



**Universitat de les
Illes Balears**

**Alimentación Saludable en las Mejoras de la Calidad
de Vida en Pacientes Adultos con Trastorno Mental
Grave**

AUTOR: José Joaquín García Arenas

(Doctor en Terapia Ocupacional, 2015. Universidad Miguel Hernández)

Memoria del Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Junio,2017

Firmas

Autor: José Joaquín García Arenas

Certificado: Jordi Pich Solé

Aceptado: Director del Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES.....	4
3. BIBLIOGRAFIA:.....	8
4. HIPOTESIS DE TRABAJO	10
5. OBJETIVOS:	12
5.1. Principal.....	12
5.2. Secundarios.....	12
6.-METODOLOGÍA:.....	14
6.1. Diseño del estudio.....	14
6.2. Sujetos de estudio.....	14
6.3. Criterios de inclusión.....	14
6.4. Criterios de exclusión	14
6.5. Tamaño muestral.....	14
6.6. Variables	15
6.7. Recogida de datos	15
6.8. Instrumentos/fuentes de información	15
6.9. Análisis de los datos	18
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	20
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
9. CONFLICTOS DE INTERÉS	24
10. PLAN DE TRABAJO/CRONOGRAMA.....	26
11. MEDIOS NECESARIOS.....	29
12. ANEXOS.....	31
ANEXO 1:	31
ANEXO 2:	36
ANEXO 3:	38
ANEXO 4:	39
ANEXO 5:	40

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

En España, uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde la Agencia de Calidad del Ministerio, en coordinación con las Comunidades autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, es que debemos mejorar la atención a la Salud Mental. El paciente esquizofrénico presenta un elevado riesgo del llamado síndrome metabólico. Hábitos derivados de la enfermedad, como el sedentarismo, así como alteraciones del metabolismo asociados con ella, como un aumento de la resistencia a la insulina, del cortisol y de la hiperglucemia se ven potenciados por los efectos secundarios de una gran parte de los antipsicóticos, dando como resultado la asociación de una serie de factores de riesgo que disminuyen la esperanza de vida de estos pacientes.

Los pacientes con esquizofrenia son más obesos que la media de la población, en este dato epidemiológico colabora la propia enfermedad ,potenciada por la acción de algunos antipsicóticos (clozapina, olanzapina, etc.) que se administran.

OBJETIVO:

Valorar si la alimentación saludable influye en las mejoras de la calidad de vida en pacientes adultos con trastorno mental grave en el área III de la Región de Murcia.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se llevará a cabo un estudio cuasiexperimental pre-post con grupo control en el centro de salud mental del área III de Murcia con el fin de determinar si una alimentación saludable influye en la calidad de vida de estas personas.

La población diana está compuesta por usuarios con trastorno mental grave que acuden al centro de salud mental del Área III de la Región de Murcia.

La población de estudio son pacientes que acuden a la unidad de rehabilitación del centro de salud mental del Área III de la Región de Murcia.

La investigación será realizada y coordinada por un Terapeuta Ocupacional. Las escalas realizadas serán la escala de calidad de vida Sevilla, el Test Predimed de adherencia a la dieta mediterránea y la Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV).Se realizó también las medidas del peso (cuantitativa continua), talla e índice de masa corporal (cuantitativa continua).

PALABRAS CLAVE: Trastorno mental grave, dieta mediterránea, calidad de vida

1. ABSTRACT.

INTRODUCTION:

In Spain, one of the strategic objectives of the Ministry of Health and Consumer Affairs, from the Quality Agency of the Ministry, in coordination with the Autonomous Communities, scientific societies and patient associations, is that we must improve mental health care. The schizophrenic patient has a high risk of the so-called metabolic syndrome. Habits derived from the disease, such as sedentary lifestyle, as well as alterations in metabolism associated with it, such as increased insulin resistance, cortisol and hyperglycemia are enhanced by the side effects of a large proportion of antipsychotics, Resulting in the association of a series of risk factors that decrease the life expectancy of these patients.

Patients with schizophrenia are more obese than the average population; in this epidemiological data the disease itself contributes ,potentiated by the action of some antipsychotics (clozapine, olanzapine, etc.).) That are administered

OBJECTIVE:

To evaluate if healthy eating influences the improvement of the quality of life in adult patients with severe mental disorder in the area III of the Region of Murcia.

MATERIAL AND METHOD:

A pre-post quasi-experimental study with a control group will be carried out in the mental health center of the III area of Murcia in order to determine if a healthy diet influences the quality of life of these people. The target population is composed of users with severe mental disorders who come to the mental health center of Area III of the Region of Murcia. The study population are patients who go to the rehabilitation unit of the mental health center of Area III of the Region of Murcia. The research will be carried out and coordinated by an Occupational Therapist. The scale performed will be the Sevilla quality of life scale, the Test Predimed of adherence to the Mediterranean diet and the Wechsler Intelligence Scale for adults (WAIS-IV). Weight measurements (continuous quantitative), height and body mass index (continuous quantitative).

KEYWORDS: Severe mental disorder, Mediterranean diet, Quality of life.

2. INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES

En España, uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde la Agencia de Calidad del Ministerio, en coordinación con las Comunidades autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, es que debemos mejorar la atención a la Salud Mental.

Excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un Trastorno Mental en la actualidad, algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida y que estas cifras incrementaran considerablemente en el futuro en España ⁽¹⁾.

Expertos en la materia hacen énfasis en la dificultad de definir con exactitud las mediciones epidemiológicas de la esquizofrenia debido a las variaciones de los criterios diagnósticos en función de las diferentes clasificaciones de los trastornos mentales ⁽²⁾.

Los datos que se barajan en la actualidad hablan de una incidencia anual que oscila en torno a 1 persona por cada 10.000 (1/10.000) con un rango comprendido entre el 0.3% y el 3.7%. La tasa de incidencia de personas con esquizofrenia se presenta más o menos constante a lo largo del tiempo y de las diferentes culturas. El rango de prevalencia de la enfermedad oscila (0,3-17/1000); y en el 66% de los casos la enfermedad evoluciona hacia la cronicidad ⁽³⁾.

El trastorno mental grave hace referencia no solo al trastorno sino también a cual será su duración, su funcionamiento social, familiar y laboral de la persona. Como definición con un mayor consenso fue la que formuló el instituto nacional de salud mental en Estados Unidos en el año 1987 y define a estas personas como un grupo heterogéneo que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social. ⁽⁴⁾

En estas personas la calidad de vida es un factor muy importante para poder desarrollar los hábitos cotidianos, según la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida es *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”*. ⁽⁵⁾

Su uso extendido es a partir de los años sesenta, cuando los científicos sociales inician investigaciones en calidad de vida recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes ⁽⁶⁾, dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la calidad de vida individual. Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la calidad de vida de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza ^(7,8). Para algunos autores, el concepto de CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida ^(9,10).

Muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, autoreporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar la calidad de vida, agregando además que muchos autores no definen lo que para ellos significa calidad de vida, introduciendo confusión acerca de lo que intentan referir ⁽¹¹⁾.

El origen de enfermedades mentales como el trastorno bipolar y la esquizofrenia según diferentes estudios parece estar en la maduración del desarrollo del cerebro. Existen datos muy significativos que apoyan la idea del déficit de ácidos grasos N3 en la alimentación humana a partir del desarrollo de la agricultura y ganadería (los alimentos más consumido, en este momento, como huevos y pollo carecen de este tipo de ácidos grasos). Los niños amamantados (le leche humana es rica en DHA) parecen desarrollar más tarde la sintomatología de estas enfermedades y con mayor benignidad. Se ha demostrado el déficit de N3 en la membrana celular (hematíes) de pacientes con estas enfermedades e, incluso, hay estudios en los que se demuestra una mejoría cuando se añaden N3 a la dieta de pacientes con esquizofrenia. Se ha constatado que estos enfermos consumen altas cantidades de azúcares simples y grasas saturadas, lo que se asocia a peor pronóstico a largo plazo y patologías añadidas como el síndrome metabólico. Todo ello nos induce a pensar que la dieta puede ser importante para prevenir y ayudar en el tratamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia y el trastorno bipolar ⁽¹²⁾.

El paciente esquizofrénico presenta un elevado riesgo del llamado síndrome metabólico. Hábitos derivados de la enfermedad, como el sedentarismo, así como alteraciones del metabolismo asociados con ella, como un aumento de la resistencia a la insulina, del

cortisol y de la hiperglucemia se ven potenciados por los efectos secundarios de una gran parte de los antipsicóticos, dando como resultado la asociación de una serie de factores de riesgo que disminuyen la esperanza de vida de estos pacientes.

Los pacientes con esquizofrenia son más obesos que la media de la población, en este dato epidemiológico colabora la propia enfermedad (debido a alteraciones centrales de los neurotransmisores relacionados con la saciedad), potenciada por la acción de algunos antipsicóticos (clozapina, olanzapina, etc.) que se administran.⁽¹³⁾

La Organización Mundial de la Salud ha definido la obesidad y el sobrepeso como "exceso de grasa corporal acumulada, que se presenta por un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto energético", y la Asociación Americana de Psiquiatría declara que también puede afectar al aparato psíquico⁽⁵⁾.

La incidencia de sobrepeso y obesidad es mayor en las personas con enfermedad mental en general, y esquizofrenia en particular en comparación con la población general. Se identifican factores de riesgo tales como polimorfismos genéticos, uso de antipsicóticos atípicos y una dieta deficiente. La obesidad es un importante problema de salud pública en numerosos países, debido a que los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen una tendencia a desarrollar sobrepeso u obesidad⁽¹⁴⁾.

3. BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Gómez Beneyto M. Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2007
- 2.- Rodríguez F, Hernández C, Rodríguez A, Tost L. Epidemiología de la esquizofrenia: dificultades de los estudios. *Psiquis* 2004; 25: 203-218.
- 3.-Palma C. *Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE*. Tesis Doctoral. Universitat Ramon Llull; 2007.
- 4.-National Institute of mental health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington Dc: NIMH; 1987.
- 5.- Organización Mundial de la Salud .<http://www.who.int/es/>
6. - Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*, 31, 561-580
7. - Campbell A., Converse P., & Rodgers W. (1976) *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage., N
8. - Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships*, 31, 215 – 220.
9. - Smith, K., Avis, N., & Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research*, 8, 447 – 459.
10. - Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32 – 38.
- 11.- Urzúa,A., Caqueo, A.Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 2012, Vol. 30, Nº 1, 61-71
- 12.-Villegas,I.,López J.,Martínez A.B.,Luque A. La alimentación en las enfermedades del espectro esquizofrénico. *Psiquiatria.com*. 2004; 8(4)
- 13.- Villegas, I. López, J. Martínez, A.B., Villegas, J.A.Obesidad y síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia. *Psiqui Biol* 2005; 12(2):000-000
- 14.-Velázquez, J., Manuel, V., García, G., Saldívar-González, A.; Martínez-Perales, G. Revisión sistemática de la asociación entre sobrepeso, obesidad y enfermedad mental, con énfasis en el trastorno esquizofrénico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Dec2009, Vol. 38 Issue 4, p705-716. 12p.
- 15.-Cruz H, Moreno J, Angarita A. Medicion de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enferm. Glob*. Vol 12. Num 30. Murcia. 2013.

- 16.-**Fernández L. Instrumentos de evaluación de calidad de vida en las esquizofrenias. Inf Psiq 2002. n 169.
- 17.-**Giner J, Ibañez E, Baca J, Leal C, Cervera S. Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). Actas Luso-Esp. Neurol Psiquiatr., 25, Supl. 2(11-23), 1997.
- 18.-** <http://cuidatecv.es/test-predimed/>
- 19.-**Kaplan, R. M., Saccuzzo, D. P. Psychological testing: Principles, applications, and issues. Thomson Wadsworth. Universidad de Chile.2005
- 20.-** Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones en seres humanos. 1964.

4. HIPOTESIS DE TRABAJO

La mejora de los hábitos alimentarios por parte de los pacientes con un trastorno mental grave, logrando en ellos un alto grado de adherencia a la dieta mediterránea, influirá en su calidad de vida determinada mediante el Cuestionario de Calidad de Vida Sevilla, el Test Predimed de adherencia a la dieta mediterránea y la Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV).

5. OBJETIVOS:

5.1. Principal

-Valorar si la alimentación saludable influye en las mejoras de la calidad de vida en pacientes adultos con trastorno mental grave en el área III de la Región de Murcia.

5.2. Secundarios

-Explorar si la dieta mediterránea reduce el peso en pacientes con trastorno mental grave.

-Valorar si hay adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con esquizofrenia del área III de Murcia que acuden al centro de salud mental.

-Determinar la correlación entre la alimentación saludable y una mejoría en la calidad de vida en pacientes que acuden a las unidades de rehabilitación y no están institucionalizados.

6.-METODOLOGÍA:

6.1. Diseño del estudio

Se llevará a cabo un estudio cuasiexperimental pre-post con grupo control en el centro de salud mental del área III de Murcia con el fin de determinar si una alimentación saludable influye en la calidad de vida de estas personas.

6.2. Sujetos de estudio

La población diana está compuesta por usuarios con trastorno mental grave que acuden al centro de salud mental del Área III de la Región de Murcia.

La población de estudio son pacientes que acuden a la unidad de rehabilitación del centro de salud mental del Área III de la Región de Murcia.

6.3. Criterios de inclusión

- 1.-Personas con trastorno mental grave, preferentemente con diagnóstico de F20 según los criterios de la CIE 10 u otros trastornos psicóticos.
- 2.-Adultos tanto hombres como mujeres de edad comprendida entre 20 y 55 años.
- 3.-Estabilizado psicopatológicamente.
- 4.-Sin trastornos graves de comportamiento.
- 5.-Sin consumo de alcohol u otros tóxicos en la actualidad.
- 7.- Incluidos en la Unidad de Rehabilitación y no institucionalizados.
- 8.- Que den su consentimiento para participar.

6.4. Criterios de exclusión

- 1.- Retraso Mental y demencia.
- 2.-Gran invalidez.
- 3.-Evidencias de rasgos antisociales.

6.5. Tamaño muestral

Como hay pocos estudios donde evalúen este tipo de cuestionario de calidad de vida que vamos a utilizar, no sabemos en qué porcentaje son mejores o no para pacientes no institucionalizados. Desde el punto de vista metodológico podemos ponernos en la máxima indeterminación a la hora de conocer en cuanto van a ser mejor.

Si asumimos la máxima indeterminación que es igual a un porcentaje de $p=q=0,50$ y aplicamos una hipótesis bilateral del 0,05 y una potencia (1-beta) del 90% nos daría una $N=64$ pacientes y si tenemos en cuenta un 15% de posibles pérdidas necesitaríamos una $N=74$ pacientes en total, siendo, en cada grupo 37 pacientes.

6.6. Variables

Las variables del estudio descriptivas serán las siguientes:

Variables descriptivas	Tipo de variable
Edad	Cuantitativa continua
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica
Nivel de estudios	Cualitativa Nominal
Tipo de vivienda	Cualitativa Nominal
Convivencia	Cualitativa Nominal
Tratamiento Farmacológico	Cualitativa Nominal
Diagnóstico	Cualitativa Nominal
Tiempo en el centro	Cualitativa Categórica
Años de diagnóstico	Cuantitativa continua

Variables de resultados:

Las variables de los resultados fueron recogidas de la escalas que se realizaron a la muestra de pacientes que acuden a las unidades de rehabilitación, que fue la escala de calidad de vida Sevilla(Anexo 1), el Test Predimed de adherencia a la dieta mediterránea(Anexo 2) y la Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV).Se realizó también las medidas del peso (cuantitativa continua), talla e índice de masa corporal (cuantitativa continua).

6.7. Recogida de datos

La investigación será realizada y coordinada por un Terapeuta Ocupacional. Antes de comenzar con la recogida de datos se informará al jefe de sección del Área III del estudio que se realizará con el fin de tener su consentimiento por escrito para la realización de la investigación. En las fechas previstas se informará del propósito del estudio a las personas que vayan a participar para que firmen su consentimiento informado (Anexo 1).Tras ser firmados se realizará en el día y hora previsto la realización del cuestionario.

6.8. Instrumentos/fuentes de información

El cuestionario para la medición de la Calidad de Vida (CV), permite al profesional de la salud evaluar las estrategias de intervención en los individuos y de esta manera plantear actividades para el mantenimiento o mejoramiento de la salud, la CV, y la percepción de sí mismo, a los procesos de salud y enfermedad. ⁽¹⁵⁾

Encontramos diversos instrumentos con los que evaluar la calidad de vida en las personas, pero nos centraremos en aquellos que evalúan la calidad de vida en personas con esquizofrenia.

La elección de un instrumento específico para la evaluación de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos, resulta mucho más problemática que la elección de un instrumento genérico. Se debe, entre otras razones a la dificultad de adaptación y validación culturales e idiomáticas (la mayoría de los instrumentos han sido desarrollados fuera de nuestro país) y también a la carencia de referencias sobre las propiedades psicométricas en la mayoría de las escalas.⁽¹⁶⁾

Los trastornos esquizofrénicos no constituyen una excepción en cuanto a la proliferación de instrumentos de evaluación de calidad de vida. Estamos asistiendo, desde la década de los 80, a un importante crecimiento y perfeccionamiento de los mismos, de tal modo que, en la actualidad existen numerosos instrumentos entre los que poder escoger. Es posible, incluso, que se hayan desarrollado más instrumentos que en otros ámbitos de la psiquiatría, quizás porque fueron los trastornos esquizofrénicos los que iniciaron o despertaron el interés por la calidad de vida en psiquiatría. Sin embargo, existen dificultades importantes en su elección ya que:⁽¹⁶⁾

- Un buen número de ellos se encuentra aún en fase de desarrollo.
- Sus propiedades psicométricas no se han estudiado aun exhaustivamente.
- No existen datos normativos, en general.
- No está demostrada la aplicabilidad transcultural.

Para medir las variables del estudio se empleará:

El cuestionario de calidad de vida Sevilla.

En la ciudad de Sevilla, de ahí el nombre del cuestionario, se constituyó un grupo de trabajo con el propósito de construir un instrumento para evaluar la calidad de vida del paciente esquizofrénico, tal y como éste se percibe.

En la primera reunión se procedió a determinar las áreas básicas que eran necesarias tener en cuenta para la medida de la calidad de vida en la esquizofrenia, para lo cual se establecieron como punto de partida las limitaciones y restricciones que sobre distintos aspectos de la vida cotidiana narran los enfermos en la clínica. Se estudió también lo que podría denominarse psicopatología de la vida cotidiana, dado que variables como miedo, tristeza, cobardía, etc., están presentes en el paciente esquizofrénico. Por otro lado, se planteó también que la percepción que el enfermo tenía de los aspectos

psicopatológicos específicos de su enfermedad, así como de los efectos secundarios de los tratamientos, los problemas de auto-medicación y de las medicinas alternativas, y el uso o abuso de sustancias eran, todas ellas, campos que podrían afectar la calidad de vida de estos pacientes.

De este modo se obtuvieron 90 áreas, las cuales incluían desde las necesidades básicas (comer, beber, dormir), hasta los efectos secundarios de la medicación neuroléptica (temblor, impotencia, sequedad).

En un primer momento los ítems obtenidos fueron 320, reduciéndose posteriormente a 126, y finalmente se obtuvieron dos escalas: Escala de Aspectos Favorables del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV-F), con 13 ítems, y la Escala de Aspectos Desfavorables del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV-D), con 46 ítems.(Anexo II)

Estos ítems son contestados por los enfermos como una escala tipo Likert de cinco pasos, que abarca desde <<totalmente de acuerdo>> hasta << totalmente en desacuerdo>>. ⁽¹⁷⁾

El Test Predimed de adherencia a la dieta mediterránea.

El test Predimed es un breve instrumento de valoración dietética formado por un conjunto de 14 preguntas cortas cuya evaluación pretende ofrecerle información sobre su adherencia al patrón de Dieta Mediterránea.

La Dieta Mediterránea tradicional es un modelo alimentario compuesto principalmente por el consumo abundante de alimentos de origen vegetal (frutas, verduras, hortalizas, legumbres y frutos secos), así como de cereales y productos del mar, la utilización del aceite de oliva como principal grasa de adición y la poca presencia de carnes rojas y alimentos procesados.

Además, sostiene el consumo de productos frescos, locales y de temporada, los métodos culinarios (y de cultivo) tradicionales, y la realización de comidas en compañía, así como otros estilos de vida saludables como la practica diaria de actividad física moderada. ⁽¹⁸⁾

La Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV).

Wechsler es conocido por sus tests de inteligencia. La Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS) fue desarrollada por primera vez en 1939 y fue llamada entonces el Wechsler-Bellevue Intelligence Test. De esa escala test se derivó la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC) en 1949 y la Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) en 1967. Wechsler originalmente creó estos tests para saber

más acerca de sus pacientes en la clínica Bellevue al encontrar el entonces vigente test de CI de Binet insatisfactorio. Estos tests están todavía basados en su filosofía de que la inteligencia es "la capacidad global de actuar intencionalmente, de pensar racionalmente, y de interactuar efectivamente con el ambiente" (citado en Kaplan & Saccuzzo, p. 256). Las escalas de Wechsler introdujeron muchos conceptos novedosos e innovaciones al movimiento de los tests de inteligencia. Primero, Wechsler se deshizo de las puntuaciones de cociente de tests más viejos, (la C en "CI"). En lugar de eso, asignó un valor arbitrario de cien a la inteligencia media y agregó o sustrajo otros 15 puntos por cada desviación estándar arriba o abajo de a media en la que se encontraba el sujeto. Rechazando un concepto de inteligencia global (como el propuesto por Spearman), dividió el concepto de intelligence en dos áreas principales: área verbal y área de ejecución (no-verbal), cada una subdividida y evaluada con diferentes subtests. Estas conceptualizaciones aun se reflejan en las versiones más recientes de las escalas de Wechsler.

El WAIS es un test construido para evaluar la inteligencia global, entendida como concepto de CI, de individuos entre 16 y 64 años, de cualquier raza nivel intelectual, educación, orígenes socioeconómicos y culturales y nivel de lectura. Es individual y consta de 2 escalas: verbal y de ejecución. Está basada en la teoría bifactorial de Spearman. Inteligencia, tomada desde un punto de vista global, ya que está compuesta por habilidades cualitativamente diferentes (rasgos), pero no independientes. Pero ésta suma de habilidades no sólo se expresa en función de su calidad, sino también de factores no intelectuales como puede ser la motivación. La inteligencia implica cierto grado de competencia global. ⁽¹⁹⁾

6.9. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos utilizaremos el paquete estadístico SPSS versión 17.

El grado de de asociación entre las variables independientes se evaluará mediante análisis de correlación de Pearson, Chi-cuadrado, t de Student o ANOVA según corresponda.

Se emplearan análisis individuales de la varianza, t de Student, ANOVA o análisis de correlación con el fin de medir el grado de asociación entre la variable dependiente y las variables predoctoras y covariables.

Para la valoración de las variables sociodemográficas se utilizará análisis de frecuencias absolutas, cálculo de medias, desviación típica y análisis factorial según corresponda.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Requiere una experiencia del Terapeuta Ocupacional para la realización de los test y las sesiones.

El rechazo por las características de estos pacientes a seguir pautas en alimentación.

Las posibles crisis y con consiguiente la falta de continuidad a la UR.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio debe ser aprobado con un dictamen favorable por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de la Arrixaca de acuerdo a la legislación vigente.

Se ha tenido en cuenta la protección de datos del paciente según la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se han respetado los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada en junio de 1964 y enmendada siete veces, la última en la Asamblea General de octubre 2013 ⁽²⁰⁾.

Se ha realizado la autorización del paciente por medio del consentimiento informado

9. CONFLICTOS DE INTERÉS

Los miembros del equipo de investigación declaran la ausencia de conflictos de interés.

10. PLAN DE TRABAJO/CRONOGRAMA

Previamente a la realización del proyecto le comunicaremos al Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca el documento completo con el fin de obtener su dictamen favorable para poder comenzar con el desarrollo del estudio.(Anexo 3)

La previsión de duración del proyecto de investigación es de 12 meses aproximadamente, comenzando en octubre de 2017 y con fecha de finalización octubre 2018. Quedará dividido en tres etapas.

1ª Etapa: Preparación del estudio.

Desde el 1 de Octubre de 2017 al 1 de diciembre 2017.

En esta etapa nos pondremos en contacto todo el equipo investigador, por medio de una reunión del equipo previamente convocada por medio de correo electrónico con la finalidad de aportar la primera información sobre las características del proyecto y obtener la autorización por escrito del jefe de sección del Área III para poder llevar a cabo el proyecto (Anexo 4). Seguidamente, se concretarán las reuniones necesarias para organizar la firma del consentimiento informado (Anexo 5) y la recogida de la muestra para la realización del estudio.

2ª Etapa: Trabajo de campo.

Del 1 de diciembre 2017 al 31 de Marzo 2018.

Una vez explicado en numerosas reuniones al equipo las condiciones del estudio y como pasar las escalas en que tiempo y en que momento del día y que los participantes hayan firmado el consentimiento informado, se acudirá a los diferentes dispositivos del centro de salud para presenciar la recogida de muestra por parte de los responsables del equipo y si fuese necesario aclarar las dudas surgidas. Los profesionales que participen en el proyecto se harán cargo de los consentimientos informados y de los cuestionarios que deberán entregar para su firma a los participantes del proyecto. Se reclutará el número de usuarios para la muestra en el centro contando con posibles pérdidas.

3ª Etapa: Análisis de datos.

Del 1 de abril 2018 al 1 de agosto de 2018 se llevará a cabo el análisis estadístico de datos y los resultados obtenidos.

4ª Etapa: Difusión de datos y conclusiones del estudio.

En esta última etapa comprendida entre el 1 de agosto de 2018 al 1 de octubre de 2018 se redactan las conclusiones obtenidas y se realiza una sesión clínica con el centro de salud en la cual se explica el proyecto y los resultados obtenidos con el fin de su divulgación.

11. MEDIOS NECESARIOS

Para el desarrollo del estudio de investigación, el equipo dispondrá de un despacho o sala que reunirá los siguientes requisitos y estará dotada de los recursos necesarios.

Mesa de reunión de equipo, cuatro sillas, un ordenador con los programas informáticos necesarios, impresora, fotocopidora, teléfonos y material como bolígrafos, cuadernos y lápices.

Recursos humanos: Contaríamos con un enfermero especialista en salud mental, un nutricionista y un terapeuta ocupacional.

12. ANEXOS

ANEXO 1:

Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV).

El objetivo de este cuestionario es conocer su opinión sobre algunos aspectos de su vida actual.

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones para que juzgue si está de acuerdo con ellas y anote su opinión en la hoja de contestación.

En la hoja de contestación se le presenta el número de cada afirmación y cinco recuadros:

1. Completo desacuerdo completo acuerdo.

El número 1 corresponde a la afirmación 1 del cuestionario. Lea una afirmación y anote su opinión en la hoja de contestación.

Conteste del siguiente modo.

Señale con una cruz la posición que más se acerca a su opinión en cada ítem correspondiente.

Si su opinión es de completo acuerdo responda así:

Completo desacuerdo completo acuerdo.

Si su opinión es de completo desacuerdo, señale el primer recuadro:

Completo desacuerdo completo acuerdo.

Si no está ni de acuerdo ni tampoco en desacuerdo, señale el tercer recuadro:

Completo desacuerdo completo acuerdo.

Si su opinión se inclina un poco hacia el acuerdo, señale el cuarto recuadro:

Completo desacuerdo completo acuerdo.

Si se inclina un poco hacia el desacuerdo, señale el segundo recuadro:

Completo desacuerdo completo acuerdo.

No se olvide de contestar a todas las cuestiones. Conteste simplemente lo que usted piensa, y lo más rápidamente posible. Evalúe cada cuestión por separado y no vuelva atrás. No existen respuestas correctas.

Gracias por su colaboración.

Escala D.

1. Tengo dificultades para comprender la TV.
2. No me entero de las cosas aunque me interese.
3. No comprendo lo que dice la gente.
4. Me aburro todo el tiempo.
5. No puedo aprender nada.
6. Tengo dificultades para participar en las conversaciones.
7. Sólo hago lo que quieren los demás y no lo que yo quiero.
8. Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos.
9. No puedo dejar de notar cosas desagradables.
10. Los demás me hacen sufrir.
11. Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño.
12. Siento miedo constante.
13. Es insoportable no poder estar quieto.
14. Me hace sufrir el sentirme raro.
15. Me da miedo la vida.
16. Me molesta estar estreñado.
17. Sufro porque estoy enfermo.
18. Me siento muy cansado.
19. Veo las cosas borrosas.
20. Me doy miedo a mí mismo.
21. No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer.
22. Los vecinos me molestan.
23. Todo me angustia.
24. Me mareo con facilidad.
25. Me desagrada no poder controlar mis pensamientos.
26. Estoy triste continuamente.
27. Me gustaría poder hacer daño.
28. Me cuesta trabajo dirigirme a los demás.
29. Me siento cobarde.
30. No puedo controlarme.

31. Me siento como un zombie o como un robot.
32. Siento los músculos tensos.
33. No tengo interés por nada.
34. El día se me hace muy largo.
35. Alguien que no sé quién es me hace sufrir.
36. Me paso el día medio dormido y eso me molesta.
37. Sufro cuando algo dentro de mí me impide hacer lo que quiero.
38. Tengo dificultades para encontrar las palabras al hablar.
39. Repetir una cosa muchas veces me alivia.
40. Si no deajo salir la rabia me siento muy mal.
41. Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor.
42. No puedo hacer bien las cosas normales.
43. No sé lo que me pasa y eso me asusta.
44. Me molesta no tener gracia para contar chistes.
45. Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer.
46. Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver.

Escala F.

1. Consigo lo que quiero.
2. Los demás aprueban mi forma de ser.
3. Cuando decido algo lo realizo.
4. Estoy contento con lo que hago.
5. Me gusta como soy.
6. Tengo aficiones que distraen y llenan mi tiempo libre.
7. Me siento a gusto con la gente.
8. Distribuyo bien mí tiempo.
9. Me siento a gusto con mis pensamientos.
10. Yo decido como quiero vivir.
11. Soy capaz de organizarme la vida diaria.
12. Estoy satisfecho con el trabajo/estudio que realizo.
13. Me satisface la energía que tengo.

Hoja de respuestas escala D.

Nombre..... Edad.....Sexo.....

Profesión.....Fecha.....

1 2 3 4 5

- 1. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 2. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 3. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 4. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 5. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 6. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 7. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 8. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 9. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 10. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 11. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 12. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 13. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 14. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 15. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 16. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 17. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 18. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 19. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 20. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 21. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 22. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 23. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 24. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 25. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 26. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 27. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 28. Completo desacuerdo Completo acuerdo
- 29. Completo desacuerdo Completo acuerdo

30. Completo desacuerdo Completo acuerdo
31. Completo desacuerdo Completo acuerdo
32. Completo desacuerdo Completo acuerdo
33. Completo desacuerdo Completo acuerdo
34. Completo desacuerdo Completo acuerdo
35. Completo desacuerdo Completo acuerdo
36. Completo desacuerdo Completo acuerdo
37. Completo desacuerdo Completo acuerdo
38. Completo desacuerdo Completo acuerdo
39. Completo desacuerdo Completo acuerdo
40. Completo desacuerdo Completo acuerdo
41. Completo desacuerdo Completo acuerdo
42. Completo desacuerdo Completo acuerdo
43. Completo desacuerdo Completo acuerdo
44. Completo desacuerdo Completo acuerdo
45. Completo desacuerdo Completo acuerdo
46. Completo desacuerdo Completo acuerdo

1 2 3 4 5

Hoja de respuestas Escala F.

1 2 3 4 5

1. Completo desacuerdo Completo acuerdo
2. Completo desacuerdo Completo acuerdo
3. Completo desacuerdo Completo acuerdo
4. Completo desacuerdo Completo acuerdo
5. Completo desacuerdo Completo acuerdo
6. Completo desacuerdo Completo acuerdo
7. Completo desacuerdo Completo acuerdo
8. Completo desacuerdo Completo acuerdo
9. Completo desacuerdo Completo acuerdo
10. Completo desacuerdo Completo acuerdo
11. Completo desacuerdo Completo acuerdo
12. Completo desacuerdo Completo acuerdo
13. Completo desacuerdo Completo acuerdo

1 2 3 4 5

ANEXO 2:

Test Predimed de Adherencia a la Dieta Mediterránea

El test Predimed es un breve instrumento de valoración dietética formado por un conjunto de 14 preguntas cortas cuya evaluación pretende ofrecerle información sobre su adherencia al patrón de Dieta Mediterránea.

Señale con cuáles de las siguientes afirmaciones está de acuerdo:

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| 1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar? | Sí = 1 punto | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)? | 4 o más cucharadas = 1 punto | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día?
(las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200g. | 2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día? | 3 o más al día = 1 punto | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 - 150 g) | menos de 1 al día = 1 punto | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día?
(porción individual: 12 g) | menos de 1 al día = 1 punto | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día? | menos de 1 al día = 1 punto | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana? 7 o más vasos a la semana = 1 punto

9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana?
(1 plato o ración de 150 g) 3 o más a la semana = 1 punto

10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana?
(1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco) 3 o más a la semana = 1 punto

11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana? menos de 2 a la semana = 1 punto

12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g) 3 o más a la semana = 1 punto

13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100 - 150 g) Sí = 1 punto

14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)? 2 o más a la semana = 1 punto

PUNTUACIÓN TOTAL: < 9 baja adherencia

>= 9 buena adherencia

ANEXO 3:

COMUNICACIÓN AL COMITÉ DE ÉTICA.

Yo D. con D.N.I., Diplomado en Terapia Ocupacional (1994-1997) Y graduado en Terapia Ocupacional (2010-2011).

Me dirijo al Comité Ético de Investigación Clínica con el fin de que sea valorado y recibir su certificado de aprobación en mi estudio denominado “**Alimentación Saludable en las Mejoras de la Calidad de Vida en Pacientes Adultos con Trastorno Mental Grave**” En el presente estudio se invita a participar a un grupo de pacientes de forma voluntaria. El estudio consiste en pasar tres escalas de valoración.

Atentamente:

ANEXO 4:

AUTORIZACIÓN DEL JEFE DE SECCIÓN DEL CENTRO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Don/Doña _____

Jefe de Sección del Centro de Salud Mental _____

CERTIFICA que conoce la propuesta realizada para que se desarrolle en este centro un estudio titulado:

“Alimentación Saludable en las Mejoras de la Calidad de Vida en Pacientes Adultos con Trastorno Mental Grave” y que será realizado por el Grupo de investigación de _____

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Por lo que firma en Murcia a _____ de _____ 2017

Firmado:

Don /Doña _____

ANEXO 5:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña _____ de _____ años de edad y con DNI: _____

Manifiestan que haber recibido y comprender toda la información recibida acerca del estudio en el que han sido seleccionados. Así mismo manifiestan haber sido informados/as sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación " **Alimentación Saludable en las Mejoras de la Calidad de Vida en Pacientes Adultos con Trastorno Mental Grave**" con el fin de mejorar el tratamiento de de dicho problema de salud.

Acepto participar en este proyecto, consistente en unos cuestionarios y que no implica la realización de ningún tipo de analítica ni la prescripción de ningún tipo de medicación nueva. Se me ha explicado y he comprendido el propósito y los procedimientos del estudio. Se me han aclarado las dudas acerca del mismo.

Autorizo al investigador principal y a sus colaboradores a que se usen los datos obtenidos de las escalas para la finalidad explicada, así como el acceso a mi historial clínico para completar la información que fuera necesaria.

La participación en el estudio tiene un carácter libre y voluntario, pudiendo abandonar el mismo en cualquier momento, sin que ello repercuta en la prestación sanitaria que venimos recibiendo.

Hemos sido también informados/as de que nuestros datos personales, serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre y serán tratados en su conjunto, nunca de manera individual.

Tomando ello en consideración, OTORGAMOS nuestro CONSENTIMIENTO a participar en este estudio para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

_____, a _____ de _____ de 20____

Firma del investigador

Firma del padre/madre/tutor

