



**Universitat de les  
Illes Balears**

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN  
DE ALIMENTACIÓN SOBRE EL IMC EN PACIENTES  
CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES**

**AUTOR**

M<sup>a</sup> Carmen De los Santos Cabrera  
Diplomada en Enfermería  
Escuela universitaria de Enfermería "Virgen del Rocío"  
2007

**Memoria del Trabajo Final de Máster**

Máster Universitario en Nutrición Humana y Calidad de los Alimentos  
de la  
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS  
Junio, 2016

*Firmas*

Autor *M<sup>a</sup> Carmen De los Santos Cabrera*

15/06/2016

Certificado *Jordi Pich Solé*

Certificado \_\_\_\_\_  
[Nombre]  
Cotutor del Trabajo

Aceptado \_\_\_\_\_  
[Nombre]  
Director del Máster Universitario en Nutrición Humana y Calidad de los Alimentos

**INDICE**

<b>1. ANTECEDENTES</b> .....	<b>2</b>
<b>2. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>6</b>
<b>3. HIPÓTESIS DE TRABAJO</b> .....	<b>8</b>
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	<b>8</b>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>9</b>
5.1. Descripción del diseño.....	9
5.2. Sujetos del diseño.....	9
5.2.1. Criterios de inclusión.....	9
5.2.2. Criterios de exclusión.....	10
5.3. Variables.....	10
5.3.1. Variables independientes.....	10
5.3.2. Variables dependientes.....	11
5.3.3. Variables sociodemográficas.....	12
5.4. Recogida y análisis de datos.....	13
5.4.1. Recogida de datos.....	13
5.4.2. Análisis de datos.....	14
5.5. Limitaciones del estudio.....	14
<b>6. PLAN DE TRABAJO Y CALENDARIO DE ACTUACIONES</b> .....	<b>15</b>
6.1. Etapas del desarrollo y cronograma.....	15
6.2. Distribución de tareas y lugar.....	16
<b>7. ANEXOS</b> .....	<b>17</b>

## **1. ANTECEDENTES**

El trastorno mental grave (TMG) es un trastorno de elevada prevalencia en la población (se estima que en torno a un 2,5-3% de personas de la población general adulta sufre TMG), el concepto de TMG incluye 3 dimensiones, categorías diagnósticas (Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes: F20, 22, 24, 25,28, 29, trastornos del humor: F31, 33.2, 33.3 y trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto: F 60.0, 60.1, 60.3.), duración (más de dos años o un deterioro progresivo y acentuado en el funcionamiento en los últimos 6 meses) y presencia de discapacidad en cuanto al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada. En la mayoría de los casos suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo. Los pacientes con trastorno mentales graves, hoy en día constituyen un importante problema de salud pública en España (1,2,5,7,11,13,15,16).

El proyecto ESEMeD-España en 2006 situó las cifras de prevalencia de trastornos mentales en España en el 8,5%. En 2002, el coste total de las enfermedades mentales en España se estimó a la baja en 7.019 millones de euros, de los cuales, los costes médicos directos representan el 39,6% y suponen, al menos, un 7,3% del total del gasto sanitario público en España para ese año. El índice de comorbilidad que presentan este tipo de pacientes tan elevado plantea un grave problemas para la salud pública, ya que incrementa considerablemente los costes y gastos sanitarios (ingresos, fármacos, traslados...) por lo que se aconseja desplegar estrategias de promoción partiendo de la salud general desde una perspectiva biopsicosocial del paciente para abaratar los costes (1,2,5,7,8,15,16).

La estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud propone desarrollar programas de promoción de salud y atención a pacientes con TMG que se integra en la siguiente línea estratégica (6):

- Línea Estratégica 1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.

Los enfermos que padecen trastornos mentales graves presentan disminuido su capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD), por ello precisas para un adecuado funcionamiento un tratamiento psicofarmacológico efectivo (antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo) que le reduzcan la sintomatología que padecen por estos trastornos (2,4). Los antipsicóticos pueden ser típicos o atípicos, se relacionan con un aumento de peso y obesidad. Dos factores que incrementan el riesgo de padecer dislipemias y diabetes. A demás alguno de estos fármacos elevan los valores de triglicéridos y colesterol sin asociarse aún aumento de peso (4,10,11,12,13,14).

Hay una tendencia a focalizar la asistencia en la enfermedad mental, en parte porque se visualiza a la persona exclusivamente como enferma mental y no se contempla en su totalidad, impidiendo que se valoren adecuadamente problemas

somáticos que pueda padecer. El estigma afecta al cuidado indebido de la salud general, es la errónea interpretación de síntomas somáticos como si fuera una manifestación del trastorno mental, invisibilizando el problema de salud que pueda presentar el o la paciente (5,11). Con motivar a estos pacientes para que se adecuen a un estilo de vida más adecuado consiguiendo una mayor calidad de vida, conseguimos paliar el estigma asociado a la patología mental, ya que ellos mismos se convierten en agentes del cambio de su propia salud, motivando la recuperación y por tanto la inclusión social (5,11). Por otro lado, desde un principio, los esfuerzos terapéuticos se han centrado en controlar su sintomatología mental, mientras que el resto de complicaciones se han considerado secundarias, pasando por alto su comorbilidad física y por tanto infratratada, por lo que se eleva el riesgo de no recibir los cuidados en salud oportunos (10,11,12).

Numerosos estudios demuestran que los pacientes TMG presentan como efecto secundario a la medicación, generalmente por los antipsicóticos y posiblemente por algún otro psicofármaco como los antidepresivos, un aumento significativo del peso y una mayor probabilidad de padecer el síndrome metabólico (2,4,5,9,10,11,12,14). La prevalencia de esquizofrénicos obesos en 2010 era 1,5 a 4 veces mayor que en la población general (2,11,13,14). Si unimos otras características propias de este tipo de pacientes como son, hábitos de vida poco saludables, consumo de tóxicos, dieta desequilibrada, vida sedentaria, anergia, apatía, abulia, además de las desigualdades en factores socioeconómicos que se asocian con una mayor prevalencia de aislamiento social, condiciones de vida y trabajos más precarias, y peor accesibilidad a servicios sanitarios y cuidados físicos, siendo la calidad de esta atención sanitaria recibida peor en referencia a la población general... se muestra prioritario analizar e intervenir sobre el estilo de vida de estos pacientes, incrementar la conciencia de enfermedad y aumentar el insight por ser autónomos en su cuidado contribuyendo de esta manera a disminuir las tasas de morbimortalidad y aumentar su calidad de vida (2,4,5). La mayoría de los pacientes psicóticos padecen al menos un enfermedad física (enfermedades cardiovasculares, metabólicas, endocrinas, neurológicas, infecciosas y trastornos por abusos de sustancias) o una psiquiátrica comórbida. Los pacientes con esquizofrenia presentan una esperanza de vida un 20% menor que la población sana. (3,4,5,9,10,12,13,14).

Las principales Sociedades Científicas Psiquiátricas Españolas marcan cuatro principales campos de actuación, entre ellos se centra la atención en los problemas físicos de las personas con enfermedad mental grave a causa de (2):

- Mayor tasa de mortalidad en el paciente mental relacionada con un incremento en los factores modificables de las enfermedades coronarias: obesidad, tabaco, diabetes mellitus, hipertensión arterial, toma de psicofármacos.
- Mayor riesgo de padecer síndrome metabólico.
- Prevalencia de diabetes en pacientes TMG duplica a la población general.

- A causa del inadecuado estilo de vida de estos pacientes, dieta poco equilibrada, sedentarismo, obesidad, psicofármacos...incrementa probablemente la prevalencia de dislipemias.

Cómo se ha ido comentando desde el inicio, la promoción, prevención y protección de la salud física del paciente mental grave se considera una prioridad a nivel mundial desde el punto de vista ético, como de salud pública, ya que afecta a la protección de los derechos fundamentales de las personas que se asocian con sus posibilidades de bienestar y calidad de vida; además puntualizar que hacia el año 2020, la incidencia de las enfermedades mentales se incrementarán y supondrán un 50% sobre los valores actuales de muerte e incapacidad precoz (5,11,13,15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las actuaciones en promoción de la salud como “aquellas que capacitan a las personas para que ganen más control sobre su propia salud. Se recomienda que las actuaciones en promoción, prevención y atención a la salud se planifiquen considerando las necesidades de las personas, que en parte, vienen determinadas por otros factores como son la edad, las circunstancias socioeconómicas, así como su salud física y mental”. La equidad en la promoción de la salud según la OMS implica como ideal que cada persona pueda tener la oportunidad de alcanzar toda su potencialidad de salud y que nadie se vea impedido/a a desarrollar sus posibilidades, si esto puede evitarse (5).

La promoción de hábitos de vida saludable en la población con TMG relacionada con alimentación equilibrada, favorece que las propias personas con enfermedad mental confíen en su recuperación y estén en mejores condiciones para controlar los factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo... La salud física de las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar, es peor y su esperanza de vida, menor. La mayor mortalidad cardiovascular en relación con la esquizofrenia y el trastorno bipolar se atribuye a un riesgo mayor de presentar factores de riesgo coronario modificables, obesidad, tabaquismo, diabetes, hipertensión y dislipemia. Por lo que la psicoeducación se plantea como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales (5,11,12,13,14).

La mayor parte de los pacientes psiquiátricos en materia de alimentación se encuentran muy desorganizados, ya que no presentan las habilidades y capacidades adecuadas para saber cómo planificar unos patrones alimenticios adecuados. En consecuencia a ello, la incidencia de IMC elevados en ellos es muy relevante, conllevándoles a una morbimortalidad exponencial. El IMC y el perímetro abdominal se consideran indicadores del exceso de adiposidad central, el cual es un factor precipitante para padecer algunas patologías cardiovasculares y el síndrome metabólico. Por lo que los servicios sanitarios tienen la responsabilidad de la morbilidad y mortalidad de la población por lo que se estima la necesidad de llevar a cabo un programa psicoeducativo dentro del

programa de rehabilitación del TMG para favorecer así un incremento su calidad de vida (5,9,10,11,12,13,14).

Marjory Gordon, elaboró un modelo de enfermería compuestos por diferentes patrones de salud. Dentro del patrón nutricional metabólico podemos encontrar varios factores alterados en los enfermos mentales (11).

- Falta de conocimientos sobre los alimentos y su metabolismo.
- Alteraciones cognitivas (conciencia, percepción, pensamiento).
- Comportamientos psicóticos (polidipsia y otros).
- Estados de ánimo distímicos (soledad, tristeza, aburrimiento) y afectivos.
- Influencias culturales negativas (bien sobre la higiene de los alimentos o sobre la ingesta de alguno de ellos considerado no saludable).
- Pobreza de recursos económicos.
- Hábitos familiares respecto a la comida errónea, insana o deficitaria en cuanto al equilibrio calórico.
- Exigencias laborales o profesionales (ejemplo: deportistas, modelos publicitarias).

Por lo que una de mis funciones como enfermera especialista en salud mental es elaborar una estrategia de intervención de promoción y prevención en salud para controlar la obesidad en pacientes con trastorno mental grave mediante la adquisición de hábitos de vida saludables (alimentación equilibrada) y promoción de la actividad física (11).

## **2. BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Ciencia e Innovación. (2009). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. ISBN978-84-613-3370-7. Z-3401-09.
2. Enguita-Flórez, M. P. Efectos de un programa de actividad física en trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial* 2014; 11(1): 17-27.
3. Sáiz Ruiz, J; Bobes García, J; Vallejo Ruiloba, J; Giner Ubago, J; García-Portilla González; M.P. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36 (5):251-264.
4. García de Eulate Martín- Moro, C; Durán Los Arcos, M. A.; Ruesga Calderón, J. Grupo psicoeducativo sobre hábitos de vida saludables para personas con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico. *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, ISSN 1579-4806, Nº. Extra 1, 2008: 119-142.
5. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. (2012). Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave. GR 3146-2012.
6. Sistema Nacional de Salud (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
7. Pinilla Varona, L. Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias de la Salud, 2013 Departamento de Fisiatría y Enfermería, Área de Enfermería. TAZ-TFG-2013-215.
8. Haro, J. M.; Palacín, C.; Vilagut, G.; Martínez, M.; Bernal, M.; Luque, I.; Codony, M.; Dolz, M.; Alonso, J.; Grupo ESEMED-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMED-España. *Med. Clin (Barc)*.2006;126(12):445-51.
9. Solano García, L.; Campello Vicente, C. ¿Influyen los hábitos alimenticios de un paciente esquizofrénico en el desarrollo de obesidad?. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 12(49), 10.
10. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. 2010. Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave. TF- 0015-2010. ISBN:978-84-692-7593-1.
11. Luna Torrejón, B.; Abordaje Psicoeducativo de la Enfermera Especialista en Salud Mental en pacientes con Trastorno Mental Grave para controlar la obesidad. ISSN:1988-3439-AÑO VII–N.19–2013.
12. Sánchez-Araña, T.; Torralba, M. L.; Montoya, M.J.; Gómez, M.C.; Touriño, R. Capítulo 11. Evaluación de la Salud Física y el Estilo de Vida en las Personas con Trastorno Mental Grave.
13. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave: análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física /

[coordinación, Evelyn Huizinga et al.; grupo de trabajo, José Antonio Irlles Rocamora et al.]–[Sevilla]: Consejería de Salud, [2011] 39 p.

14. Bernardo M., Safont G., Oliveira C. Recomendaciones para la monitorización y la promoción de la salud física de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos graves. Proyecto "Monitor". Dirección General de Planificación e Investigación en Salud. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. B 14775-2014.

15. Jané-Llopis, E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, núm. 89, marzo, 2004, pp. 67-77.

16. Casas Albendea, S. Epidemiología de los problemas de salud mental. Revista Metas de Enfermería, núm. 52, 2003, ISSN:1138-7262, 12p.

17. Lugo, L. H., García, H. I., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 24(2), 37-50.

18. Servicio Murciano de Salud. Protocolo de monitorización y manejo de la salud física en personas con trastorno mental grave en unidades de rehabilitación de salud mental de adultos. 2016. MU 281-2016. ISBN: 978-84-608-2056-7.

### **3. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Hipótesis general:

- Tras llevar a cabo un programa psicoeducativo dirigido por enfermeras especialistas en salud mental a pacientes diagnosticados de trastornos mentales graves en materia de alimentación, disminuirán los niveles de prevalencia de IMC altos o obesidad, por consiguiente disminuirán las tasas de morbimortalidad aumentando así la calidad de vida de los pacientes mentales graves.

Hipótesis específicas:

- Al finalizar el grupo psicoeducativo de alimentación, aumentarán los conocimientos sobre hábitos alimentarios saludables, dieta mediterránea como pilar de una dieta sana, variable y equilibrada.
- Tras finalizar el grupo de psicoeducación disminuirá la tasa de incidencia de abandono del tratamiento psicofarmacológico y los ingresos hospitalarios por recaídas.
- El grupo de psicoeducación supondrá una mejora no solo cuantitativa sino también cualitativa de la calidad de vida del paciente, disminuyendo su estigma y ansiedad por ser enfermo mental.

### **4. OBJETIVOS**

Objetivo generales:

- Desarrollar un programa psicoeducativo de alimentación a paciente con trastorno mental grave por parte de la enfermera de salud mental y evaluar la eficacia de dicha intervención sobre los valores de IMC en ellos.

Objetivos específicos:

- Evaluar la contribución de esta intervención sobre la disminución de los factores de riesgo modificables (obesidad) que afectan a la salud física del paciente mental grave.
- Concienciar a los pacientes que padecen trastornos mentales graves la importancia de controlar los parámetros que nos indican que existe una alteración y generar en ellos conductas de búsquedas de control regular de su salud (peso, tensión arterial, glucemia, colesterol y triglicéridos).
- Aumentar las habilidades y los conocimientos referentes a la alimentación para que el paciente mental encuentre la motivación adecuada para adoptar un estilo de vida más saludable (dieta saludable, práctica ejercicio físico), para conseguir un buen estado nutricional, lograr y mantener un IMC normopeso, aumentando de esta manera su autonomía e independencia personal y mejoren sus relaciones interpersonales, reportándole de esta manera una mayor autoestima y aceptación y conciencia de enfermedad.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1. Descripción del diseño**

El diseño que se propone para la investigación para evaluar la eficacia del programa psicoeducativo en alimentación sobre la disminución de los valores del IMC en pacientes mentales graves es de intervención cuasi experimental, longitudinal y prospectivo. La duración del programa de psicoeducación será de unos 4 meses. Siendo la duración total del estudio de unos 12 meses aproximadamente.

El estudio se va a llevar a cabo en los Hospitales de Día de Salud Mental, de dos Áreas de salud mentales diferentes de Sevilla. Este dispositivo en concreto forma parte del nivel 3 asistencial.

Por un lado se encuentra el Área de salud mental hospitalaria de Ntra. Sra. de Valme, que atiende a la población del distrito Sevilla Sur, a excepción de Utrera y las localidades del Viso y Mairena del Alcor, pertenecientes al distrito Norte. En total la población atendida es de 360.000 personas (datos patrón municipal 2004). Esta población pertenece a las comarcas de la Campiña, la Sierra Sur y la Vega del Guadalquivir; así como pueblos del área metropolitana de Sevilla.

Y por otro lado, el Área de salud mental hospitalaria de Virgen Macarena, atiende una población de más de 560.000 habitantes del área norte de la provincia de Sevilla, comprende los distritos de Carmona, Macarena centro y norte, Camas, La Rinconada y Sierra Norte.

Ambos hospitales de Día, poseen estructuras arquitectónicas similares, número de pacientes y de profesionales sanitarios. Por consiguiente, serán los pacientes diagnosticados de trastorno mental grave de uno de los hospitales los que participarán en el grupo psicoeducativo de alimentación (casos) y el otro no (control).

### **5.2. Sujetos de estudio**

La población a la que va dirigida esta intervención son pacientes en activo en el hospital de día del área de Valme que hayan sido diagnosticadas de trastorno mentales graves y presenten en la actualidad un IMC>24,9 (grupo experimental) y con las mismas características pacientes en el hospital de día del Área del Macarena.

#### **5.2.1. Criterios de inclusión**

- Acepta voluntariamente y por tanto se comprometa a seguir las directrices del programa (firma consentimiento informado).
- Asistencia regular y buena adherencia al dispositivo de salud mental al menos de un mes para que haya una adecuada relación terapéutica enfermera- paciente.
- Mayor de 16 años.
- Paciente en activo en el hospital de día.
- Paciente diagnosticado de TMG.

- Estabilidad clínica de su patología mental.
- Nivel cognitivo (atención, concentración y memoria) y percepción (vista y audición) moderadamente no disminuido.
- IMC >24,9
- Presenten algún otro factor riesgo modificable: sedentarismo, tabaco, alcohol, diabetes mellitus, hipertensión arterial...
- Motivación por participar
- No haber recibido previamente un programa psicoeducativo en alimentación previamente.

### **5.2.2. Criterio de exclusión**

- No acepten acudir voluntariamente
- Mala adherencia al centro con asistencia irregular al mismo
- Estancia menor a un mes en el centro
- Menor de 16 años
- Pacientes no diagnosticados de TMG
- Inestabilidad clínica e inadecuada adherencia al tratamiento
- Nivel cognitivo y de percepción moderadamente disminuidos
- IMC <24,9
- Haber participado en algún programa psicoeducativo en alimentación previamente.

### **5.3. Variables**

Como variable principal se tomará como objeto de estudio la eficacia de llevar a cabo un grupo de psicoeducación de alimentación sobre el IMC en pacientes con TMG. Se espera observar después de la intervención una diferencia destacable entre el grupo control y el grupo experimental.

#### **5.3.1 Variables independientes**

El programa psicoeducativo en alimentación se impartirá a 16 pacientes con TMG y que cumplan los criterios de inclusión.

Se llevará a cabo por las mañanas ya que el centro solo está abierto de 8 de la mañana a 15 de la tarde en las salas predeterminadas para tal efecto en el Hospital de Día de salud mental del grupo experimental (área hospitalaria de Valme).

La duración del programa de psicoeducación será de 18 meses, de los cuales 6 meses serán las sesiones teóricas-prácticas. Durante esos seis meses se impartirán a los pacientes TMG contenidos que le permitan adquirir los conocimientos necesarios para adoptar un estilo de vida más adecuado en cuanto a la alimentación, y desarrollar una serie de habilidades y estrategias que le permitan la consecución del mismo y una mayor autonomía personal.

Se realizará una sesión por semana que durante los primeros dos meses durará unos 90 minutos y los cuatro meses siguientes se harán sesiones teórico-

prácticas, teóricas que duraran una hora y una sesión práctica (cocina) de dos horas y media.

Las sesiones teóricas serán dirigidas principalmente por la enfermera especialista en salud mental y como co-terapeuta una trabajadora ocupacional que participará más activamente en las sesiones prácticas de la cocina.

Las sesiones teóricas se realizarán en una sala grupal que está dotada de todos los recursos materiales necesarios para impartir las diferentes sesiones didácticas; y las prácticas, en la cocina que tiene el centro que también dispone de todo el material necesario para llevar a cabo los diferentes talleres de actividades de la vida diaria.

Antes y después de realizar las sesiones teórico-prácticas, a los pacientes se les va a citar individualmente para darle información acerca del programa psicoeducativo, se les explicará las normas en cuanto a confidencialidad, asistencia y puntualidad, y si está conforme con ello firmará el consentimiento informado (Anexo1). Se les realizará una evaluación inicial/ final del estado nutricional: peso, talla, perímetro abdominal, IMC, FC, TA, peso ideal (Anexo2).

Durante los dos primeros meses donde se realizarán solo sesiones teóricas, el contenido a tratar versara de: micro/macronutrientes, grupo de alimentos, rueda de alimentos y pirámide alimentaria. Serían un total de 8 sesiones. Y durante los 4 meses restantes la parte teórica se centrará en: Dieta mediterránea, hábitos alimentarios saludables, Alimentación y deporte, relación obesidad y TMG, (factores de riesgo) y efectos de la medicación e interacciones entre fármacos y alimentación. Y la parte práctica se centrará en la elaboración de recetas. Serían 16 sesiones teóricas y 16 prácticas.

Terminado el periodo psicoeducativo en alimentación, a los cuatro meses se evaluará si la intervención ha incidido en los niveles de IMC de los pacientes. Nuevamente a los 6 meses de evaluación, se hará otra toma para analizar en qué medida la intervención del programa psicoeducativo en alimentación ha disminuido los valores de IMC en los pacientes.

Por lo tanto la duración total del estudio, desde la selección de los pacientes los dos primeros meses, los seis meses que duran las sesiones teórico- prácticas y las dos evaluaciones, una a los 4 meses y otra a los cuatro meses siguientes, sería de 18 meses totales.

### **5.3.2. Variables dependientes**

- Disminución de la prevalencia obesidad o IMC en pacientes TMG: se medirá esta variable con el protocolo de monitorización de salud física validado en el Servicio Murciano de Salud (18), donde se miden los parámetros de: TA, FC, Peso, Talla, perímetro abdominal, IMC, niveles séricos de glucosa basal, hemoglobina glicosilada, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, riesgo cardiovascular (escalas Score, Regicor, Dorica, Firmingan)... Estos valores se medirán por la enfermera especialista en salud mental, al inicio del programa, a los cuatro meses de terminar las sesiones teórico-prácticas y a los seis meses

de esta última evaluación. Se hará individualmente en la consulta de enfermería y se realizará una recogida de datos en la historia digital del paciente.

- Nivel de calidad de vida relacionada con la salud percibida por los enfermos. Se analizará a través del cuestionario SF-36, validado para la población española. Consta de 36 ítems que evalúan 8 áreas del paciente: Función Física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud mental. Los 5 últimos ítems hacen referencia al componente mental especialmente indicados para evaluar la calidad de vida. Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan una puntuación que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sea, mejor estado de salud. Se valorará en las sesiones individuales de los dos primeros meses y en las dos evaluaciones del final (17).

- Episodios recurrentes de recaídas de la enfermedad. Se tomarán datos retrospectivos de los dos años anteriores de cada paciente al empezar el programa sobre el número de descompensaciones psicopatológicas, consultas de urgencias y se contabilizarán las mismas variables una vez terminado el programa con carácter prospectivo de un año para su comparación posterior.

- Tasa de hospitalización del paciente. Serán contabilizados el número de ingresos hospitalarios a los dos años anteriores al programa y a los dos años de concluir el programa.

### 5.3.3. Variables sociodemográficas

Edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de estudios, situación laboral, convivientes en el domicilio.

VARIABLE	TIPO	VALOR
Edad	Cuantitativa continua	Años
Sexo	Cualitativa dicotómicas	Hombre/ mujer
Estado civil	Cualitativa policotómica	Soltero/ casado/ Viudo/ divorciado/ separado
Nivel de estudios	Cualitativa nominal	Sabe leer o escribir/ no sabe leer o escribir. Estudios primarios (E.G.B.)/ secundarios (E.S.O.)/ superiores (Bachillerato, F.P., Universidad)

Situación Laboral	Cualitativa nominal	Empleado/ desempleado/ jubilado/ incapacitado/ estudiante
Nivel socioeconómico	Cualitativa ordinal	Bajo/ medio/ alto
Peso	Cuantitativa continua	1, 2, 3...
IMC	Cuantitativa continua	1, 2, 3,...
HTA	Cualitativa nominal dicotómica	Presente/ Ausente
Hemoglobina Glicosilada	Cuantitativa Continua	1, 2, 3...
Colesterol total, HDL, LDL	Cuantitativa Continua	1, 2, 3...
Factores riesgo CV	Cuantitativa continua	1, 2, 3...
Triglicéridos	Cuantitativa Continua	1, 2, 3...
Autoestima (Anexo4)	Cuantitativa	1,2,3...
Salud percibida	Cuantitativa continua	1, 2, 3...
Ejercicio Ausente	Cualitativa nominal dicotómica	Si/ No

## 5.4. Recogida y análisis de datos

### 5.4.1. Recogida de datos

Aquellos pacientes que acepten participar de esta intervención se les pedirá que firmen el consentimiento informado y desde ese mismo instante se recogerán los datos sociodemográficos y diagnóstico clínico. Luego se les realizará la entrevista individual y los datos serán reflejados en el cuaderno de recogida de datos correspondiente que tendrá las hojas de registro necesarias. De manera individual, cada uno de los pacientes inmersos en el estudio, tendrá su hoja de registro para después plasmarlos en una única base de datos única diseñada para tal fin cumpliendo con los requisitos de protección de datos (Anexo3).

### 5.4.2. Análisis de datos

#### ➤ Análisis de datos descriptivo

Al principio de la intervención psicoeducativa, se realizará un cribado de los datos obtenidos en la base de datos para identificar observaciones erróneas. Se desarrollará un estudio de los datos para analizar y reconocer los valores extremos y caracterizar las diferencias existentes entre los subgrupos de individuos. Posteriormente, se realizará el análisis descriptivo de la muestra. Por lo que, las variables numéricas se clasificarán en medias y desviaciones típicas, con los pertinentes intervalos de confianza si así lo precisasen o, si son asimétricas las distribuciones, con medianas y cuartiles. Se expresarán en forma de porcentajes las variables cualitativas. Esta serie de medidas se determinarán conjuntamente y para los subgrupos de casos. De la misma forma, a este análisis se le añadirán representaciones gráficas en relación con el tipo de información que se quiera exponer, cualitativa o cuantitativa.

#### ➤ Análisis inferencial

Para contrastar los datos de tipo numérico-cuantitativo entre los grupos control y experimental, se utilizará la T de Student para muestras independientes o en caso de no normalidad de la distribución de las variables no paramétrica U de Mann-Whitney. De la misma manera para evaluar la asociación existente entre las variables de tipo cualitativo entre los grupos, se utilizará el test de chi-cuadrado o el Test exacto de Fisher. Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar y se cuantificará el cambio detectado, si existiera, a través de un intervalo de confianza al 95%.

El nivel de significación estadística se fijará en  $p < 0.05$ . El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 22.0 para Windows.

### 5.5. Limitaciones en el estudio

El estudio puede limitarse por diferentes factores, a destacar los siguientes:

- Empeoramiento de la sintomatología clínica.
- Disminución moderada del nivel cognitivo (atención, concentración y memoria) del paciente que le impidan participar activamente de la intervención
- Abandono del grupo por inasistencia.

Estas limitaciones quedan solventadas por los criterios de inclusión /exclusión marcados como esenciales para poder participar del programa psicoeducativo de alimentación.

## 6. PLAN DE TRABAJO Y CALENDARIO DE ACTUACIONES

### 6.1. Etapas del desarrollo y cronograma

#### ❖ 1ª Parte de preparación (primer mes)

Sesiones multiprofesional con los investigadores que participen en el programa para poner en común:

- Elaboración y estandarización de los contenidos del programa.
- Puesta en común para unificar contenidos y elaborar los diferentes medios de apoyos gráficos y audiovisuales.
- Elaboración de los medios de apoyo gráficos/ audiovisuales.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro
- Diseño de la base de datos.

#### ❖ 2ª Parte de la planificación (segundo mes)

- Información general sobre el programa psicoeducativo.
- Presentación de la temporalización del mismo.
- Exposición de la metodología.
- Reparto de tareas.
- Fechas para las revisiones del programa
- Aclaración de dudas acerca del procedimiento a seguir.
- Selección de los grupos control y experimental según los criterios.

#### ❖ 3ª Parte de ejecución (del tercer al octavo mes).

- Puesta en marcha del programa psicoeducativo tanto teórico (tercer y cuarto mes) como teórico-práctico (del cuarto mes al octavo mes).
- Recogida sistemática de datos.
- Seguimiento del protocolo.
- Evaluación de los pacientes a los 4 meses de haber terminado el programa psicoeducativo (al duodécimo mes) y reevaluación a los 4 meses posteriores a esta última (décimo septo mes).

#### ❖ 4ª Parte documentación (9 al 18 mes)

- Revisión si los procedimientos llevados a cabo se regían según protocolo.
- Reuniones del equipo multiprofesional para evaluación inicial y reevaluación final.
- Reevaluación final del programa.
- Análisis de los datos.
- Elaboración de los resultados y de las conclusiones.
- Difusión de los resultados.
- Elaboración del artículo del protocolo llevado a cabo.

	MESES																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1ªParte																		
2ªParte																		
3ªParte																		
4ªParte																		

## 6.2. Distribución de tareas y lugar

Las tareas del programa psicoeducativo en alimentación se llevarán a cabo en el centro donde se encuentra el grupo experimental, Hospital de día del área hospitalaria de Valme.

La primera parte y segunda parte de preparación se realizará en cada consulta de cada profesional, las cuales presentan los recursos materiales necesarios para llevar a cabo la puesta en marcha del programa. Durante esta fase, los profesionales involucrados será la responsable del programa, enfermera de salud mental y le acompañaran en la preparación del mismo, una enfermera de salud mental, dos terapeutas ocupacionales y un administrativo. De forma sistemática, un día por semana se reunirán en la sala de reuniones del hospital de día para poner en común el trabajo que haya sido realizado para posibles modificaciones o cambios.

Durante esta parte cada profesional se va a encargar de elaborar y confeccionar cada una de sus partes en el programa, la enfermera de salud mental centrará sus contenidos en el temario teórico y en las herramientas que va a evaluar a los diferentes pacientes a lo largo del programa. Las terapeutas ocupacionales, prepararán el contenido referente a lo práctico del grupo psicoeducativo. Y por último el administrativo, elaborará la base de datos informática donde volcar los datos que se obtengan.

Durante la tercera etapa del programa, se realizará la parte teórica por parte de las enfermeras de salud mental en la sala de usos múltiples, con capacidad para el grupo al completo compuesta por todos los materiales necesarios, y la parte práctica correrá a cargo de las terapeutas en la cocina del centro.

Y por último, la última etapa, se realizarán las evaluaciones por parte del personal de enfermería responsables del programa. Dichas evaluaciones se llevarán a cabo en la consulta de enfermería de forma individual. Estos datos serán reportados al administrativo para que queden reflejados en la base de datos diseñados para tal fin.

## **7. ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Hospital de Día de Salud Mental de \_\_\_\_\_.

Enfermería de salud mental

Teléfono: \_\_\_\_\_

Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad,

Yo, Don/Dña. \_\_\_\_\_(Nombre y Apellidos), con DNI  
\_\_\_\_\_

- Declaro que se me ha facilitado información escrita a cerca del estudio, habiendo comprendido el significado del mismo.
- Declaro que he podido resolver todas mis dudas acerca del estudio.
- Declaro que he recibido información verbal y escrita suficiente por parte del personal sanitario responsable sobre la naturaleza y propósitos del estudio según dispone el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme libremente del estudio cuando lo desee, sin la obligación de justificar la causa de abandono y sin verse menospreciada mi atención sanitaria.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firmado:

Sevilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

**ANEXO 2**

**Nombre del paciente:**

Nº de historia clínica:

<b>PESO</b>	• INICIO • FIN
<b>TALLA</b>	• INICIO • FIN
<b>PA</b>	• INICIO • FIN
<b>IMC</b>	• INICIO • FIN
<b>FC</b>	• INICIO • FIN
<b>TA</b>	• INICIO • FIN
<b>PESO IDEAL</b>	• INICIO • FIN

**ANEXO 3**

Nombre del paciente:

<b>VARIABLE</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
Edad		
Sexo		
Diagnóstico SM		
Estado civil		
Nivel de estudios		
Situación Laboral		
Nivel socioeconómico		
Peso		
IMC		
TA		
Hemoglobina Glicosilada		
Colesterol total HDL LDL		
Factores riesgo CV: Score Regicor Dorica Firmingan		
Triglicéridos		
Autoestima		
Salud percibida		
Ejercicio		
	Hace 2 años	Después de 2 años
Recaídas de la enfermedad		
Tasa de hospitalización del paciente		

**ANEXO 4****ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

**Indicación:** Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

**Codificación proceso:** 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- $\alpha$ ).

**Administración:** La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

**Interpretación:**

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

**De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

**De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

**Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

**Propiedades psicométricas** La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				