



**Universitat de les
Illes Balears**

**INFLUENCIA DE UN PROGRAMA TEÓRICO-PRÁCTICO SOBRE
ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EJERCICIO FÍSICO PARA
DISMINUIR EL PESO CORPORAL EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO I.M DE
LARGA DURACIÓN**

ENCARNACIÓN MARÍA LÓPEZ SANCHEZ

Diplomada en Enfermería, 2010. Universidad de Murcia

Memoria del Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

De la UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Julio, 2016

Firmas
Autor _____
1-07-2016

Certificado _____
Jordi Pich Solé
Tutor del Trabajo

Aceptado _____
Josep Antoni Tur Mari
Director del Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

INDICE

I.- RESUMEN	3
II.- OBJETIVOS.....	6
III.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	9
IV.-BIBLIOGRAFÍA	17
V.- HIPÓTESIS.....	21
VI.- METODOLOGÍA DEL PROYECTO.....	23
VI.1.- Diseño	24
VI.2.- Tamaño de la muestra	26
VI.3.- Criterios de Inclusión	27
VI.4.- Criterios de Exclusión	27
VI.5.- Variables	29
VI.5.1.- Variables independientes.....	29
VI.5.2.- Variables dependientes.....	31
VI.5.3.- Variables Sociodemográficas	31
VI.6.- Instrumentos de Recogida de Datos	32
VI.7.- Recogida y Análisis de Datos.....	34
VI.8.- Limitaciones.....	36
VII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
VIII.- PLAN DE TRABAJO	39
VIII.1.- Etapas de desarrollo y distribución de tareas del equipo investigador ...	40
IX.- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR EN EL TEMA.....	45
X.- PLAN DE DIFUSIÓN.....	47
XI.- MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO	50
XII.-ANEXOS.....	55

I.- RESUMEN

I.- RESUMEN (OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL PROYECTO)

INTRODUCCIÓN: Es frecuente que las personas que padecen trastorno mental grave sufran múltiples problemas de salud física debidos, entre otros motivos a estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo o desequilibrios nutricionales, y a factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, el tabaquismo o la obesidad.

En los últimos años muchos estudios han resaltado la importancia de atender la salud física en personas con esquizofrenia, ya que presentan una mortalidad por complicaciones cardiovasculares de 2 a 4 veces mayor que la población general.

En este sentido, esta intervención teórica- práctica supone una herramienta tanto para monitorizar ciertos parámetros de la salud física como para conseguir que se mejoren los hábitos de vida saludable.

OBJETIVO: Evaluar la influencia de la aplicación de un programa teórico-práctico de ejercicio físico y adherencia a la dieta mediterránea encaminado a aumentar el nivel de actividad física y los conocimientos sobre la dieta mediterránea y su aplicación, así como a mantener ó disminuir el IMC en pacientes con esquizofrenia.

METODOLOGÍA: Se realizará un estudio experimental de tipo pre-post con diseño de ensayo clínico aleatorizado.

VARIABLES: La adherencia a la dieta mediterránea, práctica de ejercicio físico e IMC en pacientes con esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: esquizofrenia, ejercicio físico, dieta mediterránea, psicoeducación, hábitos saludables.

II.- OBJETIVOS

II.- OBJETIVOS

❖ General:

Evaluar la influencia de la aplicación de un programa teórico-práctico de ejercicio físico y adherencia a la dieta mediterránea dirigido por la Enfermera Especialista en Salud Mental, encaminado a aumentar el nivel de actividad física y los conocimientos sobre la dieta mediterránea y su aplicación, así como a mantener ó disminuir el IMC en pacientes con esquizofrenia.

❖ Específicos:

- Analizar si la aplicación de un programa teórico-práctico de adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico en pacientes con esquizofrenia aumenta el nivel de actividad física realizado por los pacientes.

- Analizar si la aplicación de un programa teórico-práctico de adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico en pacientes con esquizofrenia mantiene ó disminuye el IMC en estos pacientes.

- Analizar si la aplicación de un programa teórico-práctico de adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico en pacientes con esquizofrenia aumenta los conocimientos sobre las características de la dieta mediterránea y su aplicación en su vida diaria.

III.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

III.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La enfermedad mental grave se concibe hoy en día como una enfermedad multidimensional. El cuidado de la salud física en la esquizofrenia surge como una dimensión importante a abordar, por eso ha suscitado gran interés en el mundo de la salud mental. (1-2)

Los elementos que contribuyen a la génesis de este tipo de trastornos físicos proceden de diferentes ámbitos, como los estilos de vida, que incorporan factores de riesgo para la salud, como por ejemplo los hábitos alimentarios inadecuados y el sedentarismo. Por otro lado, los tratamientos medicamentosos también contribuyen, con sus efectos adversos de uno u otro tipo, a agravar los riesgos para la salud. (3)

Estos factores de riesgo son, en gran parte, modificables, y abordarlos desde estrategias de salud apropiadas, es una necesidad que debe ser afrontada por los equipos de salud mental, que deben liderar esta intervención.

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan un incremento de la morbilidad y la mortalidad, con un riesgo de

muerte 2,5 veces mayor que la población general y una expectativa de vida un 20% menor. El suicidio y las causas no naturales de muerte explican un tercio del incremento de la mortalidad observado en estos pacientes, si bien los dos tercios restantes son debidos a causas naturales, sobre todo cardiovasculares e infecciosas. (4)

En un metanálisis de 18 estudios se llegó a la conclusión que el 60% del exceso de mortalidad en la esquizofrenia es atribuible a causas médicas, por el mismo tipo de patologías que en la población general. Las enfermedades cardiovasculares son sus principales responsables y solo el 28% del incremento de mortalidad es atribuible al suicidio y el 12%, a los accidentes. (5)

Para entender mejor la magnitud del problema, la World Psychiatric Association (WPA), dentro de su plan de acción 2008-2011, realizó una búsqueda bibliográfica (años 1996 a 2010) cuyos datos están recogidos en los dos últimos documentos educativos disponibles sobre la prevalencia, causas y tratamiento de las enfermedades físicas en personas con trastorno mental grave. (6-7)

En el ámbito nacional, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica publicaron en 2008 un protocolo de monitorización de la salud física para la esquizofrenia que trata de dar respuesta a problemas físicos. (2)

A nivel regional, el Equipo de Enfermería de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena, basándose en dicho protocolo, inició en Octubre de 2011 un programa de cribado, pilotado con usuarios de la Unidad, con el fin de establecer un protocolo de monitorización y control periódico de la salud física de los mismos. (8)

Cómo hemos dicho, en los últimos años, se ha desarrollado un creciente interés por la monitorización del estado de salud en las personas con esquizofrenia y, como resultado de ello, las guías de práctica clínica sobre esquizofrenia han ido incorporando alguna referencia a este tema también. Por otra parte, otras asociaciones no psiquiátricas también han colaborado como la American Diabetes Association junto a la American Psychiatric Association, y la North American Association for the Study of Obesity que han elaborado un

consenso sobre medicamentos antipsicóticos, obesidad y diabetes. (9)

La obesidad en la esquizofrenia está siendo estudiada profundamente por ser un factor de riesgo importante. Decir que aumenta significativamente el riesgo de padecer muchas enfermedades, entre las que se incluyen la diabetes, la coronariopatía, la hipertensión, la osteoartritis o el cáncer de colon, de mama y de útero.

El sobrepeso y la obesidad se encuentran asociados a un aumento de la morbilidad y la mortalidad frente al normopeso, sobre todo por su íntima relación con la hipertensión, la diabetes de tipo II, la enfermedad cardiovascular y los accidentes cerebrovasculares. (10)

El diagnóstico de obesidad se efectúa mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC)

$IMC = \text{peso (en kg)} / \text{talla (en metros cuadrados)}$

Criterios de sobrepeso y obesidad: (11)

- Normopeso 18,5-24,9
- Sobrepeso 25-29,9

- Obesidad de grado I 30-34,9
- Obesidad de grado II 35-39,9
- Obesidad de grado III ≥ 40

En 2010 la prevalencia de obesidad en los pacientes con esquizofrenia era de 1,5 a 4 veces mayor que en la población general (12)

Las causas de la obesidad en pacientes con esquizofrenia se suelen asociar al estilo de vida, así como al tratamiento con fármacos antipsicóticos, hecho que ha sido descrito de forma consistente. Existen factores de riesgo que pueden predecir el aumento de peso en los pacientes con esquizofrenia: el fármaco antipsicótico utilizado, los antecedentes personales o familiares de obesidad y otros. (13)

Estas cifras, unidas a otros factores de la enfermedad dejan clara la necesidad de evaluar e intervenir sobre el estilo de vida de estas personas, puesto que todo ello contribuye a un incremento de la tasa de mortalidad y a un descenso de la calidad de vida. (12)

Por eso en el tratamiento de las personas con esquizofrenia se debe incorporar en sus programas de intervención la atención a

los problemas de salud física para intentar repercutir en la calidad de vida y en las posibilidades de rehabilitación e integración social, si bien es cierto que muchas veces la tarea de informar a estos pacientes sobre cómo mejorar su salud física es complicada y a menudo existe la percepción de que el asesoramiento es ineficaz y que los pacientes tienden a rechazarlo. (14)

Los programas de psicoeducación y actividad física en esquizofrenia deben basarse en las siguientes evidencias: El mejor tratamiento para la obesidad es su prevención, pero una vez instaurada, el aumento de peso podrá tratarse mediante intervenciones en el estilo de vida. El ejercicio puede mejorar el estado de ánimo, actúa como distractor de los pensamientos negativos, permite incorporar una nueva habilidad, favorece el contacto social y tiene efectos fisiológicos reconocidos. Además el sedentarismo es un hábito de vida poco saludable muy frecuente en los pacientes con esquizofrenia. (15)

Concluyo que las intervenciones sanitarias relacionadas con la educación determinan un cambio beneficioso sobre el estilo de vida de los pacientes con esquizofrenia. (16)

De todo ello se deriva la necesidad de incorporar a la atención psiquiátrica de la esquizofrenia fórmulas de seguimiento, promoción de la salud y prevención de los trastornos que puedan desarrollarse desde la colaboración entre la atención primaria de salud, la atención especializada en salud mental y el sistema sanitario en su conjunto.

IV.-BIBLIOGRAFÍA

XV.- BIBLIOGRAFÍA

1. Toshi G, Clifton A, Mala S, Bachner M. Physical health care monitoring for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 17;(3):CD008298. doi: 10.1002/14651858.CD008298.pub2
2. Sáiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García-Portilla MP. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36 (5):251-264.
3. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8): 1334-49.
4. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. Març 2005; 62 (3): 247-53
5. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. Desembre 1997; 171: 502-8.
6. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77.
7. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndetei DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-51.

8. García A, Banacloig C, Pardo A. La patología física en el enfermo mental grave en una Unidad de Rehabilitación: Resultados de un programa de cribado. XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Murcia, noviembre 2012.
9. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(2):267-72
10. Mukherjee S, Schnur DB, Reddy R. Family history of type 2 diabetes in schizophrenic patients. *Lancet*. 1989; 1: 495.
11. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
12. Mukundan A, Faulkner G, Cohn T, Remington G. Antipsychotic switching for people with schizophrenia who have neuroleptic-induced weight or metabolic problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD 006629
13. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry*. Setembre 2009; 24 (6): 412-24
14. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD 004366

15. Grupo de Trabajo sobre la Salud Física de Pacientes con Esquizofrenia. Consenso sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 36(5): 251-64.
16. Saiz-Ruiz J, Saiz-González MD, Alegría A, Mena E, Luque J, Bobes J. Impacto del consenso español sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2010; 3(4): 119-27.
17. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
18. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO LILLY sobre hábitos de vida saludable. Acceso: <https://enfermeria.lillypro.es/neurociencias/programapacientes/programa-vivir-saludablemente/contenidos/index.aspx>
19. García A, Pardo, A, Mateo JM, Banacloig C, Alcaraz A, Flores MD. La valoración de un programa de monitorización de la salud física realizado en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena al año de su inicio. III Jornadas Regionales de Enfermería en Salud Mental de Lorca. 26 abril 2013.
20. Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. *Hipertens riesgo vasc.* 2013;30 (Supl 3):1

V.- HIPÓTESIS

V.- HIPÓTESIS

La aplicación de un programa teórico-práctico sobre adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico aumenta el nivel de actividad física y los conocimientos sobre la dieta mediterránea y su aplicación, así como mantiene ó disminuye el IMC en pacientes con esquizofrenia.

VI.- METODOLOGÍA DEL PROYECTO

VI.- METODOLOGÍA DEL PROYECTO

Se realizará un estudio experimental de tipo pre-post con diseño de ensayo clínico aleatorizado, en el Centro de salud Mental de Cartagena en el programa de adultos. Se aplicará un programa teórico-práctico sobre adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico a los pacientes que acudan a la consulta de enfermería para seguimiento de tratamiento antipsicótico i.m.

VARIABLES: La adherencia a la dieta mediterránea y práctica de ejercicio físico en pacientes con esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: esquizofrenia, ejercicio físico, dieta mediterránea, psicoeducación, hábitos saludables.

VI.1.- Diseño

Para la realización de este estudio se ha utilizado un diseño de ensayo clínico aleatorio (ECA).

Para la comprobación de la redacción de este ECA se ha utilizado la guía CONSORT.

La población diana corresponde a todos los usuarios que acudan al Centro de Salud Mental de Cartagena, en el

programa de adultos con diagnóstico de esquizofrenia y que se encuentren en fase estable. Estos pacientes están incluidos en el programa NAP, programa por el cual los pacientes acuden cada 15/30 días (según tratamiento) a la consulta de enfermería para seguimiento del tratamiento antipsicótico. Éstos tras ser valorados por una reunión de equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, trabajo social y enfermería), a través de PAC (proceso de atención continuada) serán propuestos para un programa teórico-práctico sobre adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico.

Este estudio constará de dos grupos, un grupo experimental y otro grupo control. Los pacientes serán incluidos en cada grupo de forma aleatoria mediante el programa Epidat 0.4.

El grupo experimental estará formado por pacientes que recibirán la intervención teórica-práctica impartida por la enfermera. En cambio, el grupo control, con las mismas características que el grupo experimental, no recibirá dicha intervención y únicamente se le realizará el seguimiento habitual en la consulta de enfermería. Este seguimiento habitual en consulta será una terapia individualizada, dónde se

impartirá una psicoeducación básica, seguimiento de la medicación, control de síntomas positivos y negativos, control físico y toma de constantes.

La frecuencia de seguimiento del grupo control en la consulta de enfermería irá desde 2 semanas a un mes, según necesidades de los pacientes. El grupo control después de realizado el estudio, será tomado en un próximo programa teórico-práctico como grupo experimental, si se considera necesario. Los pacientes incluidos en el grupo experimental que sigan viniendo a la consulta de enfermería para seguimiento de la medicación, administración del tratamiento intramuscular, control de síntomas positivos y negativos y control físico, recibirán el seguimiento habitual a excepción de la psicoeducación sobre adherencia a la dieta mediterránea que ya se realiza en el grupo teórico-práctico.

VI.2.- Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se ceñirá a los pacientes que se deriven a ambos grupos, teniendo en cuenta las condiciones de la sala dónde se realizan las actividades. El grupo experimental

no podrá ser mayor de 10 pacientes, por lo tanto el grupo control cumplirá igualmente este criterio.

La muestra se obtendrá a partir de un análisis de selección de los sujetos, mediante criterios de inclusión/exclusión.

VI.3.- Criterios de Inclusión

- Aceptar participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado por escrito, en el caso de tener menos de 18 años, será firmado por el familiar. (ANEXO 1)
- Edad mayor o igual de 16 años.
- Cumplir criterios diagnósticos de esquizofrenia (según criterios diagnósticos de DSM-V) (17)
- Estar en seguimiento ambulatorio en el centro de Salud Mental Cartagena, en el programa de adultos, subprograma NAP.

VI.4.- Criterios de Exclusión

- No realizar seguimiento ambulatorio en el centro de Salud mental Cartagena.

- Presentar problemas médicos que la impidan realizar actividad física.
- Pacientes que se nieguen a dar su consentimiento para participar en el estudio.
- Edad menor de 16 años.
- No cumplir criterios diagnósticos de esquizofrenia
- Pacientes con retraso mental.
- Trastornos psicóticos secundarios a condición médica.
- Abuso de sustancias.
- Pacientes con alteraciones conductuales o descompensación de su patología de base que dificulten el funcionamiento grupal.

Los participantes serán evaluados antes del comienzo del programa (pre-test), tras finalizar el programa (post-test) y a los 3 meses de haber finalizado el programa. El estudio se llevará a cabo durante un total de 10 meses, desde Noviembre de 2016 a Junio de 2017, de estos 10 meses, 2 meses serán dedicados a la captación de la muestra y recogida de datos (Noviembre y Diciembre de 2016), 6 meses a impartir el programa teórico-práctico (Enero y Junio de 2017), con una sesión de recuerdo a los 9 meses del inicio del programa (Septiembre de 2017) y

por último 2 meses a la recogida y análisis de datos por parte del equipo investigador.(Septiembre y Octubre de 2017).

VI.5.- Variables

VI.5.1.- Variables independientes

Intervención teórico-práctica sobre adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico.

Se basa en un programa psicoeducativo (18) de hábitos de vida saludables promovido por Lilly desde el año 2002. Su finalidad es fomentar la salud como parte del abordaje integral en los pacientes con trastorno mental grave.

En España, se puso en marcha a finales de 2006. Desde entonces, se ha aplicado a cerca de 6.000 pacientes en 314 centros distribuidos por todo el país.

El programa, implementado fundamentalmente por el colectivo de enfermería y desarrollado para utilizarse en grupo, tiene una duración aproximada 6 meses, durante las cuales se realizan sesiones de grupo de formación e instrucción interactiva. Incluye tres módulos psicoeducacionales: alimentación, actividad física y, por último, autoestima. Posteriormente, se

realizan sesiones de grupo de recuerdo, con puesta en común de experiencias personales, dificultades aparecidas, así como de expectativas y preocupaciones de los pacientes. Además, se ponen a disposición de los pacientes una serie de materiales educativos con información relevante.

Este programa se llevará a cabo en el Centro de Salud Mental de Cartagena, concretamente en el programa de adultos, con la intención de aumentar el manejo clínico de la enfermedad física de los pacientes que acudan la consulta de enfermería, mediante el incremento de los conocimientos sobre dieta mediterránea y ejercicio físico.

El Programa teórico-práctico tendrá una duración de 6 meses. Constará de 12 sesiones de 90 minutos de duración cada una, con una frecuencia quincenal. La sesión se dividirá en dos secciones, la primera parte será teórica (60minutos) y posteriormente 30 minutos de ejercicio físico moderado, preferiblemente será andar. El programa teórico esta dividido en dos partes: alimentación saludable y ejercicio físico, con una frecuencia de 6 sesiones cada una. A los 3 meses de haber finalizado el programa se impartirá una sesión de recuerdo con una duración de 90 minutos. (ANEXO 6)

VI.5.2.- Variables dependientes

Índice de Masa Corporal (IMC): Se medirá a través del cálculo del IMC ó índice de Quetelet.

Adherencia a la dieta mediterránea: para poder medir esta variable, se utilizará el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. (ANEXO 5)

Actividad física: esta variable se medirá mediante el cuestionario internacional de la actividad física (IPAQ). (ANEXO 4)

VI.5.3.- Variables Sociodemográficas

PACIENTE

- Edad: expresado en Fecha de Nacimiento.
- Sexo: hombre/mujer.
- Situación laboral: Paro, estudiante, incapacidad laboral transitoria, incapacidad laboral permanente, labores domésticas, pensionista, trabajo eventual, trabajo fijo.
- Nivel de estudios: Básico, FP, medio, superior, analfabeto, bachiller.
- Tipo de convivencia: Familia de origen, familia propia, sólo, con otros familiares y amigos, sólo con hijos.

- Estado Civil: Casado, soltero, viudo, separado, unión consensuada.

VI.6.- Instrumentos de Recogida de Datos

- Para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea se utilizará el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. Dicho cuestionario consta de 14 ítems, si la respuesta del ítem es positiva se valorará con 1 punto y si es negativa con 0 puntos. Por lo tanto la puntuación del cuestionario oscilará entre 0 y 14 puntos, cuando la puntuación total sea ≥ 9 se valorará como buena adherencia, sin embargo presentará baja adherencia si la puntuación total es < 9 .
- Para conocer el grado de práctica en actividad física se obtendrá mediante el cuestionario internacional de la actividad física (IPAQ). Este cuestionario está formado por 7 ítems. El indicador de actividad física se expresa en MET-minutos/semana. Los METs son una forma de calcular los requerimientos energéticos, son múltiplos de la tasa metabólica basal. La unidad utilizada, MET-minuto, se calcula multiplicando el MET correspondiente al tipo de actividad por los minutos de

ejecución de la misma, en un día o en una semana. Dicho cuestionario clasificará la actividad física de los pacientes en: alta, modera y bajo o inactiva.

- Índice de QUETELET o IMC: Debemos dividir nuestro peso, expresado en Kilos, entre el cuadrado de nuestra estatura expresado en metros. ($IMC = \text{peso} / (\text{estatura} \times \text{estatura})$)

También se recogerán otros valores al inicio del estudio y a los 6 meses de haber empezado el programa teórico-práctico, a excepción de la analítica que solo se recogerá al inicio:

- Tensión arterial (TA): se realiza siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial para la correcta toma de la TA (19).
- Frecuencia cardíaca (FC): Se toma en reposo.
- Perímetro abdominal: se mide con una cinta métrica flexible, milimetrada, se debe localizar el punto medio entre la parte superior de la cresta iliaca y la parte inferior de la última costilla, asegurándose de que la cinta esté ajustada pero sin

comprimir la piel. La lectura se realiza al final de una espiración normal (20).

- Analítica: (si no la tiene en los seis meses previos). Las variables a analizar son las siguientes: glucemia, colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos; por posibles efectos secundarios de los psicofármacos: prolactina, hormonas tiroideas, iones, función hepática y función renal y si existe diagnóstico previo de diabetes: hemoglobina glicosilada.

VI.7.- Recogida y Análisis de Datos

La información será recopilada por la enfermera en el centro de Salud Mental de Cartagena, y los datos se registrarán en una hoja de recogida de datos, con los datos correspondientes a cada paciente incluido en el estudio, además de los cuestionarios, y será individualizada.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encontrarán en el cuaderno de recogida de datos de cada paciente, debidamente custodiado por el investigador principal.

No se tendrán en cuenta para el análisis de los datos a los componentes del estudio que falten a más del 25% de las

sesiones, aunque podrán seguir asistiendo al grupo para su beneficio.

Se realizará un estudio descriptivo. Las variables numéricas se reunirán como media \pm desviación típica y las variables cualitativas se resumirán como frecuencias y porcentajes. Esto se hará tanto para la población global como por grupos de estudio.

En primer lugar se realizará la prueba para determinar si la distribución es normal. Para comparar los resultados (pre y post) de los dos grupos independientes (intervención y control) con respecto a las variables dependientes numéricas se realizará la prueba paramétrica de la T de Student, asumiendo una muestra aleatoria y una distribución normal de los valores de dicha variable (en caso de que los resultados no sigan una distribución normal, se realizará las pruebas no paramétricas correspondientes).

Se determina que existe evidencia estadística si el valor de la t es significativo para un intervalo de confianza del 95%, aceptando la hipótesis de la investigación.

VI.8.- Limitaciones

- El tamaño y las características de la muestra pueden presentar poca significancia estadística, lo que se podría solucionar aumentando el tamaño de la muestra, a consta de aumentar el tiempo de captación de participantes.
- Abandonos e ingresos hospitalarios de los participantes durante la duración de estudio, se tendrán en cuenta para próximos grupos cuando este estable.
- La imposibilidad de doble ciego. El investigador conocerá que individuos pertenecen al grupo experimental y cuáles al control.
- La no correcta realización de los cuestionarios.
- Depender de las derivaciones que se hagan desde el equipo multidisciplinar.

VII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

VII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se contara con la aprobación del Comité de Investigación Clínica del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. Se tendrá en cuenta para la realización de esta investigación la Ley 41/2002 del 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que regula el derecho a la información del usuario y el derecho al consentimiento informado. De manera que será necesaria la obtención del consentimiento por parte de los sujetos a estudio.

Se tendrá en cuenta, además, la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal que regula el uso de la historia clínica del usuario, permitiendo el acceso a la historia clínica con fines de investigación, entre otros.

Por último, respetaremos completamente el Código Deontológico de la Enfermería Española y las normas de la Declaración de Helsinki.

Se declara que durante la realización de este estudio no ha habido conflicto de intereses.

VIII.- PLAN DE TRABAJO

VIII.- PLAN DE TRABAJO

VIII.1.- Etapas de desarrollo y distribución de tareas del equipo investigador

I. FASE 1 (Noviembre -Diciembre de 2016)

Se informará a la dirección del Centro de Salud Mental de Cartagena la intención de desarrollar este programa, así como a las enfermeras, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales del programa de adultos del Centro de Salud Mental, pidiendo su consentimiento para ello (ANEXO 1).

Posteriormente, se producirá una sesión conjunta entre la enfermera, como investigadora principal y el equipo de enfermería, psicología, psiquiatría y trabajo social del programa de adultos del centro de salud mental para puesta en común sobre: información general sobre el proyecto; selección y captación de la muestra, objetivos, metodología y características del programa teórico-práctico que se va a impartir.

Tras esto se procederá a la captación de los participantes. Estos participantes serán pacientes que acudan al Centro de Salud

mental de Cartagena, al programa de adultos, incluidos en el subprograma NAP. Estos pacientes serán valorados por los profesionales responsables de su PAC.

Nuestra población de estudio serán los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que acuden a la consulta de enfermería para seguimiento de su tratamiento antipsicótico i.m de larga duración, que tras ser valorados, sean propuestos para el programa teórico-práctico.

Una vez que la muestra sea seleccionada mediante criterios de inclusión/exclusión y se obtenga una muestra significativa, se contactará telefónicamente con los sujetos previamente seleccionados y se aprovechará una cita que tengan en el Centro de Salud Mental para explicarle en qué consiste el estudio, sus objetivos, cómo sería su participación en el mismo y su carácter voluntario y confidencial, obteniendo un primer consentimiento verbal.

Además, se recogerán los datos de los mismos a través de las historias clínicas o del programa informático SELENE, y se incluirán en la base de datos correspondiente.

II. FASE 2 (Enero-junio de 2017)

Antes de comenzar la primera sesión se les dará a los componentes del grupo el consentimiento informado por escrito para que lo rellenen, y además, se les explicarán los objetivos específicos del programa y los beneficios que podrán obtener en cuanto al manejo clínico del trastorno, incremento del conocimiento de la enfermedad y manejo eficaz de determinadas situaciones que provocan estrés.

Posteriormente el equipo investigador se asegurará de que todos los participantes estén de acuerdo en cuanto a los objetivos expuestos, así como su compromiso a acudir a todas las sesiones del programa. En ese momento pre intervención, al paciente se le entregara el cuestionario de adherencia la dieta mediterránea y el cuestionario internacional de la actividad física (IPAQ). También se realizará la monitorización de las siguientes variables antropométricas: IMC, frecuencia cardiaca, tensión arterial, perímetro abdominal y analítica.

El programa se desarrollará durante un periodo de 6 meses, en los tres primeros meses se impartirá la intervención psicoeducativa sobre alimentación saludable, que constará de 6

sesiones de 90 minutos de duración cada una, con una frecuencia quincenal.

Por último se realizarán 6 sesiones psicoeducativas sobre ejercicio físico. Una vez finalizada la última sesión, los pacientes cumplimentarán de nuevo los cuestionarios anteriormente mencionados. A los 3 meses de haber finalizado el programa se impartirá una sesión de recuerdo con una duración de 90 minutos.

Todas las sesiones teóricas contarán con unos 30 minutos de ejercicio físico, que consistirá en salir a andar en grupo. Será un ejercicio de intensidad moderada que deberá ajustarse a las necesidades y características de la muestra.

Al final de esta sesión los pacientes deberán rellenar de nuevo los cuestionarios y monitorizar de nuevo las variables antropométricas.

III. FASE 3 (Marzo - Abril de 2015)

- Reunión de datos.

- Análisis e interpretación de los datos, elaboración de los resultados y publicación de resultados y conclusiones.

IX.- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR EN EL TEMA

IX.- EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA

En cuanto a conocimientos relacionados con la investigación, la enfermera, como investigadora principal, cuenta con una asignatura sobre investigación cursada durante la carrera, Estrategias metodológicas, en el año 2010; además de un curso sobre Metodología de Investigación de 25 horas de duración e impartido por la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental de la Región de Murcia en el año 2013-14.

En relación al programa teórico- práctico sobre adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico, cuento con experiencia sobre todo, a nivel individual a la hora de realizar recomendaciones sobre alimentación saludable y fomentar la práctica de ejercicio físico.

X.- PLAN DE DIFUSIÓN

X.- PLAN DE DIFUSIÓN

1.- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico, asistencial y / o desarrollo tecnológico

2.- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto bibliométrico

Es un hecho que a pesar de la evidencia de su eficacia, las intervenciones teórico-prácticas grupales no se aplican habitualmente en la práctica clínica.

Para cambiar esta situación los profesionales de la salud tendríamos que tomar conciencia de la importancia de prestar la atención suficiente a la salud física de los pacientes con esquizofrenia en la prestación de los cuidados.

Puesto que en el programa de adultos del CSM de Cartagena no hay actualmente un programa teórico-práctico sobre adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico, el impacto asistencial que esperamos es la implantación y puesta en marcha de un programa de estas características con la idea de que a largo plazo se perpetúe y forme parte de la práctica habitual de los profesionales de la salud.

Con ello se pretende reducir los problemas físicos que sufren las personas con esquizofrenia a consecuencia de su alimentación poco saludable y sus hábitos sedentarios.

Con este proyecto se pretende contribuir a la evidencia científica de la eficacia de la intervención para fomentar hábitos saludables en personas con esquizofrenia, los resultados de este estudio servirán para emprender futuras líneas de investigación.

XI.- MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

XI.1- MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

Para el desarrollo de estudio se necesitarán consumibles informáticos, tóner de tinta para la impresora, así como material de oficina tipo folios para poder imprimir los cuestionarios que los sujetos del estudio tendrán que cumplimentar, así como archivadores y carpetas para almacenarlos.

En cuanto al material bibliográfico, será preciso, para realizar la investigación, el programa psicoeducativo Lilly, en el que nos vamos a basar. Se necesitará, también, el paquete estadístico SPSS para el análisis de los datos recogidos, así como un proyector para la reproducción del contenido de las sesiones mediante el programa de presentación en Power Point.

Será preciso un ordenador de mesa con el programa Selene para la recolección de información sobre los pacientes.

El personal necesario para la realización de este estudio es la enfermera especialista en salud mental.

XI.2- JUSTIFICACIÓN DETALLADA DE LA AYUDA SOLICITADA

Para la realización de este estudio, se dispondrá de una consulta de Enfermería en el programa de adultos de centro de salud mental de Cartagena, desde la que se seleccionara a los pacientes que hayan sido propuestos para el programa teórico-práctico por un equipo multidisciplinar, así como la recopilación de datos de los mismos mediante la consulta de las historias clínicas.

Para ello será necesario contar con un ordenador portátil que admita documentación exterior mediante lectores de CD o de USB, y que permite consultar el programa informático SELENE, para la recopilación de datos, conteniendo también el paquete estadístico SPSS para el análisis de los datos recogidos. También se contara con una impresora con el tóner de tinta nuevo.

En la consulta de Enfermería también se dispondrá de una línea telefónica que permite a la investigadora mantener el contacto con la población del estudio.

Además, el centro de salud mental deberá contar con una sala de grupos, con un número de sillas adecuado a los participantes del programa y una mesa para dejar el material de trabajo, y en la que la enfermera, podrá llevar a cabo la intervención prevista con el grupo experimental. Esta sala deberá contar con un proyector para exponer el programa psicoeducativo en formato diapositiva.

Se cuenta con el asesoramiento de la Unidad de Investigación del Hospital Santa Lucía para el análisis de los datos, aunque la recogida de datos y la captación de participantes en el programa, así como la recogida de datos finales, su posterior evaluación y elaboración de resultados correrá a cargo de la enfermera.

Tabla XI.3.- Presupuesto solicitado

PRESUPUESTO SOLICITADO	
1. Gastos de personal	Euros
• Personal de Bioestadística que ofrezca apoyo a la investigación.	1000
• Enfermera	5000
SUBTOTAL 9000 Euros	
2. Gastos de ejecución	Euros
a) Adquisición de bienes y contratación Equipamiento inventariable:	
- Proyector	300
- Ordenador, con conexión a internet y paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows	400
Material Bibliográfico:	
- Programa de psicoeducación	0
Material Fungible:	
- Consumibles informáticos (tóner, pen drive...)	
- Material de oficina (folios, bolígrafos, archivadores, carpetas...)	100
Recursos materiales:	
- Consulta de Enfermería en el CSM.	50
- Sala de grupos	0
	0
SUBTOTAL 850 Euros	
b) Viajes y dietas	
• Congresos nacionales	300
• Congresos internacionales	500
TOTAL AYUDA SOLICITADA	9650

XII.-ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DIRIGIDA A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL

Centro _____ Tel. _____ Fax _____

_____, a _____ de _____ de

Estimado Sr./a Director/a:

Por la presente carta me dirijo a usted para poner en conocimiento la futura puesta en marcha de un Programa teórico-práctico sobre adherencia la dieta mediterránea y ejercicio físico para mejorar los hábitos de alimentación saludable y fomentar y poner en práctica el ejercicio físico en pacientes con esquizofrenia que asistan a la consulta de enfermería para seguimiento de programa de tratamiento antipsicótico. Este programa será llevado a cabo por la enfermera especialista en salud mental y se realizará desde el programa de adultos del CSM de Cartagena.

El presente estudio tiene una duración estimada de 10 meses.

Los participantes serán propuestos al programa teórico-práctico como intervención temprana desde un equipo multidisciplinar en el programa de adultos mediante el PAC (programa de atención continuada).

Con vistas a la explicación del procedimiento de dicho programa, así como a los objetivos del mismo, le pedimos su colaboración facilitando el material necesario para poder impartir el programa.

Agradeciendo de ante mano su colaboración, le saluda atentamente él/la abajo firmante:

D./a. _____

Director/a y coordinador/a del programa teórico-práctico.

ANEXO 2. CRONOGRAMA

	NOV 2016	NOV-DIC 2016	ENERO 2017	JUNIO 2017	SEPT-OCT 2017
Sesión con el equipo multidisciplinar del CSM					
Obtención de autorizaciones y recursos					
Captación de casos					
Obtención del consentimiento informado					
Inicio del programa					
Inicio grupo experimental					
Final grupo experimental					
Análisis de datos y elaboración de resultados					

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a _____ Con DNI
n^o _____ manifiesta voluntariamente que ha sido informado/a
por la enfermera Especialista en Salud Mental para participar en un “Programa
teórico-práctico de adherencia a la dieta mediterránea y ejercicio físico.

Declaro que he sido informado del procedimiento del estudio, de los objetivos y
propósitos del mismo, de los beneficios esperados, y de la necesidad de responder a
unos cuestionarios para valorar posteriormente los resultados obtenidos, donde he
podido hacer preguntas y aclarar mis dudas, comprendiendo que:

- La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable, en caso de no aceptar la
participación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee,
informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.S
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el
mismo, al investigador responsable.
- La información en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad por el
grupo de investigadores.
- Los datos clínicos obtenidos de los cuestionarios se pueden utilizar con fines de
investigación
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si
así lo desea, firmar el consentimiento informado.

Recibo copia del impreso de consentimiento informado y acepto participar en este
estudio de investigación.

Cartagena a _____ de _____ de _____

Firma del participante

CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Título del proyecto:

Investigador principal:

Sede donde se realizará el estudio:

Nombre del participante:

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones:

Cartagena a _____ de _____ de _____

Firma del participante

ANEXO 4. CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE LA ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

LEA: Ahora le voy a preguntar acerca del tiempo que Usted fue físicamente activo(a) en los últimos 7 días. Por favor responda cada pregunta aún si Usted no se considera una persona activa. Piense acerca de las actividades que Usted hace en su trabajo, como parte del trabajo en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

APARTADO A

Ahora, piense acerca de todas las actividades vigorosas que requieren un esfuerzo físico fuerte que Usted hizo en los últimos 7 días. Actividades vigorosas son las que hacen respirar mucho más fuerte que lo normal y pueden incluir el levantamiento de objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta. Piense solamente en esas actividades que Usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

1. Durante los últimos 7 días ¿Cuántos días hizo Usted actividades físicas vigorosas (considerando éstas 10 minutos continuos)?

___ Días por semana (indique el número).

Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta n° 3).

2. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividades físicas vigorosas en los días que las realiza (considerando éstas 10 minutos continuos)?

___ ___ Minutos por día.

- No sabe/ no está seguro(a).

APARTADO B

Ahora, piense en actividades que requieren un esfuerzo físico moderado y que Usted hizo en los últimos 7 días. Actividades físicas moderadas son las que hacen respirar más fuerte que lo normal e incluyen cargar cosas ligeras, montar en bicicleta a paso regular, o juego de dobles en tenis. No incluya caminar. Otra vez piense únicamente aquellas actividades físicas que Usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

3. Durante los últimos 7 días ¿Cuántos días hizo Usted actividades físicas moderadas (considerando éstas 10 minutos continuos)?

- ___ Días por semana (indique el número).

- Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta n°5).

4. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le dedicó en uno de esos días que hizo actividades físicas moderadas (considerando éstas 10 minutos continuos)?

- __ __ Minutos por día.

- No sabe/ no está seguro(a).

APARTADO C

Ahora piense en el tiempo que Usted le dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo y en la casa, caminar para ir de un sitio a otro, y

cualquier otra caminata que Usted haya hecho meramente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

5. Durante los últimos 7 días ¿Cuántos días caminó Usted por lo menos 10 minutos seguidos?

___ Días por semana (indique el número).

Ninguna caminata (pase a la pregunta nº7).

6. ¿Cuánto tiempo en total pasó generalmente caminando en uno de esos días?

___ Minutos por día.

No sabe/ no está seguro(a).

7. Durante los últimos 7 días ¿Cuál fue la cantidad total de tiempo que Usted pasó sentado(a)?

___ Minutos por día.

No sabe/ no está seguro(a).

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD _____

VALORACION DEL CUESTIONARIO:

1. Caminatas: $3'3 \text{ MET}^* \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$ (Ej. $3'3 \times 30 \text{ minutos} \times 5 \text{ días} = 495 \text{ MET}$)

2. Actividad Física Moderada: 4 MET X minutos x días por semana

3. Actividad Física Vigorosa: 8 MET X minutos x días por semana

A continuación sume los tres valores obtenidos:

Total = caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN:

- Actividad Física Moderada:

- 3 ó más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.

- 5 ó más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.

- 5 ó más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET.

- Actividad Física Vigorosa:

- Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET.

- 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET.

***MET:** consumo metabólico basal, que equivale aproximadamente a 3.5 ml/ kg/min de oxígeno (o 1 kcal/kg/hora). Los valores de MET oscilan entre 0.9 cuando se duerme, 1 cuando se está tumbado o viendo la televisión, hasta 18 cuando se corre a gran velocidad (17.5 km/h).

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA.

Señale con cuáles de las siguientes afirmaciones está de acuerdo:

Cada casilla señalada= 1 punto

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

Si

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.)?

Dos o más cucharadas

3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)?

Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas)

4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?

Tres o más al día

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

6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (una porción individual equivale a 12 gr)?

Menos de una al día

7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?

Menos de una al día

8. ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?

Tres o más vasos por semana

9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?

Tres o más por semana

10. ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?

Tres o más por semana

11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?

Menos de tres por semana

12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?

Una o más por semana

13. ¿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

14. ¿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

Resultado final, puntuación total:

ANEXO 6. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EJERCICIO FÍSICO. (18)

I.MÓDULO ALIMENTACIÓN SALUDABLE

1º SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- Introducción.
- Bienestar.
- Cálculo del peso ideal y del índice de masa corporal

2º SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- Enfermedades que se pueden asociar al exceso de peso.
- Guías dietéticas.
- Tome una alimentación variada.
- Equilibre la alimentación que toma con su actividad física: mantenga o mejore su peso.
- Elija una dieta rica en fibra: frutas, verduras y cereales. Elija una dieta pobre en grasas.

3º SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- Elija una dieta moderada en azúcares.
- Elija una dieta moderada en sal.
- El papel del agua en una buena nutrición.

4º SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- ¿Cómo llegar hasta ahí desde aquí?
- Establecimiento de metas para un estilo de vida sano.
- Lista de metas.

5° SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- Estrategias para mejorar los hábitos alimentarios.
- Control del apetito.
- Desarrollo de sistemas de ayuda para mantener un estilo de vida sano

6° SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- La higiene y conservación: bases para una buena alimentación.
- La buena preparación y cocinado de los alimentos contribuye a la salud.
- Conclusiones finales.

II. MÓDULO EJERCICIO FÍSICO

7° SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- ¿Qué significa un estilo de vida sano?
- Los beneficios del ejercicio.

8° SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- Composición de su cuerpo.
- Obstáculos habituales que impiden la práctica de ejercicio.

- Síntomas de falta de forma física.

9º SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- ¿Por qué es importante consultar con su médico antes de empezar un programa de ejercicio?
- Tipos de ejercicio y cómo elegir un programa de ejercicio.
- Caminar: un ejercicio ideal, ¿qué es el ejercicio aeróbico?

10º SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- Componentes de un programa de ejercicio.
- Cómo empezar un programa de ejercicio.
- La importancia de fijarse unas metas.

11º SESIÓN:

- Incorporación del ejercicio a la rutina diaria.
- Ventajas del ejercicio físico cotidiano.

12º SESIÓN:

Contenido de la sesión:

- ¿Cuáles son los recursos disponibles en su entorno?
- Mejorar los hábitos de autocuidado (higiene).
- Conclusiones finales.

SESIÓN: REVISIÓN

- Revisión del nivel de conocimientos