014; 24(2):3[citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/articulo/nuevas-tecnologiasapps-su-aplicacion-90277791>
 33. Ben Abdellah LD, Casado Pardo J, Gordo García de Robles A, Ávila de Tomás JF. Las mejores aplicaciones móviles para el control de enfermedades prevalentes. FMC [Internet] 2017; 24(5):231-239 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113420721630398X>

34. Gonzalez-Sanchez J, Recio-Rodriguez JI, Fernandez-delRio A, et al. Using a smartphone app in changing cardiovascular riskfactors: A randomized controlled trial (EVIDENT II study). *Int J MedInform FMC* [Internet] 2019; 125: 13-21 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30914176/>
35. Alonso-Domínguez R, García-Ortiz L, Patino-Alonso MC, et al. Effectiveness of a multifactorial intervention in increasing adherence to the mediterranean diet among patients with diabetes mellitus type 2: A controlled and randomized study (EMID Study). *Nutrients*. [Internet] 2019; 11(1): E162 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30646500/>

6. HIPÓTESIS

La intervención de enfermería, mediante un blog web, es efectiva para la adherencia a la DM y la mejora clínica de las personas con diagnóstico de ansiedad.

7. OBJETIVOS

Objetivos generales

Determinar la efectividad de la intervención de enfermería, mediante un blog web, para la adherencia a la DM, al mes, seis y doce meses de la intervención.

Determinar la efectividad de la intervención de enfermería, mediante un blog web, para la mejora clínica de las personas con diagnóstico de ansiedad, al mes, seis y doce meses de la intervención.

Objetivos específicos

Comparar la efectividad en la mejora clínica de las personas con diagnóstico de ansiedad, del grupo de entrenamiento en relajación con el tratamiento habitual, según las diferentes variables a estudio.

Comparar la efectividad en la mejora clínica de las personas con diagnóstico de ansiedad, del asesoramiento nutricional con el blog de enfermería para la adherencia a la DM con el tratamiento habitual, según las diferentes variables a estudio.

Comparar la efectividad en la mejora clínica de las personas con diagnóstico de ansiedad, del grupo de entrenamiento en relajación con el grupo de asesoramiento nutricional con el blog de enfermería para la adherencia a la DM, según las diferentes variables a estudio.

Analizar la evolución ponderal de los participantes de cada grupo desde el inicio del estudio, al mes, seis y doce meses de la intervención.

8. METODOLOGÍA

Diseño y tipo de estudio

Ensayo clínico aleatorio multicéntrico, de 19 meses de duración con tres grupos de pacientes: grupo control (C), al que se aplicará el tratamiento habitual del centro; grupo intervención 1 (G1), al que se aplicará el tratamiento habitual junto a la participación en el grupo de entrenamiento en relajación; y grupo intervención 2 (G2), al que se aplicará el tratamiento habitual, sin relajación, junto al asesoramiento nutricional con el blog de enfermería para la adherencia a la DM.

Población de referencia

Personas con diagnóstico de trastorno por ansiedad, según la CIE 10 (F40-43), de la unidad de adultos del Centro de Salud Mental (CSM) Murcia-Este. El motivo del uso de la población de referencia de esta unidad de salud mental para una intervención de atención primaria, es porque este CSM ha sido diseñado para atender a una población de 82.000 personas, abarcando cinco zonas básicas de salud (Barrio del Carmen, Vistabella, Monteagudo, Santomera y Floridablanca). Y de esta forma, garantizamos la obtención de una muestra representativa para poder comparar los grupos C, G1 y G2.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Personas con síntomas de ansiedad con diagnóstico clínico, según las categorías de la CIE 10, de: trastornos de ansiedad fóbica (F40), otros trastornos de ansiedad (F41), trastorno obsesivo-compulsivo (F42) o reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43).
- Acceder voluntariamente a participar en el proyecto mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 1).
- Hablar o entender el español.
- Edad igual o superior a 18 años de edad.

- Para el grupo G2, disponer de dispositivo informático con internet que permita acceder a la página web del blog.

Criterios de exclusión:

- Haber recibido entrenamiento o terapia de relajación, individual o grupal, con una antelación menor o igual a un año desde la fecha de captación para el presente estudio.
- Estar en seguimiento dietético por un profesional de la nutrición.
- Diagnóstico de otros trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F44, F45, F48).
- Diagnóstico de trastorno depresivo moderado, grave (F32.1, F32.2, F33.1, F33.2).
- Diagnóstico de trastorno psicótico (F20-F29) o síntomas psicóticos.
- Consumo activo de tóxicos, que imposibilite la comprensión y participación en la intervención.
- Discapacidad cognitiva, motora o sensorial, que imposibilite la comprensión y participación en la intervención.
- Minoría de edad.

Población de estudio

Muestra representativa de usuarios derivados al enfermero investigador, por los enfermeros de la Unidad de Adultos del CSM Murcia-Este, que cumplan los criterios de inclusión. Una vez acepten y cumplimenten el consentimiento informado, los enfermeros del CSM elaborarán un listado con los datos de los participantes (nombre y apellidos, nº de historia clínica y teléfono móvil).

Tamaño muestral

El tamaño muestral ha sido calculado con la calculadora de tamaño muestral GRANMO®, versión 7.12. (<https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>). Dando como resultado que: una muestra aleatoria de **218 individuos** es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que

previsiblemente será de alrededor del 15% (7), en una población de 82.000 personas. El porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 10% (<https://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>). Lo que supone una cantidad de al menos 73 pacientes (218 entre los 3 grupos) por grupo de intervención.

Procedimiento de muestreo

El enfermero investigador, ubicado en el centro de salud Floridablanca, realizará un muestreo aleatorio simple (con Excel®) a partir del número de historia clínica (para cegar la aleatorización) del listado de participantes. Asignando a los participantes de manera equitativa en los tres grupos (C, G1, G2), respectivamente.

Variables

Variables independientes:

- Intervención nutricional mediante el blog de enfermería para la adherencia a la DM, variable cualitativa nominal dicotómica categorizada en: Si o No.
- Intervención en entrenamiento en relajación grupal, variable cualitativa nominal dicotómica categorizada en: Si o No.
- Tratamiento habitual:
 - Farmacológico simple, variable cualitativa nominal dicotómica categorizada en: Si o No.
 - Farmacológico, cantidad/día, variable cuantitativa discreta expresada en: número.
 - Farmacológico, tiempo, variable cuantitativa discreta expresada en: año de inicio.
 - Psicológico simple, variable cualitativa nominal dicotómica categorizada en: Si o No.
 - Psicológico, tiempo, variable cuantitativa discreta expresada en: año de inicio.

- Psiquiátrico simple, variable cualitativa nominal dicotómica categorizada en: Si o No.
- Psiquiátrico, tiempo, variable cuantitativa discreta expresada en: año de inicio.

Variables dependientes:

- Toma de psicofármacos:
 - Psicofármacos, tipo, variable cualitativa nominal policotómica categorizada en: antidepresivos, ansiolíticos y otros psicofármacos.
 - Psicofármacos, cantidad/día, variable cuantitativa discreta expresada en: número.
- Puntuación obtenida en el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R)* (Anexo 2), variable cuantitativa discreta expresada en: percentil estado/ percentil rasgo.
- Puntuación obtenida en el *Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ)* (Anexo 3), variable cuantitativa discreta expresada en: número.
- Puntuación obtenida en el *Cuestionario de Adherencia a la DM* (Anexo 4), variable cuantitativa discreta expresada en: número.
- Peso, variable cuantitativa continua expresada en: kilogramos (kg).
- Talla, variable cuantitativa continua expresada en: metros (m).
- Índice de Masa Corporal (IMC), variable cuantitativa continua expresada en: kilogramos/metros cuadrados (kg/m²).

Variables sociodemográficas:

- Sexo, variable cualitativa nominal dicotómica categorizada en: Hombre o Mujer.
- Edad, variable cuantitativa discreta expresada en: fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa).
- Estado civil, variable cualitativa nominal policotómica categorizada en: soltero/a, en pareja, casado/a, viudo/a, divorciado/a.

- Nivel educativo, variable cualitativa ordinal categorizada en: sin estudios, estudios obligatorios sin completar, estudios obligatorios completados, formación profesional, bachillerato, estudios universitarios.
- Profesión, variable cualitativa ordinal categorizada (según CIU 8) (Anexo 5) en: directores y gerentes; profesionales científicos e intelectuales; técnicos y profesionales de nivel medio; personal de apoyo administrativo; trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados; agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros; oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios; operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores; ocupaciones elementales; y ocupaciones militares.
- Situación laboral, variable cualitativa nominal policotómica categorizada en: estudiante, trabajo fijo, trabajo eventual, autónomo, en desempleo, pensionista por jubilación, pensionista por invalidez, trabajo doméstico no remunerado, incapacidad laboral, otras situaciones.
- Nacionalidad, variable cualitativa nominal policotómica categorizada en: país de nacimiento.

Instrumentación y determinaciones

Se medirá, pre y post-intervención en cada uno de los tres grupos del estudio, la gravedad de la sintomatología ansiosa mediante el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R)* (Anexo 2) y con el *Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ)* (Anexo 3). Y la adhesión a la DM mediante *Cuestionario de Adherencia a la DM* (Anexo 4).

Se recogerán los datos sociodemográficos y el tratamiento farmacológico pre y post-intervención según cuestionario creado ad hoc (Anexo 6).

La adaptación española del ***Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R)*** (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger et al., 1970; Spielberger et al., 2008). El STAI es un autoinforme compuesto por 40 ítems diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la

ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es «ahora mismo, en este momento» (20 ítems) y en la ansiedad como rasgo es «en general, en la mayoría de las ocasiones» (20 ítems). Cada subescala se conforma por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad (0=nada; 1=algo; 2=bastante; 3=mucho). La puntuación total en cada uno de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos. El resultado final obtenido es un percentil (1-99) para estado y un percentil (1-99) para rasgo, mediante la conversión de la puntuación final de cada subescala en la “Tabla de Baremos de corrección STAI” (Anexo 2).

El **Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ)**, es un autoinforme que evalúa el grado de intensidad que la persona tiene de las sensaciones corporales asociadas a la ansiedad. Consta de 17 ítems en un sistema de respuesta Likert de 5 puntos según la intensidad (1=nada; 2=un poco; 3=bastante; 4=mucho; 5=extremadamente). La puntuación total oscila entre 17 y 85 puntos (Anexo 3).

El **Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea** es un breve instrumento de valoración dietética formado por un conjunto de 13 ítems cuya respuesta es dicotómica (o se cumple la pregunta o no) cuya evaluación pretende valorar la adherencia al patrón de DM. Cada pregunta contestada suma un punto. Una puntuación total < 8 indica baja adherencia y si es >= 8 indica buena adherencia (Anexo 4).

Intervención y recogida de datos

Cuando los usuarios que cumplan los criterios de inclusión sean derivados al enfermero investigador y se hayan dividido los grupos de intervención según el muestreo aleatorio, comenzará la investigación.

Todos los pacientes derivados a los tres grupos, serán informados del contenido y propósito del estudio y si aceptan su participación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 1). Y rellenarán los cuestionarios iniciales

(STAI E-R, BSQ, Adherencia DM y sociodemográfico-farmacológico). Los participantes del grupo C y del grupo G1, firmarán el consentimiento una vez informados, en el CSM Murcia-Este; y la entrega y recogida de los cuestionarios iniciales, serán realizadas por las enfermeras del CSM. Los participantes del grupo G2, firmarán el consentimiento una vez informados, en el centro de salud Floridablanca; y la entrega y recogida de los cuestionarios iniciales, serán realizadas por el investigador principal.

El grupo control (C) recibirá el tratamiento farmacológico habitual, psicológico o ambos; sin intervención por parte de enfermería hasta pasados 2 meses desde que cada paciente entra en el estudio, en que se volverán a pasar los cuestionarios iniciales (excepto los datos sociodemográficos). Se hará un control ponderal mediante visita presencial programada con las enfermeras del CSM, según el plan de trabajo.

El grupo intervención 1 (G1), recibirá el tratamiento farmacológico habitual, psicológico o ambos, y además, recibirá 4 sesiones grupales de entrenamiento en relajación, durante 4 semanas, como se viene haciendo desde 2014 (excepto en temporada de pandemia por coronavirus), en este CSM, (siguiendo las indicaciones del protocolo de relajación regional) (9).bSe hará un control ponderal mediante visita presencial programada con las enfermeras del CSM, según el plan de trabajo.

El grupo Intervención 2 (G2), recibirá el tratamiento farmacológico habitual, psicológico o ambos, y además, recibirá 6 sesiones online de educación nutricional basadas en la DM (y coherentes con los contenidos del blog de enfermería referidos a continuación), revisando autorregistros nutricionales a partir de la segunda sesión y usando el refuerzo positivo. El paciente hará un registro ponderal en su domicilio coincidiendo con las sesiones del blog web, especialmente si padece sobrepeso u obesidad, y para la prevención del mismo. También será valorado el estilo de vida para la prevención del sedentarismo. Los contenidos de las sesiones serán añadidos al blog de manera gradual, las 4 primeras sesiones serán semanales y las 2 últimas quincenales (2 meses en total). Mediante contacto telefónico por parte

del investigador principal, se hará un seguimiento ponderal (el paciente se pesará en casa), realizando un recordatorio del registro de los formularios online de los cuestionarios de evaluación (excepto los sociodemográficos), y resolución de dudas; al mes, 6 y a los 12 meses de la intervención (G2).

Los **contenidos del blog**, están basados en el contenido de la app del estudio de *Pedreño Aznar MA. Uso de una aplicación móvil de adscripción a la Dieta Mediterránea para la mejor de la depresión. 2016:*

1. Dieta Mediterránea. ¿qué es? Decálogo de la Dieta Mediterránea (basado en Fundación Dieta Mediterránea)
2. Cuestionario 14 puntos de Adherencia a la DM autoaplicado, mediante un enlace a un formulario de Google dentro de los contenidos del blog, con feed back de resultados.
3. Pirámide de la Dieta Mediterránea (basado en Fundación Dieta Mediterránea).
4. Explicación grupos de alimentos según pirámide y recomendaciones en cada comida, principal, diariamente, semanalmente y ocasionalmente.
5. Sugerencias de cómo componer saludablemente cada comida principal del día de las 5 recomendadas (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena).
6. Registro del peso en cada sesión y talla con resultado del Índice de masa corporal(IMC). Feedback del resultado de este índice con su significado:
 - 18,5-24,9 Normopeso
 - 25-26,9 Sobrepeso grado I
 - 27-29,9 Sobrepeso grado II (preobesidad)
 - 30-34,9 Obesidad de tipo I
 - 35-39,9 Obesidad de tipo II
 - 40-49,9 Obesidad de tipo III (mórbida)
 - >50 Obesidad de tipo IV (extrema)
7. Diario dietético con registros de alimentos que se ofrecerán según pirámide en cada una de las comidas del día. Habrá un espacio libre para poder anotar alimentos que se salgan de la pirámide o de las 5 comidas

recomendadas. Feedback devolviendo sugerencias para completar las raciones recomendadas diarias de cada grupo de alimentos y semanales.

Análisis de datos

Se realizará un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables. Las mediciones cuantitativas se resumirán en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango o amplitud. En función de las variables a comparar, se utilizará el test Chi-Cuadrado con variables cualitativas. El T-Student y la ANOVA serán utilizados para las variables continuas con distribución normal, tras estudiar la normalidad en la distribución mediante el test de Kolmogorov-Smirnov; o test no paramétricos en caso contrario. Los datos obtenidos serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 24.0 para Windows.

Para valorar la asociación entre las distintas variables se establece como riesgos relativos ajustados a sus intervalos de confianza al 95%. Se considerará un valor $p < 0,05$ bilateral para determinar la significación estadística.

Dificultades y limitaciones del estudio

No tener acceso a internet supondría la exclusión del estudio, con el riesgo de dejar fuera del mismo, a un grupo de personas de la población de referencia. El control de peso en casa por parte del G2, puede llevar a sesgo de medida al variar el instrumento de medición del mismo. Otra limitación, es la derivada de la dificultad para establecer un control de ciego en esta investigación por cuestiones éticas al informar a los pacientes de su inclusión en el estudio y tipo de estudio.

La situación de pandemia por el coronavirus, podría llevarnos a modificar el plan de trabajo y el calendario propuesto. Por esta misma situación, es fundamental llevar a cabo estudios no presenciales; con intervenciones online como la del presente estudio, para evitar contactos y desplazamientos

innecesarios, que promuevan una mayor adherencia de los pacientes a la intervención.

Por otra parte, este estudio incluye los test y variables más utilizadas, según la bibliografía consultada, para poder comparar los resultados con otros estudios similares. Además, la realización de la intervención en el G1 el mismo profesional de enfermería, en el CSM; y la intervención en el G2, por el blog de enfermería, evitará el sesgo de procedimiento, al no existir diferencias en el personal responsable ni en los contenidos de las intervenciones en ambos grupos, respectivamente.

Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación se rige por lo establecido en la Ley 14/1986, General de Sanidad; en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal; y en la Ley de protección de datos 41/2002 del 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; garantizando la confidencialidad, el anonimato y la autonomía de los sujetos participantes en el estudio, que previamente a su inclusión en el mismo, deberán leer el documento informativo de participación en el estudio (Hoja de información) (Anexo 7) y dar su consentimiento de participación firmando el pertinente documento (Anexo 1) que en cualquier momento podrá ser revocado por los sujetos.

Se solicitará al Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud VII, Murcia/Este, la aprobación del proyecto antes de la puesta en marcha. Se hará una presentación del presente estudio, a los equipos del centro de salud mental, y de los centros de salud de atención primaria que participen en el mismo.

Por último, una vez finalizado el estudio, el acceso al blog de enfermería se proporcionará a los grupos C y G1.

9. PLAN DE TRABAJO

El presente proyecto de investigación se estructura en las siguientes fases con 20 meses de duración (Anexo 8):

Primera fase: duración estimada 2 meses (Septiembre-Octubre 2021):

- Búsqueda bibliográfica y finalización del proyecto.
- Búsqueda de recursos económicos para la financiación del proyecto.
- Solicitud de colaboración y uso del blog web, a la autora del mismo.
- Solicitud de colaboración al estadístico para el análisis de datos, del Servicio Murciano de Salud.
- Elaboración de los contenidos del blog de enfermería para la intervención de educación nutricional basadas en la DM.
- Elaboración de los formularios de google con los cuestionarios de evaluación, para incluirlos en el blog.
- Presentación y solicitud de colaboración a los profesionales de los equipos del CSM y de los centros de salud de atención primaria.
- Solicitud de revisión e informe por parte del Comité de ética de investigación clínica (CEIC) del Área de Salud VII Murcia/ Este.
- Preparación de material inventariable y fungible.

Segunda fase: duración estimada 3 meses (Noviembre 2021- Enero 2022):

- Captación de pacientes, tabulación y registro de datos personales.
- Programación de una cita presencial para la explicación del proyecto (Anexo 7) y firma de la hoja de Consentimiento Informado (Anexo 1).
- Asignación aleatoria de los pacientes a cada grupo (C, G1, G2).

Tercera fase: duración aproximada 2 meses (Febrero-Marzo 2022):

- Seguimiento de los pacientes asignados al grupo C.
- Realización de las 4 sesiones grupales de entrenamiento en relajación(G1).
- Realización de las 6 sesiones de educación nutricional basadas en la DM, con el blog de enfermería (G2).

Cuarta fase: duración aproximada de 6 meses (Abril-Septiembre 2022):

- Cita presencial programada con las enfermeras del CSM, para el control de peso, registro de los formularios en papel de los cuestionarios de evaluación

(Anexos 2, 3, 4), y resolución de dudas, al mes y 6 meses de la intervención (grupos C y G1) .

- Contacto telefónico por parte del investigador principal, para el control de peso (se pesarán en casa), recordatorio del registro de los formularios online de los cuestionarios de evaluación, y resolución de dudas, al mes y 6 meses de la intervención (G2).
- Determinación de la adhesión a la DM, mediante el registro del formulario de google del *Cuestionario de Adherencia a la DM*, en el enlace del blog de enfermería; al mes y 6 meses de la intervención (G2).
- Determinación del estado clínico de las personas con diagnóstico de ansiedad, mediante los registros de los formularios de google de los cuestionarios *STAI E/R* y *BSQ*; al mes y 6 meses de la intervención (G2).
- Tabulación, análisis y estudio estadístico de los datos obtenidos, tras el seguimiento telefónico y la consulta programada, a los 6 meses, por parte de un estadístico titulado.

Quinta fase: duración estimada de 2 meses (Febrero 2023-Marzo 2023):

- Cita presencial programada con las enfermeras del CSM, para el control de peso, registro de los formularios en papel de los cuestionarios de evaluación (Anexos 2, 3, 4), y resolución de dudas, a los 12 meses de la intervención (grupos C y G1).
- Contacto telefónico por parte del investigador principal, para el control de peso (se pesarán en casa), recordatorio del registro de los formularios online de los cuestionarios de evaluación, y resolución de dudas, a los 12 meses de la intervención (G2).
- Determinación de la adhesión a la DM, mediante el registro del formulario de google del *Cuestionario de Adherencia a la DM*, en el enlace del blog de enfermería; a los 12 meses de la intervención (G2).
- Determinación del estado clínico de las personas con diagnóstico de ansiedad, mediante los registros de los formularios de google de los cuestionarios *STAI E/R* y *BSQ*; a los 12 meses de la intervención (G2).

- Tabulación, análisis y estudio estadístico de los datos obtenidos, tras el seguimiento telefónico y la consulta programada, a los 12 meses, por parte de un estadístico titulado.

Sexta fase: duración estimada de 1 mes (Abril 2023):

- Interpretación y comparación de los resultados.
- Elaboración de la discusión y conclusiones.
- Entrega de una memoria del estudio realizado a la CEIC para proceder a su revisión y constatar que no se ha vulnerado ningún consentimiento.
- Divulgación de los resultados obtenidos.

10. EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El autor de este proyecto de investigación es dietista, enfermero especialista en enfermería familiar y comunitaria, y enfermero especialista en salud mental (Anexo 9). Actualmente trabaja en atención primaria en el centro de salud Murcia/Floridablanca, desde 2020. En este tiempo ha trabajado como dietista de catering y ha realizado intervenciones enfermeras de asesoramiento nutricional a pacientes con patologías crónicas (diabéticos, hipertensos, obesidad,...), en atención primaria; así como, a personas con patologías mentales (trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad, depresión o reeducación de hábitos alimentarios en personas con Trastorno Mental Grave). Respecto a la formación como investigador, ha realizado el Máster de Investigación en Atención Primaria, en la universidad Miguel Hernández; y desarrollado y colaborado en proyectos de investigación junto a profesores y tutores de las dos especialidades de enfermería.

Durante la formación como especialista en salud mental, tuvo la oportunidad de formarme en el Centro de Salud Mental de Cartagena, teniendo como colaboradora docente a Pedreño Aznar MA, enfermera especialista en salud mental, antigua alumna del presente máster, cuya línea de investigación está enfocada en el uso de las nuevas tecnologías y Enfermería, realizando el proyecto de investigación “*Uso de una aplicación móvil de adscripción a la Dieta Mediterránea para la mejor de la depresión*”, en 2016, estudio a partir del cual están elaborados los contenidos de la intervención de enfermería para la adherencia a la DM, en el blog web.

Durante esta formación, ha adquirido las competencias para la participación y uso de herramientas como el blog de enfermería CUSAMEN (Cuida tu Salud Mental: <https://cusamen.blogspot.com>), cuya autora también es Pedreño Aznar MA. Este blog ha sido utilizado desde su creación, en enero de 2020, para el acceso a los contenidos de los pacientes con ansiedad que participan en el grupo de entrenamiento en relajación, en el centro de salud mental de Cartagena. Blog, en el que el investigador principal del presente estudio, ha participado y colaborado con diferentes entradas “*¿cómo organizar*

mi menú saludable semanal?” y “pensando en el suicidio, ¿qué debo hacer?”. Mostrando su utilidad en el tratamiento telemático de los pacientes en esta situación de restricción en la asistencia presencial debido a las medidas adoptadas por pandemia del coronavirus.

11. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

El presente estudio, tiene como utilidad principal, la aportación de evidencia respecto a que las intervenciones online, esenciales en la situación de pandemia actual por el coronavirus, son imprescindibles para el tratamiento telemático de los pacientes, y en concreto, pacientes con síntomas de ansiedad. Estas herramientas son un recurso más, que pueden ser útiles durante y posterior a la pandemia, como intervenciones para el cuidado de los pacientes por parte de enfermería; reduciendo desplazamientos y pérdidas de tiempo, mejorando la adherencia a hábitos de vida saludables por parte de los usuarios.

12. MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

1. Recursos humanos:

- Cuatro enfermeras de salud mental trabajando en la Unidad de Adultos del Centro de Salud Mental de Murcia/Este, y dos Enfermeras Internas Residentes (EIR) de salud mental en su segundo año de rotación. Participarán en el proyecto voluntariamente y dentro de su jornada laboral.
- Enfermero, investigador principal, y dos EIR de enfermería familiar y comunitaria, del centro de salud Murcia/Floridablanca.
- Enfermera especialista en salud mental (Pedreño Aznar MA), como autora del blog en el que se van a incluir los contenidos de la intervención nutricional.
- Un estadístico para el análisis de datos del Servicio Murciano de Salud.

2. Recursos materiales:

- Folios, bolígrafos, fotocopiadora, báscula, consultas y ordenadores del CSM Murcia/ Este y del centro de salud Murcia/Floridablanca, respectivamente.

13. PRESUPUESTO ECONÓMICO SOLICITADO

EJECUCIÓN Y DIFUSIÓN DEL PROYECTO	PRESUPUESTO
Gastos en inscripción, desplazamiento, estancia y dietas de los miembros del estudio, para la ejecución y difusión del proyecto de investigación	500€
PUBLICACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS	PRESUPUESTO
Gastos de traducción y publicación en revista de impacto.	500€
TOTAL EUROS	1000€

12. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento para el equipo investigador

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI nº _____ y como paciente atendido en el Centro de Salud _____

DECLARO QUE:

Que D./Dña. _____, Enfermera/o con nº Colegiado/a: _____, me informa de la posibilidad de formar parte del estudio de investigación *“Adherencia a la Dieta Mediterránea mediante un blog de Enfermería para la mejora de las personas con diagnóstico de ansiedad”*, y, en una entrevista clínica, se me ha informado del tipo y contenido del trabajo, su fundamento científico, de los objetivos y beneficios que puedo obtener.

Que comprendo y acepto que durante el desarrollo del mismo pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión o variación del programa original. Que soy consciente de la voluntariedad de mi participación. Que al firmar este documento reconozco que he leído o que me ha sido leído y explicado, en un lenguaje claro y sencillo, y que comprendo perfectamente su contenido. Que se me han dado amplias oportunidades de formular todas las preguntas y aclarar dudas que me han surgido, y que todas han sido respondidas o explicadas de forma satisfactoria.

Por ello manifiesto mi satisfacción con la información recibida y que comprendo los compromisos adquiridos. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

En aceptar e iniciar mi participación en el estudio que se indica, sabiendo que puedo abandonar en el momento que lo desee, sin tener que dar explicación alguna.

_____, a _____ de _____ de 2022

Fdo.: El/la Enfermero/a Fdo.: El/la Usuario/a

REVOCACIÓN

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI nº _____ y como paciente atendido en el Centro de Salud _____

Revoco el Consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo continuar con la participación, que doy por finalizada en el día de hoy.

_____, a _____ de _____ de 2022

Fdo.: El/laEnfermero/a Fdo.: El/laUsuario/a

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI-E/R)

STAI – Autoevaluación

PD = 30 + - = Centiles
 PD = 21 + - = Centiles

Autoevaluación A (E/R)

A-E

Instrucciones

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a si mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE Vd. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

TEA

Autor: C.D. Spielberger.

Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, INC. (Palo Alto, California, U.S.A.).

Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. – Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid

A-R

Instrucciones

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE Vd. EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

TEA

Autor: C.D. Spielberger.

Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, INC. (Palo Alto, California, U.S.A.).

Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. – Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid

Plantilla de corrección STAI

A-E+

3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3

A-E-

1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

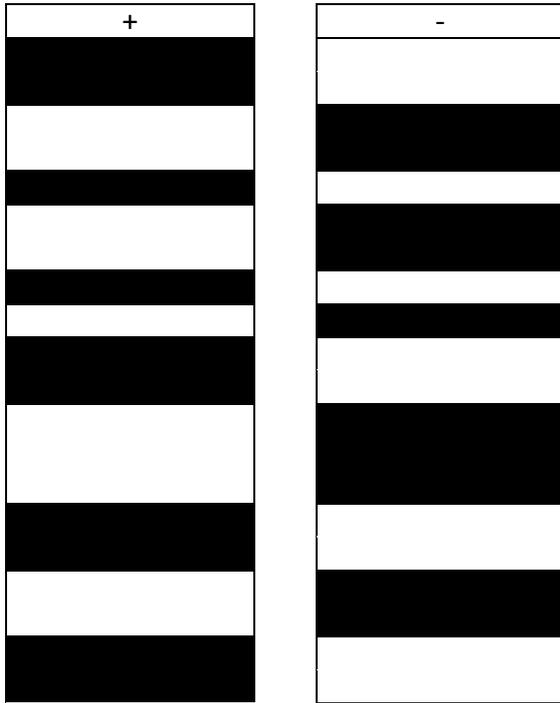
A-R+

22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

A-R-

21	Me siento bien	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3

A - E



A - R

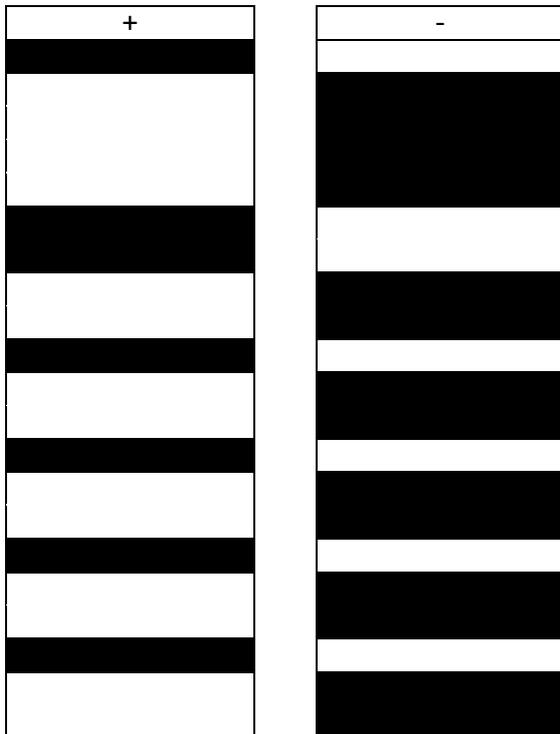


Tabla de Baremos de corrección STAI
Adolescentes y Adultos, Varones y Mujeres

Centiles	Puntuaciones directas								Decatipo
	Adolescentes				Adultos				
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		
99	47 –	46 –	53 –	49 –	47 –	46 –	54 –	49 –	10
97	45	41	44	43	43	39 –	49	45	9
96	44	40	42 –	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40 –	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	-	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	-	-	15	-	13	-	14	-	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	-	-	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	365	387	N
Media	22,35	21,30	23,28	23,42	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
Desv.típica	11,03	8,53	10,56	9,10	10,56	8,89	11,93	10,05	Desv.típica

* Illán I, Hurtado A, Martín JC. **Protocolo de relajación en Salud Mental**. Murcia: Sistema Murciano de Salud. 2004.

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE SENSACIONES CORPORALES (BSQ)

NOMBRE:

Fecha:

A continuación leerá una serie de sensaciones corporales que pueden provocar ansiedad. Indique hasta qué punto dichas sensaciones le preocupan o asustan haciendo una cruz en la casilla correspondiente.

Esta sensación me preocupa o asusta

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Extremadam
1. Palpitaciones					
2. Opresión en el pecho					
3. Entumecimiento de brazos y pies					
4. Hormigueo en las puntas de los dedos					
5. Entumecimiento de otras partes del cuerpo					
6. Sensación de ahogo					
7. Sensación de mareo o vértigo					
8. Visión distorsionada o borrosa					
9. Nauseas					
10. Cosquilleo en el estomago					
11. Nudo en el estomago					
12. Nudo en la garganta					
13. Temblor en las piernas					
14. Sudores					
15. Garganta seca					
16. Sentirse confuso o desorientado					
17. Sentirse desconectado del cuerpo					

* Illán I, Hurtado A, Martín JC. **Protocolo de relajación en Salud Mental**. Murcia: Sistema Murciano de Salud. 2004.

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

Asigne un 1 o un 0 a cada pregunta según lo que se haga habitualmente en su casa. Al final sume todos los puntos:

Nº	PREGUNTA	MODO DE VALORACIÓN	PUNTOS
1	¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Si = 1 punto No = 0 puntos	
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	Cuatro o más cucharadas = 1 punto Menos de dos cucharadas = 0 puntos	
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día ? (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración) 1 ración = 200 gr	Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas) = 1 punto Menos de dos raciones = 0 puntos	
4	¿Cuántas piezas de fruta consume al día ?	Tres o más al día = 1 punto Menos de tres = 0 puntos	
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr)?	Menos de una al día = 1 punto Una o más de 1 ración al día = 0 puntos	
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (una porción individual equivale a 12 gr)?	Menos de una al día = 1 punto Una o más de 1 ración al día = 0 puntos	
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día ?	Menos de una al día = 1 punto Una o más de 1 al día = 0 puntos	
8	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	Tres o más por semana = 1 punto Menos de tres a la semana = 0 puntos	
9	¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado o 4-5 piezas de marisco)?	Tres o más por semana = 1 punto Menos de tres a la semana = 0 puntos	
10	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana ?	Menos de dos por semana = 1 punto Dos o más a la semana = 0 puntos	
11	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	Tres o más por semana = 1 punto Menos de tres a la semana = 0 puntos	
12	¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100-150 gr)?	Si = 1 punto No = 0 puntos	
13	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	Dos o más por semana = 1 punto Menos de dos a la semana = 0 puntos	
RESULTADO FINAL, PUNTUACIÓN TOTAL			

* **Guía “Recomendaciones sobre hábitos saludables en atención primaria”**. Cuestionario modificado de la versión de 14 ítems validado en español por Schröder et al (2011). La modificación ha consistido en la eliminación del zumo natural del ítem nº4 relacionado con el consumo de fruta y del ítem completo nº8 relacionado con el consumo de vino, junto a leves modificaciones y añadidos del texto para facilitar su cumplimentación.

INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO. Si la puntuación total:

Es menor de 8 puntos, significa baja adherencia. Revise las preguntas con respuestas 0 e intente mejorar.

Es mayor de 8 puntos, significa buena adherencia. Mantenga este tipo de alimentación y procure que las raciones no sean muy grandes.

ANEXO 5. CIUO-08

1 Directores y gerentes

2 Profesionales científicos e intelectuales

3 Técnicos y profesionales de nivel medio

4 Personal de apoyo administrativo

5 Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados

6 Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros

7 Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios

8 Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores

9 Ocupaciones elementales

0 Ocupaciones militares

Gran Grupo 1

11 Directores ejecutivos, personal directivo de la administración pública y miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos

12 Directores administradores y comerciales

13 Directores y gerentes de producción y operaciones

14 Gerentes de hoteles, restaurantes, comercios y otros servicios

Gran Grupo 2

21 Profesionales de las ciencias y de la ingeniería

22 Profesionales de la salud

23 Profesionales de la enseñanza

24 Especialistas en organización de la administración pública y de empresas

25 Profesionales de tecnología de la información y las comunicaciones

26 Profesionales en derecho, en ciencias sociales y culturales

Gran Grupo 3

31 Profesionales de las ciencias y la ingeniería de nivel medio

32 Profesionales de nivel medio de la salud

33 Profesionales de nivel medio en operaciones financieras y administrativas

34 Profesionales de nivel medio de servicios jurídicos, sociales, culturales y afines

35 Técnicos de la tecnología de la información y las comunicaciones

Gran Grupo 4

41 Oficinistas

42 Empleados en trato directo con el público

43 Empleados contables y encargados del registro de materiales

44 Otro personal de apoyo administrativo

Gran Grupo 5

- 51 Trabajadores de los servicios personales
- 52 Vendedores
- 53 Trabajadores de los cuidados personales
- 54 Personal de los servicios de protección

Gran Grupo 6

- 61 Agricultores y trabajadores calificados de explotaciones agropecuarias con destino al mercado
- 62 Trabajadores forestales calificados, pescadores y cazadores
- 63 Trabajadores agropecuarios, pescadores, cazadores y recolectores de subsistencia

Gran Grupo 7

- 71 Oficiales y operarios de la construcción excluyendo electricistas
- 72 Oficiales y operarios de la metalurgia, la construcción mecánica y afines
- 73 Artesanos y operarios de las artes gráficas
- 74 Trabajadores especializados en electricidad y la electrotecnología
- 75 Operarios y oficiales de procesamiento de alimentos, de la confección, ebanistas, otros artesanos y afines

Gran Grupo 8

- 81 Operadores de instalaciones fijas y máquinas
- 82 Ensambladores
- 83 Conductores de vehículos y operadores de equipos pesados móviles

Gran Grupo 9

- 91 Limpiadores y asistentes
- 92 Peones agropecuarios, pesqueros y forestales
- 93 Peones de la minería, la construcción, la industria manufacturera y el transporte
- 94 Ayudantes de preparación de alimentos
- 95 Vendedores ambulantes de servicios y afines
- 96 Recolectores de desechos y otras ocupaciones elementales

Gran Grupo 0

- 01 Oficiales de las fuerzas armadas
- 02 Suboficiales de las fuerzas armadas
- 03 Otros miembros de las fuerzas armadas

ANEXO 6. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD (país origen):

Nº HISTORIA CLÍNICA SELENE:

GRUPO INVESTIGACIÓN: C G1 G2

SEXO: 1. Mujer 2. Hombre

ESTADO CIVIL:

1. Soltero/a

4. Viudo/a

2. En pareja

5. Divorciado/a

3. Casado/a

DIAGNÓSTICO CIE:

PSIQUIATRÍA: 1. Sí 2. No ¿Desde cuándo (año)?

PSICOLOGÍA: 1. Sí 2. No ¿Desde cuándo (año)?

NIVEL EDUCATIVO:

1. Sin estudios

4. Formación profesional

2. Estudios obligatorios sin completar

5. Bachillerato

3. Estudios obligatorios completados

6. Estudios universitarios

PROFESIÓN (según CIU8):

1 Directores y gerentes

2 Profesionales científicos e intelectuales

3 Técnicos y profesionales de nivel medio

4 Personal de apoyo administrativo

5 Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados

6 Agricultores y trabajadores agropecuarios, forestales y pesqueros

7 Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios

8 Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores

9 Ocupaciones elementales

0 Ocupaciones militares

SITUACIÓN LABORAL:

1. Estudiante

6. Pensionista por jubilación

2. Trabajo fijo

7. Pensionista por invalidez

3. Trabajo eventual

8. Trabajo doméstico no remunerado

4. Autónomo

9. Incapacidad laboral

5. En desempleo

10. Otras situaciones

VARIABLES:

Peso inicio: kg

Peso después: kg

Altura inicio: cm

Altura después: cm

IMC inicio: kg/m²

IMC después: kg/m²

TOMA DE PSICOFÁRMACOS AL
INICIO DEL ESTUDIO

1. Número de antidepresivos/día:
2. Número de ansiolíticos/día:
3. Número otros psicofármacos/día:

PERCENTIL CUESTIONARIO DE
ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)
AL INICIO Estado: Rasgo:

PUNTUACIÓN CUESTIONARIO DE
SENSACIONES CORPORORALES
(BSQ) AL INICIO:

PUNTUACIÓN CUESTIONARIO DE
ADHERENCIA A LA DIETA
MEDITERRÁNEA AL INICIO:

TOMA DE PSICOFÁRMACOS
DESPUÉS

1. Número de antidepresivos/día:
2. Número de ansiolíticos/día:
3. Número otros psicofármacos/día:

PERCENTIL CUESTIONARIO DE
ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)
DESPUÉS Estado: Rasgo:

PUNTUACIÓN CUESTIONARIO DE
SENSACIONES CORPORORALES
(BSQ) DESPUÉS:

PUNTUACIÓN CUESTIONARIO DE
ADHERENCIA A LA DIETA
MEDITERRÁNEA DESPUÉS:

ANEXO 7: HOJA DE INFORMACIÓN PARTICIPANTE

Documento para la persona que participa en el estudio

Título del Estudio: *“Adherencia a la Dieta Mediterránea mediante un blog de Enfermería para la mejora de las personas con diagnóstico de ansiedad”*

Investigadora Principal: D. Iván Alexandre Ángel García

Su enfermera/ole ha propuesto participar en el presente estudio de investigación. Lea con calma la información que a continuación le proporcionamos y que le permitirá decidir si quiere o no participar. No es necesario que dé una respuesta en este momento, puede llevarse esta información que le proporcionamos y valorarla con calma. Puede consultarlo con sus familiares, amistades o su médico/a de cabecera, si así lo quiere. Puede hacer cuantas preguntas considere oportunas.

Su enfermera/o le contestará y resolverá todas las dudas que respecto al estudio puedan surgirle. Debe saber que su participación es completamente voluntaria y que si decidiera no participar, su decisión no modificará en absoluto su relación con su enfermera/o.

¿Por qué se realiza este estudio?.A nivel mundial, un tercio de poblaciónse verá afectada por los síntomas de ansiedad a lo largo de su vida. La ansiedad, es un problema de salud, que se puede tratar y prevenir.

Existen distintos tratamientos para la ansiedad, como el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico, el entrenamiento en relajación, la educación nutricional, entre otros; que pueden ser útiles para la mejoría de los síntomas.

Usted va a participar en una terapia específica para el tratamiento de la ansiedad.

El objetivo de este estudio es determinar la efectividad de diferentes tratamientos para mejorar los síntomas de ansiedad.

Para ello recibirá apoyo por parte del personal de enfermería especializado, por lo que se le solicitará*:

*** Según al grupo de intervención que sea asignado**

Acudir a su terapia y tomar su medicación de forma habitual, se le controlará el peso y rellenará una serie de cuestionarios al inicio, al mes, a los 6 y 12 meses del estudio (1 año y 2 meses desde el inicio).

Es importante la asistencia regular a las citas programadas en su centro de salud mental para conseguir la máxima eficacia terapéutica.

Acudir a su terapia y tomar su medicación de forma habitual, participar en el grupo de relajación donde recibirá 4 sesiones grupales de entrenamiento en relajación, se le controlará el peso y rellenará una serie de cuestionarios al inicio, al mes, a los 6 y 12 meses del estudio (1 año y 2 meses desde el inicio)

Es importante la asistencia regular. Es imprescindible la asistencia a todas las sesiones para conseguir la máxima eficacia terapéutica.

Acudir a su terapia y tomar su medicación de forma habitual, utilizar un blog web donde recibirá 6 sesiones online de educación nutricional basadas en la Dieta Mediterránea, se le controlará el peso y rellenará una serie de cuestionarios al inicio, al mes, a los 6 y 12 meses del estudio (1 año y 2 meses desde el inicio)

Es importante el uso regular del blog. Es imprescindible leer los contenidos y participar en las actividades propuestas a través de la web para conseguir la máxima eficacia terapéutica.

¿Qué beneficios puedo obtener por participar en este estudio?. Como beneficio principal tiene el asesoramiento y apoyo para mejorar sus síntomas de ansiedad. Con su participación, los resultados de este estudio nos permitirá comprobar la utilidad de diferentes intervenciones para la mejora de los síntomas de ansiedad y, en ese caso, impulsar la realización de las más útiles.

¿Qué datos se van a recoger?. Se recogerán datos personales (número de historia clínica, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, profesión y situación laboral), así como datos sobre sus hábitos de alimentación, peso, talla, diagnósticos y tratamiento actuales. Estos registros se realizarán al inicio de la intervención y en las sesiones de seguimiento.

¿Cómo se tratarán mis datos y cómo se preservará la confidencialidad?. Todos sus datos se tratarán confidencialmente por personas relacionadas con la investigación y obligadas por el deber de secreto profesional. También podrían tener acceso las autoridades sanitarias y algún miembro designado del Comité de Ética de Investigación Clínica de su Hospital de referencia que supervisa el estudio. No se utilizará su nombre y apellidos para guardar junto con la información registrada. En su lugar se utilizará un código numérico correspondiente a su número de historia clínica de Selene ® y solamente el investigador principal podrá relacionar su nombre con el código. Tiene derecho acceder a los datos que de usted se guarden, a rectificarlos, a cancelarlos y a oponerse a su uso, sin tener que dar ninguna explicación.

¿Me puedo retirar del estudio?. La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Usted podrá retirarse en cualquier momento si lo desea, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se produzca perjuicio alguno en la relación con su enfermera/o ni en los cuidados que se le deban administrar.

ANEXO 8. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

ACTIVIDAD	FECHA						
	SEPT/21	OCT/21	NOV/21	DIC/21	ENE/22	FEB/22	MAR/22
Finalización del diseño proyecto							
Búsqueda de Financiación							
Elaboración de los contenidos y cuestionarios para el blog web							
Solicitud de revisión e informe favorable por parte del CEIC correspondiente							
Solicitud colaboración autora blog							
Solicitud de colaboración personal estadístico							
Presentación y solicitud de colaboración a profesionales salud mental y atención primaria							
Preparación de material inventariable y fungible							
Captación de las pacientes							
Cita presencial para explicación del programa y firma consentimiento informado							
Formación de los grupos							
Seguimiento grupo C							
Entrenamiento en relajación G1							
Educación nutricional basadas en la DM, con el blog de enfermería (G2)							

ACTIVIDAD	ABR/22	MAY/22- JUN/22	JUL/22- AGO/22	SEP/22	OCT/22- DIC/22	ENE/23- FEB/23	MAR/23	ABR/23
	Cita presencial en CSM: control de peso, registro de los formularios en papel de los cuestionarios de evaluación (Anexos 2, 3, 4), y resolución de dudas, al mes y 6 meses de la intervención (C y G1)							
Contacto telefónico: control de peso, registro de los formularios de google de los cuestionarios de adherencia a la DM, STAI E/R y BSQ; al mes y 6 meses de la intervención (G2)								
Tabulación, análisis y estudio estadístico de los datos obtenidos a los 6 meses								
Cita presencial en CSM: control de peso, registro de los formularios en papel de los cuestionarios de evaluación (Anexos 2, 3, 4), y resolución de dudas, a los 12 meses de la intervención (C y G1)								
Contacto telefónico: control de peso, registro de los formularios de google de los cuestionarios de adherencia a la DM, STAI E/R y BSQ; a los 12 meses de la intervención (G2)								
Tabulación, análisis y estudio estadístico de los datos obtenidos a los 12 meses								
Interpretación y comparación de los resultados. Elaboración de conclusiones.								
Difusión de los datos obtenidos. Entregar memoria del estudio realizado a la al CEIC correspondiente								

ANEXO 9. CURRÍCULUM VITAE

CURRÍCULUM VITAE

DATOS PERSONALES

	NOMBRE Y APELLIDOS: Iván Alexandre Ángel García
	FECHA DE NACIMIENTO: 02/ 12/ 1990 . DNI: 23060838A
	DOMICILIO: C/ Mejorana, 6 - 1ºC; el Algar, Cartagena. CP: 30366
	TELÉFONO: 650049287 . EMAIL: ivan_alexandre_13@hotmail.com

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- **Marzo a Agosto 2010, Julio y Agosto 2011, Mediterranea de Catering S L El Rosell cocina,** Hospital Santa María del Rosell; Cartagena, Murcia. **Funciones:** dietista de catering (realizar menús a ordenador, supervisar el emplatado, tomar muestras testigo...).
- **Mayo 2015-Mayo 2017, Residencia de Enfermería Familiar y Comunitaria, en la UDM Cartagena-Mar Menor.** **Funciones:** propias de la residencia.
- **Mayo 2018-Mayo 2020, Residencia de Enfermería de Salud Mental, en la UDM de Salud Mental de la Región de Murcia.** **Funciones:** propias de la residencia.

FORMACIÓN ACADÉMICA

- **2008, Graduado en Bachillerato,** Instituto de Enseñanza Secundaria Pedro Peñalver, El Algar.
- **2010, Título de Técnico Superior de Dietética y Nutrición,** Instituto de Enseñanza Secundaria Miguel de Cervantes; Murcia.
- **2014, Grado en Enfermería,** Escuela Universitaria Adscrita de Enfermería de la Comunidad Autónoma; Cartagena. **PREMIO FIN DE CARRERA DEL GRADO EN ENFERMERÍA.**
- **2015/2017. Residencia de Enfermería Familiar y Comunitaria,** en la Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-Mar Menor.
- **2017/2018, Master de Investigación en Atención Primaria,** en la Universidad Miguel Hernández de Elche. **PREMIO DE TRABAJO FIN DE MÁSTER.**
- **Mayo 2018-Mayo 2020, Residencia de Enfermería de Salud Mental,** en la UDM de Salud Mental de la Región de Murcia.

Formación complementaria

Idiomas: Nivel A2 de inglés y francés hablado y escrito. Bachiller 2006-2008. Conocimientos a nivel de usuario de Windows, Office, Power Point, Excel, Selene, OMI AP y navegadores de internet.

Referencias: A petición.