



**Universitat de les  
Illes Balears**

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR TRAS UNA  
INTERVECIÓN NUTRICIONAL EN DIETA MEDITERRÁNEA EN  
PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

**SARA DÍEZ GALERÓN**

(Diplomada Universitaria en Enfermería, 2005-2008, Escuela Universitaria de Cartagena  
adscrita a la Universidad de Murcia)

**Memoria del Trabajo Final de Máster**

Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana  
de la

**UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS**

Junio, 2016

*Firmas*

Sara Díez Galerón \_\_\_\_\_ 5/07/2016

*Certificado* \_\_\_\_\_

*Silvia Tejada Gavela  
Tutor del Trabajo*

*Aceptado* \_\_\_\_\_

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

## ÍNDICE:

- RESUMEN.....	3
- PALABRAS CLAVE.....	3
- INTRODUCCIÓN.....	4
- HIPÓTESIS.....	8
- OBJETIVOS.....	8
- MATERIAL Y MÉTODO:.....	8
A.- Metodología de la investigación.....	9
B.- Ámbito de estudio.....	10
C.- Acceso y selección de la muestra.....	10
D.- Descripción de la muestra.....	10
E.- Instrumentos de recogida.....	11
F.- Variables.....	11
G.-Plan de trabajo.....	11
H.- Consideraciones éticas.....	12
I.- Análisis de los datos.....	13
- APORTACIÓN DEL ESTUDIO .....	13
- LIMITACIONES.....	14
- BIBLIOGRAFÍA.....	15
- ANEXOS.....	17
○ Anexo 1: Datos sociodemográficos.....	17
○ Anexo 2: Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.....	19
○ Anexo 3: Hoja informativa para los participantes.....	21
○ Anexo 4: Consentimiento informado.....	22
○ Anexo 5: Programa de hábitos de vida saludable.....	23

## **RESUMEN**

Es frecuente que las personas que padecen Trastorno Mental Grave (TMG) sufran múltiples problemas de salud física debidos, entre otros motivos, a efectos de la medicación, estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo o desequilibrios nutricionales, y a factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial (HTA), el tabaquismo o la obesidad.

A nivel epidemiológico se ha observado que las personas con TMG tienen una elevada mortalidad, siendo de dos a tres veces mayor que la población general.

La dieta Mediterránea es probablemente uno de los modelos dietéticos más saludables que existen actualmente. Numerosos estudios epidemiológicos, ponen de relieve los efectos beneficiosos de este tipo de dieta frente a enfermedades cardiovasculares, diabetes, ciertos tumores y otras patologías asociadas con el estrés oxidativo. En este sentido la Dieta Mediterránea se relaciona con una mayor expectativa de vida y una menor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas.

### **Objetivo principal:**

- Disminuir los factores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados de trastorno mental grave mediante la educación nutricional en dieta mediterránea.

### **Objetivo secundario:**

- Mejorar la adherencia a la dieta mediterránea.
- Fomentar estilo de vida saludable en los participantes del estudio.

Material y método: ensayo clínico longitudinal, prospectivo, aleatorizado ya que se realiza una intervención nutricional en Dieta Mediterránea a un grupo de individuos seleccionados de manera aleatoria para valorar modificaciones en parámetros antropométricos y conductuales con respecto a la alimentación comparándolos con un grupo control.

## **PALABRAS CLAVE**

Trastorno mental grave, intervención nutricional, Dieta mediterránea

## **INTRODUCCIÓN**

Es frecuente que las personas que padecen Trastorno Mental Grave (TMG) sufran múltiples problemas de salud física debidos, entre otros motivos, a efectos de la medicación, estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo o desequilibrios nutricionales, y a factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial (HTA), 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 <sup>(1)</sup>.

Para hacernos una idea del alcance de esta problemática, la World Psychiatric Association (WPA), dentro de su plan de acción 2008-2011, realizó una búsqueda bibliográfica (años 1996 a 2010) y con esos datos, se elaboraron documentos educativos sobre la prevalencia, causas y tratamiento de las enfermedades físicas en personas con TMG destacando los siguientes datos <sup>(3,4)</sup>:

1.- En cuanto a morbilidad, las personas con TMG son propensas a muchos problemas de salud física diferentes, siendo más frecuentes que en la población general <sup>(3,4)</sup>.

Se analizaban las posibles causas de dicho aumento de morbilidad:

- La propia enfermedad, que se ha relacionado con diversas patologías físicas y síntomas asociados a la misma, como la falta de adherencia al tratamiento y un estilo de vida no saludable.

- El tratamiento psicofarmacológico y los efectos secundarios.

- Los profesionales de salud mental no habituados a detectar y tratar patologías físicas, tienden a focalizar su atención en lo mental antes que en lo físico.

- Un menor acceso al sistema sanitario, en el cual no está claro quién es el responsable de detectar y manejar problemas físicos en personas con TMG debido a una falta de integración de servicios. En Atención Primaria se observa que se les ofrece menos

cuidados que a la población general y en Salud Mental quizás no siempre se presta la suficiente atención a estos problemas de salud física (5).

2. A nivel epidemiológico se ha observado que las personas con TMG tienen una elevada mortalidad, siendo de dos a tres veces mayor que la población general. También disminuye la expectativa de vida de 13 a 30 años, incluso en los países con sistemas sanitarios de calidad, con una mortandad en los 50 años en lugar de los 70 años. Alrededor de un 60% de dicha sobremortalidad es debida a enfermedades físicas(3,4). En cuanto a morbimortalidad, las personas con TMG son propensas a muchos problemas de salud física diferentes, siendo más frecuentes que en la población general (3,4).

Según la OMS el ranking de los principales factores de riesgo causantes de muerte a nivel mundial incluye tensión arterial elevada, tabaco, glucosa elevada en sangre, inactividad física, sobrepeso y obesidad, colesterol alto en sangre, entre otros. La mayoría de estos factores se encuentran significativamente incrementados en personas diagnosticadas de esquizofrenia.

Además la esperanza de vida en estos pacientes es de 20 años menos si la comparamos con la población general. Las personas con TMG mueren de las mismas enfermedades que la población general pero con una esperanza de vida menor (3).

Cuando se habla de Trastorno Mental Grave (TMG) se incluyen los trastornos psicóticos, los trastornos bipolares y los trastornos graves de la personalidad. Para su diagnóstico se siguen los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) que incluye:

- Trastornos Psicóticos (F.20 Esquizofrenia, F21 Trastorno esquizotípico, F.22 Trastorno delirante persistente; F. 24 Trastorno de ideas delirantes inducidas, F25 Trastornos esquizoafectivos; F.28 otros trastornos psicóticos no orgánicos)
- Trastorno bipolar (F.31)
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F.32.3)
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F.33.3)

- Trastornos de Personalidad (F.60), que conlleven una afectación grave en el funcionamiento y competencia laboral, social, personal y/o familiar.

Además del diagnóstico, la definición de trastorno mental grave (TMG) requiere que se trate de un patología con una duración prolongada y que conlleve un grado variable de discapacidad y de disfunción social <sup>(1)</sup>. Por eso requiere una atención integral de tratamientos biológicos, psicológicos y sociales, así como rehabilitación, cuidados y apoyo continuado en el tiempo <sup>(2)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un estudio de 2009 a nivel mundial en diferentes países de ingresos bajos, medios y altos determina que los riesgos para la salud física globales son: HTA (siendo responsable de un 13% de las muertes), el tabaquismo (un 9%), la glucosa elevada (un 6%), el sedentarismo (un 6%), la obesidad (un 5%) y la dislipemia (un 5%) <sup>(6)</sup>.

Las personas con TMG (en especial con esquizofrenia) presentan un porcentaje más elevado de riesgo que la población general en todos los factores mencionados anteriormente, deberían recibir monitorización regular y un tratamiento adecuado para dichos factores <sup>(1,3,5,7,8)</sup>. Dentro de las enfermedades físicas más frecuentes que padecen las personas con TMG, cabe destacar por su importancia las enfermedades cardiovasculares como el Accidente Cerebro Vascular (ACV), Infarto Agudo Miocardio (IAM) y la Hipertensión Arterial (HTA); y las enfermedades nutricionales y metabólicas como la obesidad, diabetes mellitus, el síndrome metabólico y la hiperlipidemia <sup>(1,3)</sup>

En los últimos años, la salud física de las personas con TMG ha despertado un creciente interés en el mundo de la salud mental, realizándose numerosos estudios al respecto, así como esfuerzos encaminados a mejorar la monitorización y manejo de salud de las personas con enfermedad mental. Para ello, se han publicado varias recomendaciones genéricas y específicas tanto nacionales como internacionales <sup>(5,9)</sup>.

Como antecedentes a este estudio podemos mencionar que 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 <sup>(9)</sup>, que trata de dar respuesta a los problemas expuestos.

Si bien la alimentación no hace que la sintomatología de las enfermedades mentales graves empeore o mejore a grandes rasgos, sí cabe destacar que la sintomatología de la enfermedad mental grave hace que ciertas actividades básicas de la vida del paciente se vean alteradas como puede ser la alimentación.

Síntomas negativos de la enfermedad como la apatía, la abulia, la anhedonia, la falta de interés o el deterioro cognitivo que sufren estos pacientes hace que la alimentación sea incorrecta y que la actividad física sea mínima, por lo que es aquí donde radica el problema de salud física y la causa de que los factores de riesgo cardiovascular aumenten en este tipo de población.

Habiendo ya mencionado los diferentes trastornos mentales graves y la asociación de éstos con factores de riesgo cardiovascular, es momento de comenzar a hablar de Dieta Mediterránea, ya que la intervención nutricional que se persigue en este proyecto se basa en esta dieta como uno de sus pilares fundamentales.

La Dieta Mediterránea es quizás el modelo alimentario más saludable del planeta, hecho corroborado por numerosos estudios epidemiológicos y experimentales de nutrición que muestran que los países mediterráneos gozan de tasas de morbilidad por enfermedades crónicas más bajas y una esperanza de vida más elevada (11).

La dieta Mediterránea es probablemente uno de los modelos dietéticos más saludables que existen actualmente. Numerosos estudios epidemiológicos (11, 12), ponen de relieve los efectos beneficiosos de este tipo de dieta frente a enfermedades cardiovasculares, diabetes, ciertos tumores y otras patologías asociadas con el estrés oxidativo. En este sentido la Dieta Mediterránea se relaciona con una mayor expectativa de vida y una menor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas (13,14), evidenciándose que un pequeño incremento en el índice de adhesión a esta dieta conlleva una reducción significativa en el riesgo de mortalidad y en la incidencia de dichas enfermedades (11, 15).

La Dieta Mediterránea se caracteriza por un perfil alimentario moderado en el que adquieren protagonismo algunos grupos de alimentos típicos de la región mediterránea: cereales, legumbres, pescado, aceite de oliva, frutas, frutos secos, verduras, hortalizas y vino (11).

Sin embargo, no solo representa ciertos hábitos alimentarios o nutricionales sino que hace referencia a un determinado estilo de vida, el cual se ha forjado a lo largo de siglos por las condiciones geográficas, climatológicas, orográficas, culturales y ambientales preponderantes en los países y regiones enmarcados en la cuenca del Mediterráneo <sup>(16)</sup>.

La justificación de este trabajo pues, radica en la importancia de ejercer una educación nutricional en Dieta Mediterránea a pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave haciendo que se modifiquen conductas alimentarias y de ejercicio y así poder mejorar los Factores de Riesgo Cardiovascular.

### **HIPÓTESIS**

La intervención en educación nutricional disminuirá los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave y mejorará la adherencia a la dieta mediterránea.

### **OBJETIVOS**

#### Objetivo principal:

- Disminuir los factores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados de trastorno mental grave mediante la educación nutricional en dieta mediterránea.

#### Objetivo secundario:

- Mejorar la adherencia a la dieta mediterránea.
- Fomentar estilo de vida saludable en los participantes del estudio.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

El presente estudio se trata de un ensayo clínico longitudinal, prospectivo, aleatorizado ya que se realiza una intervención nutricional a un grupo de individuos seleccionados de manera aleatoria para valorar modificaciones en parámetros antropométricos y conductuales con respecto a la alimentación comparándolos con un grupo control.



## **A.- Metodología de la investigación**

Este estudio está enfocado desde una metodología cuantitativa, ya que se pueden medir parámetros de manera objetiva y así valorar un cambio inducido por la intervención nutricional realizada.

El estudio se realizará en el centro de Salud mental de Cartagena; sobre dos grupos de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave que acuden de manera habitual al centro de salud mental. Uno será el grupo intervención (grupo A) y el otro será el grupo control (grupo B).

A ambos grupos se le realizará un screening metabólico, que se realizará en ambos grupos tanto al inicio del estudio como a los 6 meses y al año de iniciarse el estudio. Las variables a recoger serán las que se indican a continuación:

- Medidas antropométricas: peso (kg), talla (metros), IMC, perímetro abdominal (centímetros).
- Tensión Arterial (TA) (mmHg) y Frecuencia Cardíaca (FC) (latidos por minuto)
- Glucemia basal (mg/dl) y perfil lipídico analítico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos).

Únicamente al grupo intervención (grupo A) se le realizará una intervención en educación nutricional en dieta Mediterránea y ejercicio de manera grupal siguiendo un programa de hábitos de vida saludables (ANEXO 5).

Dicha intervención nutricional en dieta Mediterránea y ejercicio consta de intervenciones grupales semanales. La duración de las sesiones semanales será de 1 hora y 30 minutos. Realizándose un total de 12 sesiones.

Cada sesión semanal que impartirá la enfermera especialista en salud mental dotada del material necesario para la exposición, de unos noventa minutos aproximadamente, de los cuales se dedicarán 20 minutos a resolver dudas de sesiones anteriores y para un breve recordatorio de lo ya hablado y el resto para el tema a desarrollar ese día.

A los participantes pertenecientes al grupo control (grupo B) se le dará el consejo alimentario habitual en la consulta de enfermería sin ahondar en los mismos contenidos que en el grupo intervención.

Además, a ambos grupos se les pasará el cuestionario validado sobre adherencia a la dieta mediterránea pre y post-intervención, es decir al inicio del estudio y a las 24 semanas tras las 12 sesiones recibidas y otras 12 para modificación de hábitos en su vida diaria.

### **B.- Ámbito de estudio**

El estudio se centrará en el Centro de Salud Mental de Cartagena, centro perteneciente a la red de salud mental de la Región de Murcia, área 2.

### **C.- Acceso y selección de la muestra**

Se seleccionarán los pacientes conforme lleguen a la consulta de enfermería derivados por los especialistas de referencia para intervención nutricional, se asignan de manera aleatoria a grupo intervención o grupo control mediante programa informático para aleatorización.

### **D.- Descripción de la muestra**

El número de pacientes para cada grupo será de 20 participantes para realizar un estudio piloto, a partir de los resultados obtenidos se podrán establecer las condiciones para realizar un estudio de mayor envergadura.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de Trastorno Mental Grave.
- Acudir de manera habitual al Centro de Salud Mental.
- Haber sido derivado por su especialista de referencia.
- Ser mayor de edad.

Criterios de exclusión:

- Empeoramiento de la enfermedad de base.

- Ingreso hospitalario.
- Diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria.

### **E.- Instrumentos de recogida**

Previo a la realización del estudio se realizará una entrevista semiestructurada, que constará de preguntas sobre datos sociodemográficos (ANEXO 1) y cuestionario sobre adherencia a la dieta mediterránea (autoadministrado) (ANEXO 2).

Además se realizará una analítica en ayunas para valorar el perfil lipídico y la glucemia basal.

Se terminará realizando medidas antropométricas para lo que se necesitará un esfigmomanómetro de mercurio, un peso o báscula, un tallímetro y una cinta métrica.

### **F.- Variables**

Las variables a tener en cuenta en el estudio serán:

- ✓ Variables sociodemográficas
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Peso (kg)
- ✓ Talla (metros)
- ✓ Índice de Masa Corporal (IMC)
- ✓ Perímetro abdominal (centímetros).
- ✓ Tensión Arterial (TA) (mmHg)
- ✓ Frecuencia Cardíaca (FC) (latidos por minuto)
- ✓ Glucemia basal (mg/dl)
- ✓ Colesterol total (mg/dl)
- ✓ HDL (mg/dl)
- ✓ LDL (mg/dl)
- ✓ Triglicéridos (mg/dl)

### **G.- Plan de trabajo:**

La duración del presente proyecto será de un año de duración, iniciándose en Septiembre.

A los pacientes asignados de manera aleatoria al **grupo intervención (grupo A)** se les incluiría en un grupo que deberá de acudir semanalmente al Centro de Salud Mental de Cartagena para recibir educación nutricional sobre dieta mediterránea y hábitos de vida saludable durante un total de 12 sesiones.

A los pacientes asignados al **grupo control (grupo B)** no se les realizará dicha intervención, solo se les pasará consulta individual dándoles el consejo dietético habitual.

**Semana 1:** primera cita de manera individualizada en consulta de enfermería para realización de analítica en ayunas, mediciones antropométricas y cuestionarios. 1ª sesión de grupo.

Además en esta primera consulta previa a la realización de cualquier intervención se informará al paciente del estudio que se va a realizar y se le pasará la hoja de información al paciente y un consentimiento informado que deberá firmar para poder participar en él (ANEXOS 3 y 4).

A todos los sujetos que participen se les pedirá confidencialidad, asistencia, puntualidad y participación como normas de grupo.

**Semana 2-12:** sesiones semanales en el Centro de Salud Mental de Cartagena con intervención en educación nutricional y hábitos de vida saludable (ANEXO 5).

**Semana 24:** se volverá a citar a los pacientes de manera individual para la medición de los mismos parámetros antropométricos que al inicio del estudio y realización del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. El objetivo de que pasen 12 semanas más desde que se finalizan las sesiones es ver que han introducido estos cambios en su vida de manera habitual.

**Semana 48:** cita de manera individual para control analítico (glucemia y perfil lipídico), medidas antropométricas y cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.

#### **H.- Consideraciones éticas**

Como ya se ha indicado en el cronograma, previo a la realización de las entrevistas y a la recogida de los datos, se explicará el propósito del estudio a cada uno de los

participantes, entregándoles la hoja de información al paciente (ANEXO 3) y se solicitará la firma del consentimiento informado de manera escrita asegurando así el carácter anónimo y privacidad de los participantes (ANEXO 4). Se informará claramente a los participantes que su atención médica no se verá alterada por la participación o no dentro del estudio, y que podrá abandonar el mismo en cualquier momento sin dar explicaciones sin que tampoco afecte a su asistencia médica.

El proyecto será un estudio codificado, de tal manera que las variables que se recogerán en el estudio serán tratadas con total confidencialidad; para tal propósito, se le asignará un código a cada paciente incluido en el estudio al que únicamente tendrá acceso el investigador principal y los investigadores implicados del estudio.

Así mismo, previo a la realización del estudio se pedirán los permisos oportunos al Comité de ética y Comité de investigación del Área 2 de Cartagena al cual pertenece el Centro de Salud Mental de Cartagena.

### **I.- Análisis de los datos**

Realizaremos un estudio de las variables numéricas que se resumirán como media, desviación típica y rango, las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Para los contrastes de hipótesis, tras estudiar la normalidad en la distribución de las variables continuas mediante el test de Kolmogorov-Smirnoff usaremos la T-Student y ANOVA en caso de normalidad y test no paramétricos en caso contrario.

Para las variables cualitativas usaremos el test de la Chi-Cuadrado con la corrección de Yates en caso de ser necesario.

Todos los resultados se considerarán significativos para un nivel  $\alpha < 0.05$ .

Los análisis se llevarán a cabo con el programa SPSS v.18.0.

### **APORTACIÓN DEL ESTUDIO**

Debido a la elevada incidencia de personas con TMG en nuestra sociedad y a la asociación de estos trastornos con las enfermedades cardiovasculares, la salud física de

los pacientes con TMG debe convertirse en una prioridad, con actuaciones dirigidas a la prevención, diagnóstico y manejo de los diferentes factores de riesgo, mejorando así su calidad de vida.

Parece lógico que la intervención en educación nutricional y estilo de vida saludable mejora los factores de riesgo cardiovascular ya no solo en pacientes que padecen TMG sino en la población general.

Pocos estudios han evaluado las intervenciones para hacer frente a uno o más factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares en pacientes con TMG. En resumen, la evidencia es insuficiente para la mayoría de las estrategias de intervención, y hay muy pocos estudios para llevar a cabo la síntesis cuantitativa para todos los resultados de interés, excepto para el peso <sup>(10)</sup>.

Se hace evidente la necesidad de realizar más estudios sobre esta población que tantos problemas de salud desarrolla debido a la patología mental.

### **LIMITACIONES**

Como limitaciones al estudio cabe destacar que es un estudio piloto en el que el tamaño muestral no es elevado debido al número de pacientes al que se puede acceder actualmente al centro de salud mental; sin embargo, aportará una primera evaluación de estos pacientes, para ser posteriormente ampliado en un segundo estudio multicéntrico atendiendo a los resultados obtenidos.

Otra limitación a destacar podría ser las reagudizaciones que pueden sufrir estos pacientes a lo largo de un año y que se considera como criterio de exclusión, pudiendo perder así participantes en el estudio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- García Martínez de Estarrona A, Díaz García I, Sánchez Carreño C, García Pérez M.C, López García E, López Espejo S, Pujalte Martínez M.L, Martín García-Sancho J.C. 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.
- 2- Olmos E, Martínez J. Proceso de atención a los trastornos mentales graves: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Murcia: Conserjería de sanidad de la Región de Murcia. 2009.
- 3- 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.
- 4- De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti 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.
- 5- Tosh 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.
- 6- Organización Mundial de la Salud. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genova: OMS. 2009.
- 7- De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Möller HJ. Enfermedad cardiovascular y diabetes en personas con enfermedad mental grave. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2009; 2(1): 49-59.
- 8- Ezcurra J, Gutiérrez M, González-Pinto A. La salud física en el enfermo psiquiátrico. Madrid: Aula Medica. 2008.
- 9- 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.

- 10- Luna Torrejón B. Abordaje Psicoeducativo de la Enfermera Especialista en Salud Mental en pacientes con Trastorno Mental Grave para controlar la obesidad. PARANINFO DIGITAL MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD. ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/301d.php>
- 11- De la Montaña, J, Castro, L, Cobas, N, Rodríguez, M, Míguez, M. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el índice de masa corporal en universitarios de Galicia. Revista nutrición clínica y dietética hospitalaria. Nutr. clín. diet. hosp. 2012; 32(3):72-80.
- 12- Martínez- González MA, De la Fuente-Arrillaga C, Nuñez-Córdoba JM, Basterra-Gostari FJ, Vázquez Z, Benito S et al. Adherence to Mediterranean diet and risk developing diabetes: prospective cohort study. BMJ. 2008. 336(7657):1348-1351.
- 13- Serra-Majem LI, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, Garcia A, Pérez-Rodríguez C et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KidMed, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescent. PHN. 2004; 7(7):931-935.
- 14- Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini JF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. BMJ. 2008; 337:a1344, doi:10.1136/bmj.a1344.
- 15- Sofi F, Abbate R, Franco G, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2010; 92:1189–1196.
- 16- Pérez C, Aranceta J. La dieta Mediterránea en el marco de la nutrición comunitaria: luces y sombras. En Alonso E., Varela- Moreiras G y Silvestre D. coord. ¿Es posible la dieta Mediterránea en el siglo XXI? Fundación Tomás Pascual y Gómez-Cuétara P. Universidad San Pablo CEU y Universidad Cardenal Herrera CEU. Madrid. 2011.



## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**Edad (años):**

**Sexo:**

- Hombre**
- Mujer**

**Estado civil:**

- Soltero**
- Casado**
- Viudo**
- En pareja**

**Tipo de convivencia:**

- Familia de origen**
- Familia propia**
- En pareja**
- Solo**
- Solo con hijos**

**Nivel de estudios:**

- No tiene**
- Primarios**
- Secundarios**
- Universitarios**

**Situación laboral:**

- Activo**
- En paro**
- Jubilado**

**Diagnóstico:**

**Medicación:** tanto si toma medicación psiquiátrica como para para la hipertensión, diabetes, colesterol y/ triglicéridos habitualmente.

**Antecedentes enfermedad física personales/familiares:**

- Diabetes (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos).
- Hipertensión.
- Hiperlipemia.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Cifras de glucosa en sangre por encima de 100 mg/dl en alguna ocasión (por ejemplo, control médico, enfermedad o embarazo).

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

Nos interesa conocer sus hábitos de alimentación, por ello necesitamos que responda a algunas cuestiones relacionadas con su dieta. Le informamos que este cuestionario es totalmente anónimo.

Nº	Pregunta	Modo de valoración	Puntos
1	¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	Si =1 punto	
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 =1 punto	
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)= 1 punto	
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	Tres o más al día= 1 punto	
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	
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día porción individual equivale a 12 gr)?	Menos de una al día= 1 punto	
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de una al día= 1 punto	
8	¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	Tres o más vasos por semana= 1 punto	
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	Tres o más por semana= 1 punto	
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= 1 punto	
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	Menos de tres por semana= 1 punto	
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	Una o más por semana= 1 punto	

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= 1 punto	
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= 1 punto	

Resultado final, puntuación total

PUNTUACIÓN TOTAL:

< 9 baja adherencia

>= 9 buena adherencia

### **ANEXO 3:**

#### **HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES**

Nos dirigimos a usted para informarle del estudio que el equipo de enfermería especialista en Salud Mental del Centro de Salud Mental de Cartagena llevará a cabo en los próximos meses.

El estudio intentará evaluar la modificación de estilo de vida, la adherencia a la dieta mediterránea y factores de riesgo cardiovascular en los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental tras una intervención nutricional.

Para llevar a cabo el estudio necesitaremos de su colaboración para poder registrar una serie de parámetros: peso, talla, Índice de Masa Corporal... Además de realizarle una analítica sanguínea con el objetivo de valorar parámetros tales como el azúcar en sangre, el colesterol y los triglicéridos.

El seguimiento se realizará a lo largo de un año y usted mantendrá contacto con su enfermera durante este tiempo para recibir información, consejos y pautas con respecto a alimentación y estilo de vida saludable.

Su participación es de carácter voluntario e igualmente, podrá retirarse del estudio cuando lo desee, sin que se vea menospreciada su atención sanitaria. Igualmente, le recordamos que toda la información que usted deposite será confidencial.

Para cualquier duda y/o sugerencia puede contactar con el responsable del estudio en el teléfono 968326709 (Sara Díez Galerón).

## **ANEXO 4:**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Centro de Salud Mental de Cartagena.

Equipo de enfermería de salud mental

Teléfono: 968326709 (Sara Díez Galerón).

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:

Paciente

Investigador

Cartagena a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

## ANEXO 5

### PROGRAMA DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

Los temas a desarrollar en el programa de manera grupal, serán los siguientes:

- ✓ Enfermedades que se pueden asociar al exceso de peso.
- ✓ Importancia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular, concepto y definición.
- ✓ Relación entre TMG y factores de riesgo cardiovascular.
- ✓ Efectos de la medicación e interacciones entre fármacos y alimentación.
- ✓ Educación para la salud sobre hábitos de vida saludables. Introducción a la pirámide de los alimentos, grupos de alimentos y raciones recomendadas.
- ✓ Hábitos alimentarios: creencias erróneas sobre alimentación, alimentación equilibrada, **dieta mediterránea**, consejos para mejorar los hábitos alimentarios.
- ✓ hábitos de vida saludable: ejercicio físico, sueño y descanso.
- ✓ Ansiedad y su control: Técnicas de relajación.