



**Universitat de les
Illes Balears**

Análisis de la motivación en la intervención nutricional en pacientes con Trastorno Mental Grave

M^a Victoria Martí Garnica

Licenciada en Medicina y Cirugía, 2009, Universitat Autònoma de Barcelona

Memoria del Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Mayo, 2017

Firmas

Autor

[21-Mayo-2017]

Certificado

Jordi Pich Solé
Tutor del Trabajo

Certificado

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

Cotutor del Trabajo

Aceptado

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

ÍNDICE:

| | |
|--|-------|
| RESUMEN..... | 3-4 |
| PALABRAS CLAVE..... | 4 |
| INTRODUCCIÓN..... | 4-10 |
| OBJETIVOS..... | 12 |
| HIPÓTESIS..... | 12 |
| MATERIAL Y MÉTODO:..... | 12-23 |
| A.- Metodología de la investigación..... | 13-14 |
| B.- Ámbito de estudio..... | 14 |
| C.- Acceso y selección de la muestra..... | 14 |
| D.- Descripción de la muestra..... | 14 |
| E.- Instrumentos de recogida..... | 14-20 |
| F.- Variables..... | 20-21 |
| G.-Plan de trabajo..... | 21-22 |
| H.- Consideraciones éticas..... | 22 |
| I.- Análisis de los datos..... | 22-23 |
| APORTACIÓN DEL ESTUDIO..... | 23 |
| LIMITACIONES..... | 24 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 25-29 |
| ANEXOS..... | 30-66 |
| Anexo 1: Folleto informativo para los participantes..... | 30 |
| Anexo 2: Hoja de Consentimiento informado..... | 31 |
| Anexo 3: Recogida de datos sociodemográficos..... | 32 |
| Anexo 4: Programa de Estilo de Vida Saludable..... | 33 |
| Anexo 5: Registro de parámetros objetivos..... | 34 |
| Anexo 6: Test 1-URICA..... | 35-36 |
| Anexo 6: Test 2-FES..... | 37-41 |
| Anexo 6: Test 3-MPS..... | 42-50 |
| Anexo 6: Test 4-RSE..... | 51 |
| Anexo 6: Test 5-SQLS..... | 52 |
| Anexo 6: Test 6-STAI..... | 53-54 |
| Anexo 6: Test 7-BDI..... | 55-56 |
| Anexo 6: Test 8-SCL-90-R..... | 57-59 |
| Anexo 6: Test 9-EAT-40..... | 60 |
| Anexo 6: Test 10-Adherencia Dieta Mediterránea..... | 61-62 |
| Anexo 6: Test 11-FCQ..... | 63 |
| Anexo 6: Test 12-FCI..... | 64 |
| Anexo 6: Test 13-TEMS..... | 65 |
| Anexo 6: Test 14- Questionnaire measuring MFFISC..... | 66 |

RESUMEN

Análisis de la motivación en la intervención nutricional en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG).

Introducción:

En las personas que padecen TMG es frecuente encontrar diferentes problemas somáticos debido a antecedentes patológicos somáticos personales, familiares, efectos indeseados de medicaciones psicotrópica, malos hábitos alimentarios o tóxicos, sedentarismo o que añaden al riesgo cardiovascular. Existe una mortalidad mayor en pacientes con TMG que en la población general.

Objetivo:

Se pretende determinar las características de la motivación en relación a la dieta así como las actitudes más generales en relación a los hábitos de vida saludables en pacientes con TMG. Se pretende que de dicho conocimiento se podrán extraer pautas de intervención destinadas a mejorar los hábitos alimentarios y fomentar a su vez un estilo de vida más saludable (deshabitación de tóxicos y favorecer la actividad física) en tales pacientes.

Material y método:

Ensayo clínico longitudinal, prospectivo y aleatorizado.

El estudio se realizará en la Unidad de Rehabilitación Mental de San Andrés en Murcia (URMSA).

Selección de la muestra: derivación de los facultativos especialista de la URMSA para control metabólico, mediante un programa informático se asignará de forma aleatoria al grupo control o intervención.

Tamaño: 20 participantes y según resultados se establecerán condiciones para realizar estudio posterior mayor.

Criterios de inclusión (diagnóstico de TMG, regularidad a URMSA, derivación y mayoría de edad) y exclusión (descompensación psicopatológica, necesidad de ingreso y patología alimentaria).

Metodología cuantitativa con parámetros objetivos (peso, talla, IMC, perímetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardíaca, glucemia basal y perfil lipídico) y metodología cualitativa (escala evaluación del cambio, clima familiar, motivaciones psicosociales, autoestima, calidad de vida, ansiedad, depresión, cuestionario síntomas, screening patología alimentaria, adherencia dieta mediterránea, Food-Choice-Ideology, Food Choice Questionnaire, The-Eating-Motivation-Survey y Motives-for-choosing-foods-including-sustainable-concerns).

Ambos grupos se le realizará escalas y control de parámetros al inicio, 6 meses y al año. Intervención: formato grupal (sesión de 1h 30min).

PALABRAS CLAVES

Trastorno mental grave, intervención nutricional, análisis de la motivación.

INTRODUCCIÓN

En las personas que padecen TMG es frecuente encontrar diferentes problemas somáticos debido a antecedentes patológicos somáticos personales, familiares, efectos indeseados de medicaciones psicotrópica, malos hábitos alimentarios o tóxicos, sedentarismo o que añaden al riesgo cardiovascular. Se han realizado numerosos estudios que ponen de manifiesto que existe una mortalidad tres veces superior en pacientes con TMG que en la población general¹.

La bibliografía científica señala que los pacientes con TMG padecen problemas de salud física con mayor frecuencia que la población general y como posibles causas de este incremento de morbimortalidad señalan a los siguientes factores: ^{1,2}

- La enfermedad mental en sí, ya que se relaciona con diferentes enfermedades físicas y a los síntomas propios de la enfermedad, la ausencia de conciencia de enfermedad, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, de control ambulatorio y/o rehabilitación, y por último con la asociación de un estilo de vida poco saludable.
- Como parte del tratamiento en el modelo de recuperación del paciente con TMG, la medicación con psicofármacos puede repercutir en la aparición de síntomas secundarios³.

- El Sistema de Salud; tanto los sanitarios relacionados con Salud Mental como otros facultativos, en relación con los pacientes con TMG focaliza más su atención a la psicopatológica y no presta interés y cuidado suficiente a los problemas físicos del paciente con TMG.
- Los pacientes con TMG por su psicopatología en sí tiene más dificultad a los servicios sanitarios a nivel de atención primaria, de especialidades médicas y a nivel hospitalario.

Con este aumento de la morbilidad cabe esperar que los pacientes que padecen TMG tengan una esperanza de vida menor con una mortandad entorno a los 50 años en lugar de los 70 años y todo ello se explica a los problemas de salud física⁴.

Los principales factores de riesgos que aumentan la morbilidad a nivel de poblacional general son la Hipertensión Arterial (HTA), tabaquismo, hiperglucemia, inactividad, sobrepeso y obesidad, hiperlipidemia, hábitos nutricionales no saludables y alcohol y muchos de los pacientes que padecen TMG presentan la mayoría de estos factores⁵.

Para continuar, se va definir el concepto de Trastorno Mental Grave, se trata de un concepto que incluye diferentes patologías psiquiátricas para su clasificación se pueden emplear dos manuales de clasificación diagnóstica como son la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)^{8,9}. El TMG incluye los siguientes trastornos:

- Trastornos Psicóticos como la Esquizofrenia (F.20), el trastorno esquizotípico (F.21), el trastorno delirante persistente (F.22), trastorno de ideas delirantes inducidas (F.24), trastorno esquizoafectivo (F.25) y otros trastornos psicóticos no orgánicos (F.28)
- 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

A parte del diagnóstico clínico de algunos de los trastornos ya enumerados, se requiere además una duración prolongada y mantenida en el tiempo que añade una discapacidad y una disfunción a nivel social. Por ello, el TMG requiere de una atención global de tratamientos biológicos, psicológicos, sociales, rehabilitadores, de cuidados médicos, seguimiento, control y apoyo continuado en su evolución^{6,7}.

Como ya se ha explicado con anterioridad las personas que padecen TMG tienen un riesgo mayor de los factores de riesgos en las enfermedades no transmisibles o crónicas por lo que es recomendable que se realice una monitorización regular y un plan de cuidados y tratamiento integral adecuado. Entre las enfermedades crónicas se encuentran las enfermedades cardiovasculares como las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes coronarios y la HTA, las enfermedades nutricionales y metabólicas como el sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, síndrome metabólico y la hiperlipidemia^{10,11,12}.

Respecto a los hábitos nutricionales en los pacientes con TMG ya sea por la propia enfermedad mental, por los efectos secundarios de la medicaciones neurolépticas, por el estilo de vida poco saludable con escasa actividad física, social, ocupacional o laboral, así como por el sedentarismo y los hábitos de consumo de tóxicos como el tabaco, el alcohol u otras drogas, además de por los factores de riesgos cardiovasculares y síndrome metabólico, todo ello da lugar a un desorden y alteración a nivel de hábitos nutricionales adecuados. Mencionar que el TMG, en particular la esquizofrenia cursa con diferentes síntomas como son los positivos, cognitivos, conductuales y negativos.

En referencia a los síntomas negativos, decir que se caracterizan por un estado de aplanamiento afectivo, disminución y fluidez del pensamiento, apatía, abulia, anhedonia y falta de interés, todo ello favorece el sedentarismo, la inactividad física, la falta de iniciativa para llevar a cabo actividades ocupacionales, lúdica, formativas o laborales y además se añade la alteración en la esfera instinto-vegetativa que afecta al apetito, sueño y sexo, y además se puede añadir consumo de tóxicos.

Por ello, creemos conveniente como parte fundamental aunque no única en el tratamiento integral del TMG es recomendable ayudarles a que adquieren unos hábitos de vida saludables. Por consiguiente, tomar como referencia de dieta, entendida con la primera aceptación de la Real Academia Española de la lengua que dice así del latín “*diaeta*”, y este del griego “*δίαιτα δίαιτα*” *significa* 'régimen de vida'. Un

régimen que se manda observar a los enfermos o convalecientes en el comer y beber, y, por extensión, esta comida y bebida. También es el conjunto de sustancias que se ingieren regularmente como alimento y por último, como frase coloquial, entendida como privación completa de comer, cuando en realidad nos referimos a la dieta como un estilo o régimen de vida saludable¹³.

En la octava sesión del Comité Internacional de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) que tuvo lugar en la ciudad de Baku, Azerbaiyán del lunes 2 al sábado 7 de Diciembre de 2013 se inscribió en la lista representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad a la Dieta Mediterránea¹⁴.

La dieta mediterránea consiste en un conjunto de conocimientos, capacidades prácticas, ritos, tradiciones y símbolos relacionados con las cosechas agrícolas y cultivos, la pesca y la cría de animales, y así mismo con la manera de conservar, transformar, cocinar, compartir y consumir los alimentos. El comer en compañía es uno de los pilares de la identidad y continuidad cultural de las diferentes comunidades de toda la cuenca Mediterránea. El comer en reunión es un momento de intercambio social y comunicacional, además favorece y ayuda a crear, reforzar y mantener los vínculos lazos de la identidad familiar, grupal o de la comunidad. Este fundamento del patrimonio cultural inmaterial resalta los valores de hospitalidad, buena vecindad, dialéctica entre culturas y expresión de creatividad, así como una forma de vida que se rige por el respeto de la diversidad. También desarrolla un rol importante como factor de unión social en los espacios culturales, fiestas locales o territoriales y celebraciones, al cohesionar a las personas de diferentes edades, condiciones y clases sociales.

Además engloba diferentes campos como la artesanía y la elaboración de recipientes para su transporte, conservación y consumo de los alimentos. El rol matriarcal tiene un papel fundamental de transmisión de las capacidades y conocimientos relacionados con la Dieta Mediterránea, preservando las técnicas culinarias, cuidando y atendiendo a los ritmos estacionales, siguiendo los festejos del calendario y transmitiendo los valores de este fundamento del patrimonio cultural a las futuras generaciones. Por otro lado, los mercados de abastos a nivel local también desarrollan un rol fundamental como espacios culturales y lugares de transmisión de la Dieta Mediterránea en los que la práctica cotidiana de intercambio favorece la armonía y el respeto mutuo¹⁴.

En relación a la Dieta Mediterránea se ha realizado numerosos estudios epidemiológicos que señalan los beneficios de este régimen y estilo de vida para combatir y prevenir enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, algunos tumores, patologías inflamatorias y autoinmune, trastornos mentales y así como enfermedades de tipo degenerativos ^{15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25}.

La Dieta Mediterránea consiste un modelo alimentario y régimen de vida caracterizado por el consumo de los productos de la cuenca mediterránea dando presencia y protagonismo a los alimentos más característicos de esta región como son los cereales, legumbres, aceite de oliva, pescado azul, frutas, frutos secos, verduras, hortalizas y vino tinto con moderación ^{14,26}.

Según el Real Academia Española la motivación se define como la acción de motivar a una persona y cosa que anima a una persona a actuar a actuar o realizar algo¹³. El concepto de motivación es, en definitiva, lo que hace que un individuo actúe y se comporte de un determinado modo. Es el conjunto de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que se determina, en situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se dirige la energía. La motivación es un proceso que se inicia con una necesidad insatisfecha que da lugar a una tensión, ésta genera una pulsión y búsqueda de un comportamiento para cubrir esta necesidad y por tanto para poder neutralizar la tensión creada.

La motivación es un factor importante, ya que permite canalizar el esfuerzo, la energía y la conducta una persona hacia el alcance de un objetivo ²⁷.

A continuación, se va a nombrar los autores y teorías más relevantes para la comprensión del concepto de la motivación. Las teorías son las siguientes:

✚ La teoría de la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow, se trata de una de las más conocidas en relación a la motivación. Maslow hipotetiza que en todo ser humano existe una jerarquía de necesidades y para ello, las representa en una pirámide donde la base son las necesidades fisiológicas hasta el vértice que es donde se posiciona la necesidad de autorrealización. Las necesidades son las siguientes siguiendo el orden de base a vértice:

- ❖ Fisiológicas: incluye la respiración, alimentación, descanso, sexo y homeostasis. Estas son las necesidades más básicas, ya que tiene que ver con

la supervivencia, si éstas no estuvieran cubiertas las demás necesidades sería secundarias.

- ❖ De seguridad: incluye a la seguridad y protección de la integridad física y emocional. Es decir, refiere a la seguridad social, familiar, laboral, física, de recursos, de salud y de propiedad privada.
- ❖ Sociales o de afiliación: incluye los afectos, el sentimiento de pertenencia, aceptación y amistad. Es decir, tiene que ver con las relaciones interpersonales como por ejemplo la amistad, la pareja y la familiar conforma parte de esta necesidad además de la vida social, en la comunidad o en los grupos religiosos, en los afectos y en la intimidad sexual.
- ❖ De Ego o de reconocimiento: incluye factores internos de estima, como el respeto hacia uno mismo, la autonomía y los logros; y factores externos como el status social, el reconocimiento y la atención. La necesidad de reconocimiento incluye el respeto, la autoestima, la valoración de sí mismo y la libertad; así mismo incluye la dignidad, la aceptación y el respeto del entorno hacia uno mismo, y lograr mantener una buena reputación a nivel social.
- ❖ De autorrealización: el impulso de ser lo que se es capaz de ser; incluye el crecimiento y desarrollo personal, lograr potenciar todas nuestras capacidades y recursos personales al máximo y la autosatisfacción. Según Maslow, una persona para poder autorrealizarse debe de ser realista, honesta, optimista, aceptarse a sí mismo y a los demás, no tener prejuicios, ser responsables, permanecer en estado de armonía consigo mismo y con el entorno, ser autónomos e independientes, ser capaces de ver la vida de manera objetiva, ser receptivos, perceptivos y empáticos, sentir preocupación por el bienestar de la humanidad, ser creativos, poseer originalidad y por último ser espontáneos²⁸.

✚ Otro autor relevante en el estudio de la Motivación es Clayton Alderfer²⁹ que llevó a cabo una revisión de la teoría de las necesidades de Maslow y propuso la nueva teoría ERG, es decir se centra en la existencia, la relación y el crecimiento personal, por tanto reagrupó las necesidades de Maslow en tres grandes bloques.

- ❖ El primer bloque de la existencia se centrar en la necesidad de satisfacer nuestros requerimientos básicos como existencia material y engloba a las necesidades fisiológicas y de seguridad de Maslow.
 - ❖ El segundo bloque de necesidades es el de las relaciones y se basa en la necesidad relacional interpersonal de los seres humanos. Habla de los deseos sociales y de status que surge de la interacción relacional y coinciden con la necesidad social de Maslow.
 - ❖ El bloque tercero y último incluye las necesidades de crecimiento, es decir el deseo intrínseco de desarrollo personal y aquí incluye el componente intrínseco de la estima de Maslow y las características de la autorrealización.
- ✚ Otra teoría a tener en cuenta respecto a la motivación es la teoría de las Tres necesidades secundarias de McClelland ³⁰ que definió tres categorías que son las siguientes:
- ❖ Necesidad de logro: Tiene que ver con la necesidad por sobresalir, el logro en la relación con un grupo y la lucha por el éxito.
 - ❖ Necesidad de poder: Se refiere a la necesidad de impacto, de influir y controlar a los demás.
 - ❖ Necesidad de afiliación: Tiene que ver con la necesidad del deseo de relación interpersonal
- ✚ Otro autor a tener en cuenta respecto a la motivación es el psicólogo Frederick Herzberg ^{31,32,33} que propuso la teoría de la motivación-higiene. Herzberg sostenía la creencia de que la relación de un individuo con su trabajo es básica, y de que su actitud hacia su trabajo se podía determinar el éxito o fracaso. Herzberg llegó a la conclusión de que las respuestas que daba la gente cuando se sentía bien en su puesto eran significativamente diferentes de las respuestas que daba cuando se sentía mal. Por tanto, parece que los factores intrínsecos, como los logros, el reconocimiento, el trabajo mismo, la responsabilidad, los ascensos y el crecimiento están relacionados con la satisfacción en el puesto. Cuando las personas eran interrogadas y se sentían bien en su puesto laboral, tendían a atribuir estas características a ellos mismos. Sin embargo, cuando estaban insatisfechos, tendían a atribuirlo a factores extrínsecos, como las políticas y la administración de la compañía, la supervisión, las relaciones interpersonales y las condiciones de trabajo. Es decir, estable que la satisfacción en el trabajo es el resultado de la presencia de

motivadores intrínsecos y que la insatisfacción se debe a la ausencia de factores extrínsecos.

- ✚ Unas de las teorías más vigentes de la motivación actualmente es la teoría de las expectativas de Víctor Vroom ^{34,35}. Esta teoría afirma que la fuerza de una tendencia a actuar en determinada forma depende de la fuerza de la expectativa de que el acto esté seguido por un resultado determinado y de lo atractivo de ese resultado para el individuo. Es decir, una persona se motivará en una determinada acción cuando crea que su esfuerzo le conducirá a su nivel de expectativas.

- ✚ Una teoría que hay que nombrar cuando abordamos el concepto de motivación es la Teoría de la Equidad de John Stacy Adams ³⁶ pretende explicar el efecto que tiene sobre la motivación la comparación que los individuos hacen entre su situación y la de otras personas o grupos que se toman como referencia.

Por último, para finalizar con el concepto de la motivación es fundamental relacionarlo con el Modelo de los Estadios de Cambio de James Prochaska y Carlo DiClemente ³⁷. Se trata de un modelo dimensión temporal que sitúa a la persona en diferentes estadios de cambio. Se postula que para lograr el cambio, una persona debe pasar por etapas bien definidas y predecibles, las cuales deben ser respetadas para facilitar el proceso.

1. Precontemplación: es probable que el paciente concurra por constricción externa manifestando negación del problema y sin considerar realmente el cambio.
2. Contemplación: la persona reconoce tener un problema, se muestra más receptivo a la información en cuanto a su problema y las posibles soluciones, aunque vacila en cuanto al momento de iniciar el cambio, dudando aún sobre sus beneficios.
3. Preparación: en esta etapa la persona se halla lista para la actuación, habiendo dado algunos pasos hacia el objetivo.
4. Acción: se refiere al momento en que se hacen más evidentes los pasos que se toman para lograr el cambio, esta etapa dura unos 6 meses.
5. Mantenimiento: sigue a la acción y dura otros 6 meses, el propósito en este estadio radica en sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y la prevención de recaídas.
6. Finalización: la persona ya no necesita del uso de ningún proceso de cambio a fin de impedir la recaída.

En la mayoría de proceso de cambio suele haber recaídas pero suele retomarse el proceso de la contemplación o preparación.

OBJETIVO

Se pretende determinar las características de la motivación en relación a la dieta así como las actitudes más generales en relación a los hábitos de vida saludables en pacientes con TMG. Se asume que de dicho conocimiento se podrán extraer pautas de intervención destinadas a mejorar sus hábitos alimentarios alcanzando un Índice de Masa Corporal adecuado a los estándares y fomentando en ellos un estilo de vida más saludable.

HIPOTESIS

Generales:

- ❖ Se determinará mediante pruebas apropiadas el nivel y tipo de motivación de los pacientes para implementar hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio, reducción del consumo de tabaco y alcohol) asumiendo que su patología incide negativamente en estas dimensiones.
- ❖ Un mejor conocimiento de sus motivaciones servirán de orientación para el diseño de una intervención que resultará así capaz de incrementar su interés por seguir una dieta que comporte adquirir un peso adecuado de acuerdo con los parámetros establecidos en el Índice de Masa Corporal. Tal intervención comportará también una mayor adhesión a los hábitos saludables que se promueven entre la población no afectada por dicha patología mental.

Específicas:

- ❖ La intervención mejorará los hábitos alimentarios en los pacientes con Trastorno Mental Grave y en consecuencia favorecerá que logren un peso adecuado.
- ❖ La intervención comportará también resultados positivos en la deshabituación de tóxicos, en particular el tabaco y el alcohol, favoreciendo a su vez un incremento significativo del tiempo dedicado a la actividad física.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un ensayo clínico longitudinal, prospectivo y aleatorizado ya que se realiza una intervención nutricional a un grupo de individuos seleccionados de manera

aleatoria para evaluar las modificaciones en los parámetros antropométricos y motivacionales respecto a la nutrición en comparación con el grupo control

A. Metodología de la investigación

El estudio está dirigido a una metodología cuantitativa, ya que se emplean parámetros objetivos como la reducción de peso después de una intervención nutricional y motivacional. La batería de test (Anexo 6) evalúa aspectos cualitativos y constructos psicológicos relacionado con la motivación pero están medidos con instrumentos cuantitativos y por tanto, estadísticamente se trata manera similar a las variables físicas.

El estudio se realizará en la Unidad de Rehabilitación Mental de San Andrés en Murcia (URMSA).

Se seleccionará la muestra de forma aleatoria al grupo control (grupo A) o grupo intervención (grupo B) mediante un programa un informativo. Se les pedirá a los facultativos especialistas que deriven a los pacientes a la URMSA para control metabólico y se hará aleatorización como he explicado anteriormente.

El tamaño muestral será de 20 participantes y según resultados se establecerán condiciones para realizar estudio posterior mayor.

Al inicio, a los 6 meses y al año se le realizarán registro de parámetros (Anexo 5):

- ❖ Medidas antropométricas: peso (kg), talla (centímetros), IMC, perímetro abdominal (centímetros).
- ❖ Tensión arterial (mmHg) y frecuencia cardiaca (latidos por minuto)
- ❖ Glucemia basal (d/l) y perfil lipídico analítico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos).

Sólo al grupo B de intervención se le realizarán intervención en educación nutricional, motivacional y de estilo de vida saludable (Anexo 4) es decir el Programa de Estilo de Vida Saludable que engloba todos estos aspectos e intervenciones. La frecuencia de las sesiones serán semanal y durarán una hora y media y el programa completo son 12 sesiones que tendrán lugar durante los tres primeros meses.

Cada sesión se impartirá con dos terapeutas, yo como figura coordinadora y el coterapeuta como figura de observación, señalamiento y apoyo a las intervenciones formativas. La primera media hora se dedicará a refrescar conocimientos adquiridos o

dudas previas y el resto de sesión al contenido del temario formativo con sus debidas explicaciones y material de apoyo necesario.

Sin embargo, al grupo A o control se le impartirá unas pautas alimentarias pero sin profundizar en el contenido del temario formativo.

Ambos grupos se le pasará una batería de test (Anexo 6 completo) pre y post-intervención para valorar aspectos motivacionales, de autoestimas, situación clínica, adherencia a la dieta mediterránea y otros relacionados con hábitos nutricionales.

B. Ámbito de estudio.

El estudio tendrá lugar en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de San Andrés (URSMSA) de la Región de Murcia.

C. Acceso y selección de la muestra

Los pacientes derivados desde los facultativos especialista de área de la Región de Murcia pertenecientes a la Gerencia del Área de Salud I (Murcia/Oeste), VI (Vega Media del Segura) y VII (Murcia/Este) para control metabólico y derivados a la URSMSA se realizará la asignación aleatoria al grupo control o intervención mediante un programa informativo.

D. Descripción de la muestra

Dispusimos de dos grupos con igual número de participantes ($n = 20$), uno intervención y otro control con tres medidas una al inicio de la intervención, otra a los seis meses y al finalizar la intervención al año.

Criterios de inclusión:

- ❖ Diagnóstico de TMG
- ❖ Regularidad a URSMSA
- ❖ Derivación para control metabólico
- ❖ Mayoría de edad

Criterios de exclusión

- ❖ Descompensación psicopatológica
- ❖ Necesidad de ingreso
- ❖ Patología alimentaria

E. Instrumentos de recogida

Al inicio de estudio se realizará una recogida de datos sociodemográficos (Anexo 3) al inicio del estudio.

Se realizarán tres medidas una al inicio de la intervención, otra a los seis meses y al finalizar la intervención al año de los registros de parámetros objetivos (Anexo5) y la batería de test (Anexo 6 completo)

Para el registro de parámetros objetivos (Anexo 5) se necesita que el paciente acuda en ayunas para extraer analítica y los demás parámetros se precisará de un esfigmomanómetro de mercurio, peso y tallímetro y una cinta métrica.

A continuación, se a enumerar cada uno de los test de la batería del Anexo 6 y se realizará una explicación brevemente de sus objetivo.

El Anexo 6 consta de una batería de test para evaluar aspectos cualitativos que podría estar relacionados con la motivación como son:

1. La predisposición al cambio que se evalúa con la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) que consta de 32 ítems que se valoran del 1 al 5 en función de cómo te sientes en la actualidad para empezar un tratamiento o aborda una dificultad en su vida para poder reducir peso y gozar de mejor salud (es decir nuestra intervención de Programa de Vida Saludable con sus partes de motivación, nutrición y estilo de vida). Al corregir la escala sitúa a la persona en el momento de cambio³⁸ que se encuentra que puede ser los siguientes:

- ❖ Precontemplación
- ❖ Contemplación
- ❖ Acción
- ❖ Mantenimiento

2. La evaluación del entorno familiar mediante la Escala de Clima Familiar de Moos (FES)³⁹, se trata de cuestionario de 90 ítems, se responde como verdadero o falso en función de lo que piensas sobre tu familia y no lo que piensan ellos. La corrección se lleva a cabo con la ayuda de una plantilla transparente que se colocara sobre la hoja de respuesta haciendo coincidir las líneas que encuadran la zona de la hoja destinada a respuestas con las de la plantilla. Para calcular la puntuación directa se contarán las marcas que aparezcan a través de los recuadros de la plantilla, en

cada una de las columnas en que esta se ha dividido, y se anotara el total en la casilla de la puntuación directa y se elabora el perfil. Se valoran tres dimensiones:

- ❖ **Dimensión de relaciones:** Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres subescalas que son la cohesión familiar, la expresividad emocional y la gestión de conflicto.
- ❖ **Dimensión de desarrollo:** evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Esta dimensión comprende cinco subescalas que son la autonomía, el grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones, la actuación en el grado en que las actividades tal como escuela o trabajo, la subescala de intelectual-cultural es decir el grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales, lo social-recreativo es decir el grado de participación en este tipo de actividades y por último, la moralidad-religiosidad es decir la importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.
- ❖ **Dimensión de estabilidad:** proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. La forman dos subescalas que son la organización que es la importancia que se da a una clara organización y estructura para planificar las actividades y responsabilidades de la familia, el control que se trata del grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

3. Escala de Motivaciones Psicosociales⁴⁰ (MPS): es una completa prueba de evaluación de las motivaciones psicosociales orientada al ámbito laboral. Se diseñó para evaluar el sistema motivacional del sujeto, proponiendo un modelo en que las motivaciones se conceptualizan como un sistema dinámico en el que se incluyen aspectos estructurados en cinco componentes básicos que son el nivel de activación y necesidad, el valor del incentivo de cada sujeto, el nivel de expectativa., el nivel de ejecución y el nivel de satisfacción. Estos componentes se ponen de manifiesto en seis áreas motivacionales que son la aceptación e integración social, el reconocimiento social, el autoestima/autoconcepto, el autodesarrollo, el poder y la seguridad.

4. Escala de autoestima de Rosenberg 1965 (RSE): consta de 10 ítems para evaluar la autoestima⁴¹ y los resultados puede ser autoestima normal (30 a 40 puntos), media o que no presenta graves problemas de autoestima pero es conveniente mejorarla (26 a 29 puntos) y baja o que existen problemas significativos de autoestima (Menos de 25 puntos). De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

5. Escala de Calidad de vida (Schizophrenia Quality of Life Scale): La escala SQLS (Schizophrenia quality of life scale) es un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. La escala ha sido traducida y validada en castellano⁴¹. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80. Consta de 30 ítems.

6. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger⁴³: el objetivo del cuestionario es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 cuestiones. Los conceptos independientes son la ansiedad como estado (A/E) que evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo y la ansiedad como rasgo (A/R): que señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

7. Inventario de Depresión de Beck⁴⁴ (DBI): es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems¹⁷², publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996⁴⁵. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. La interpretación se hace según la puntuación.

| Puntuación | Nivel de depresión* |
|------------|---|
| 1-10 | Estos altibajos son considerados normales |

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| 11-16 | Leve perturbación del estado de ánimo |
| 17-20 | Estados de depresión intermitentes |
| 21-30 | Depresión moderada |
| 31-40 | Depresión grave |
| Más de 40 | Depresión extrema |

*Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

8. Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis⁴⁶: este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos. Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias que son las somatizaciones, las obsesiones y compulsiones, la sensibilidad interpersonal, la depresión, la ansiedad, la hostilidad, la ansiedad fóbica, la ideación paranoide, el psicoticismo, y en general con tres índices globales de malestar psicológico que son el índice global de severidad, el total de síntomas positivos y el índice malestar sintomático positivo. En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy.

9. El cuestionario The Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel⁴⁵(EAT-40), 1979: este cuestionario diseñado para evaluar la patología alimentaria. Consta de 40 cuestiones, sobre síntomas y conductas típicas de anorexia. Cada cuestión tiene 6 posibles respuestas (desde nunca hasta siempre) de las que tres se puntúan con 1, 2 o 3. El resto con 0. La puntuación máxima sería 120, a más puntuación más gravedad del trastorno. Se considera punto de corte clínico 30 puntos. Los factores que agrupan a los diferentes ítems son conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. El EAT es el cuestionario autoaplicado más usado, de fácil utilización, ya que requiere de un nivel de lectura comprensiva equivalente a quinto año de primaria. Su fiabilidad test-retest oscila entre el 77 y 95%, con valor predictivo positivo del 82% y predictivo negativo del 93%.

10. Cuestionario de adherencia a la Dieta Mediterránea⁴⁶: se trata de un cuestionario de 14 ítems que evalúa el nivel de adherencia o cumplimiento de los diferentes elementos que componen la dieta mediterránea. La puntuación tiene como punto de corte 9 puntos por encima es que tiene buena adherencia y por debajo baja adherencia.

11. Food Choice Questionnaire (FCQ) de Steptoe, Pollard and Wardle, 1995⁴⁷: este cuestionario adaptado y validado por Jáuregui-Lobera y Bolaños- Ríos en 2011. Se trata de un cuestionario de 36 ítems que engloba nueve factores fundamentales que concierne a la salud referida a la comida, estado de ánimo que me provoca la comida, “comodidad” o facilidad en la elaboración de la comida, aspecto sensorial de la comida, el contenido natural de la comida, el precio de los alimentos, aspectos relacionados con los alimentos para el control de peso, la familiaridad con los alimentos y las preocupaciones éticas respecto a la comida.

12. Food Choice Ideologies de Lindeman M y Sirelius M⁴⁸: al cuestionario de FCQ anterior estas autoras añaden tres nuevas escalas en el aspecto ético como:

- ❖ El motivo para el vegetarianismo en una escala de 3 puntos como de importante son los 9 motivos (ética animal, económico, desagradado por el sabor de la carne, preocupado por el medio ambiente, salud, comportamiento o actitudes de otras personas, religión, desarrollo personal o en el hambre mundial.
- ❖ Los valores evaluado con una versión de 10 ítems de la Escala de Schwartz y dando importancia del 1=nada de importancia hasta el 5=importancia máxima. Los valores son el poder, logros, hedonismo, estilo de estimulación, autonomía, universalidad, benevolencia, tradición, conformidad y seguridad.
- ❖ El humanismo y normativismo con la versión de Tomkins’s Polarity Scale que incluye 40 ítems relacionados con el humanismo y otros 40 con el normativismo.

13. The Eating Motivation Survey (TEMS) de Renner⁴⁹: se trata de una escala de 78 ítems que representan 15 factores como el gusto, el hábito, necesidad o hambre, salud, facilidad en la elaboración, placer, tradición, preocupaciones acerca de , naturaleza, sociabilidad, precio, aspecto visual, control del peso, regulación afectiva, normas sociales e imagen social. . Este cuestionario te permite conocer porque comemos lo que comemos cada día.

14. Questionnaire measuting motives for choosing food including sustainable concers de Sautron⁵⁰: se trata de un cuestionario de 104 ítems que se divide en 4 categorías y 2 secciones. Las categorías son el medio ambiente, salud y bienestar, económico y miscelánea.

- ❖ La categoría medio ambiente tiene 29 ítems motivos relacionados con la elección de comida y el medio ambiente, la contaminación, la fuente de desperdicios y el bienestar animal. A su esta categoría se divide en una sección de 51 ítems de comida en general.
- ❖ La categoría salud y bienestar consta de 42 ítems motivos relacionados con la elección de comida, el impacto sobre salud, la preocupación sobre bien estar y normas sociales.
- ❖ La categoría económica tiene 12 ítems relacionados con la elección de comida con el precio, la relación calidad-precio, la etiqueta y la marca comercial. Esta categoría s vez tiene una sección para los grupos de comida con 17 ítems para la carne, 10 ítems para el pescado, 13 ítems para las frutas y verduras, y 13 ítems para productos de diario.
- ❖ La categoría miscelánea tiene 21 ítems relacionados con la elección de la comida en relación con la producción estacional, la producción local, la comida natural, la facilidad en elaboración, la innovación, las convicciones religiosas y la familiaridad.

F. Variables:

- ✓ Sociodemográficas.
- ✓ Categoría diagnóstica
- ✓ Peso (kg)
- ✓ Talla (cm)
- ✓ IMC
- ✓ Perímetro abdominal (cm)
- ✓ Tensión arterial (mmHg)
- ✓ Frecuencia cardiaca (latidos por minutos)
- ✓ Glucemia basal (g/l)
- ✓ Colesterol total (mg/dl)
- ✓ HDL (mg/dl)
- ✓ LDL (mg/dl)

- ✓ Triglicéridos (mg/dl)

La batería de test (Anexo 6 completo) evalúan aspectos cualitativos relacionados con la alimentación, motivación y constructos psicológicos pero están medidos con instrumentos cuantitativos por tanto, estadísticamente se trata de manera similar a las variables físicas.

- ✓ Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)
- ✓ Escala de Clima Familiar (FES) de Moos
- ✓ Motivación psicosocial-MPS)
- ✓ Autoestima de Rosenberg
- ✓ Calidad de vida (Schizophrenia Quality of Life Scale)
- ✓ Ansiedad rasgo o estado con State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- ✓ Depresión mediante Beck Depression Inventory (BDI) de Beck
- ✓ Cuestionario de Síntomas (SCL-90-R)
- ✓ Screening de patología alimentaria el cuestionario Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel (EAT-40)
- ✓ Cuestionario de adherencia la dieta mediterránea
- ✓ Food Choice Ideology de Lindeman
- ✓ Food Choice Questionnaire de Steptoe
- ✓ The Eating Motivation Survey de Renner et al.
- ✓ Motives for choosing foods including sustainable concerns de Sautron et al.

G. Plan de trabajo

La duración de este estudio será de un año y se comenzará con el comienzo del calendario académico.

A los pacientes del grupo intervención (grupo B) se les incluiría en un grupo que deberá de acudir semanalmente a la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de San Andrés (URSMSA) para recibir educación nutricional, motivacional y estilo de vida saludable sobre dieta mediterránea durante un total de 12 sesiones.

A los pacientes del grupo control (grupo A) no se les realizará dicha intervención únicamente se les dará pautas nutricionales sin profundizar a nivel individual

Primera semana: se les cita individualmente en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de San Andrés (URSMSA) para realización de control analítico en

ayunas, registro de mediciones antropométricas y baterías de test. Como la batería de test es amplia se les citará varios días y se contará con el personal colaborador en la investigación. En la acogida del paciente se le explica el folleto de información del estudio al paciente y un consentimiento informado que deberá firmar para poder participar en el estudio (Anexos 1 y 2).

Como norma para el buen funcionamiento grupal y de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de San Andrés (URSMSA) se les pedirá confidencialidad, asistencia, puntualidad y participación.

De la segunda semana a la semana 12: se realizarán las sesiones semanales en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de San Andrés (URSMSA) con intervención en educación nutricional, motivacional y de estilo de vida saludable (Anexo 4).

En la semana 24: se volverá a citar a los participantes de forma individual para el registro de los mismos parámetros antropométricos del inicio del estudio (Anexo 5) y para la batería de test (Anexo 6 completo). El objetivo de periodo de 12 semanas es ver si el programa de vida saludable que aborda la nutrición, motivación y estilo de vida mejora la reducción de peso pero sobre todo evaluar los factores que condicionan la motivación del paciente para el cambio.

En la semana 48: se citará de forma individual para control analítico (glucemia y perfil lipídico), medidas antropométricas y de nuevo la batería de test (Anexo 6 completo).

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 el Folleto informativo para los participantes.

(Anexo 1) y se les facilitará la Hoja de Consentimiento informado (Anexo 2) la comprensión del estudio y la aceptación o rechazo del mismo (Anexo 2). Además si abandonasen el estudio explicarle que no cambia la relación con el Sistema Sanitario que son libres en su decisiones y que la decisión de no continuación no afectará a la relación con su asistencia médica.

El estudio y sus datos serán tratados con total confidencialidad con es de esperar en este ámbito y para ello se le asignará un código a cada participante que forme parte del estudio y únicamente tendrán acceso a él el equipo de investigación del estudio.

Se consultará al Comité de Ética e Investigación de nuestra área de salud de la ciudad de Murcia para asesoramiento y recomendaciones previas y del propio proceso del estudio.

I. Análisis de los datos

Realizaremos un estudio de variables numéricas que se resumirán como media, desviación típica y rango y 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 casos contrarios.

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

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

El análisis de los datos se efectuará con el programa informático estadístico SPSS versión 21.

APORTACIÓN DEL ESTUDIO

En la sociedad la incidencia de personas que padecen TMG es elevada y además de ello la psicopatología se añaden problemas relacionados con la salud física como ya se expliqué con anterioridad. Por tanto, es fundamental conocer las vías y los factores de la motivación para poner en marcha la modificación de factores de salud mediante la nutrición y el estilo de vida de los pacientes con TMG para elaborar estrategias con mayor eficacia en la reducción del peso y por tanto evitar enfermedades crónicas asociadas gracias la adquisición de hábitos saludables de vida en su totalidad y además devolver y responsabilizar a los pacientes de su proceso de recuperación en su totalidad ya que esto les hará sentir más plena y satisfechos.

LIMITACIONES

Una de las limitaciones de este estudio es su tamaño muestral como es obvio pero nos sirve como una aproximación inicial de análisis para plantear un estudio posterior de mayor envergadura más orientado y focalizado. Otra limitación podría ser la posibilidad de recaída por psicopatología de los participantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(9):589-97.
2. 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.
3. Rojas P, Poblete C, Orellana X, Rouliez K, Liberman C. Alteraciones metabólicas asociadas al uso de terapia antipsicótica. *Rev Méd Chile.* 2009; 137: 106-114.
4. Heald A, Montejo A.L., Millar H, De Hert M, McCrae J, Correll C.U. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations *Eur Psychiatry* 25.2010: 41-45.
5. World Health Organization. Working in partnership to prevent and control the four noncommunicable diseases — cardiovascular diseases, diabetes, cancers and chronic respiratory diseases and the four shared risk factors - tobacco use, physical inactivity, unhealthy diets and the harmful use of alcohol. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases
6. Cámara Izquierdo C; Caro Rebollo JC, Escusa Julián M; Galán Calvo FC, Gracia López L, Martín Gracia A. Médico, Martínez Roig M, Pibernat Deulofeu P. Samaniego Díaz de Corcuera ME, Vallespí Cantabrana P, Vicente Edo MJ. Guía Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2009.
7. Lalucat LL et al. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Ministerio de sanidad y consumo. 2009; Murciasalud. 35-36.
8. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders CIE-10: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization. Editorial Médica Panamericana. Madrid.2000. 116-127.
9. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial médica panamericana. Madrid. 2014. 99-103.

10. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: OMS. 2009.
11. 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.
12. Sánchez E, Zulet MA, Martínez JA. Influencia del estado nutricional sobre el efecto de los fármacos. En: Mestre C, Duran M, editores. *Farmacología en Nutrición.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 295-305.
13. Real Academia Española (1995): *Diccionario de la Real Academia Española.* (ed. Electrónica). Espasa-Calpe, Madrid. Extraído el 18 Mayo de 2017 del sitio Web: <http://www.rae.es>
14. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. ITH/13/8.COM Decisions. Convention for the safeguarding of the intangible cultural heritage. Intergovernmental Committee for the safeguarding of the intangible cultural heritage. Paris. 7 December 2013.
15. Georgousopoulou EN, Kastorini CM, Milionis HJ, Ntziou E, Kostapanos MS, Nikolaou V, Vemmos KN, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. Association between mediterranean diet and non-fatal cardiovascular events, in the context of anxiety and depression disorders: a case/control study. *Hellenic J Cardiol.* 2014 Jan-Feb; 55(1):24-31.
16. Buchholz S, Morrow AF, Coleman PL. Atypical antipsychotic-induced diabetes mellitus: an update on epidemiology and postulated mechanisms. *Intern Med J.* 2008; 38(7):602-606.
17. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt R, Moller HJ. 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). *Eur Psychiatry.* 2009; 24:412–24.
18. Citrome LL, Holt RIG, Zachry WM, Clewell JD, Orth PA, Karagianis JL, et al. Risk of Treatment-Emergent Diabetes Mellitus in Patients Receiving Antipsychotics. *Ann Pharmacother.* 2007; 41:1593-603.
19. Villegas Martínez I, López Román J, Martínez González AB and Villegas García JA. Obesidad y síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia. *Psiquiatr Biol.* 2005; 12(2):39-45.

20. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane K, Van Belle G, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(7):824-30.
21. Hjorth P, Davidsen AS, Kilian R, Skrubbeltrang C. A systematic review of controlled interventions to reduce overweight and obesity in people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 Oct; 130(4):279-89.
22. Campero Encinas D, Campos Lagrava H. Schizophrenia: the Complexity of one Distressing Disease. *Rev Cient Cienc Med*. 2009;12(2): 32-37
23. Oliviero F, Spinella P, Fiocco U, Ramonda R, Sfriso P, Punzi L. How the Mediterranean diet and some of its components modulate inflammatory pathways in arthritis. *Swiss Med Wkly*. 2015 Nov 2; 145:w14190.
24. Kwan HY, Chao X, Su T, Fu X, Tse AK, Fong WF, Yu ZL. The anticancer and antiobesity effects of Mediterranean diet. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017 Jan 2; 57(1):82-94.
25. Valls-Pedret C, Sala-Vila A, Serra-Mir M, Corella D, de la Torre R, Martínez-González MA, Martínez-Lapisicina EH, Fitó M, Pérez-Heras A, Salas-Salvadó J, Estruch R, Ros E. Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2015 Jul;175(7):1094-103.
26. WHO Study Group. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO, 2003:916.
27. Volpe R, Stefano P, Massimiliano M, Francesca M, Gianluca S, Federica R. Healthy fats for healthy nutrition. An educational approach in the workplace to regulate food choices and improve prevention of non-communicable diseases. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2015 Dec; 22(4):395-401.
28. Maslow AH. Motivation and personality. 1954,1987, third ed. Harper & Row, Publishers Inc.
29. Alderfer CP. Existence, Relatedness, and Growth; Human Needs in Organizational Settings,1972, New York: Free Press.
30. McClelland DC. Toward a theory of motive acquisition. *American Psychologist*.1965, 20: 321–333.
31. Herzberg F, Hamlin RM. The motivation-hygiene concept and psychotherapy. *Ment Hyg-* 1963 Jul: 47: 384-97

32. Herzberg F, Mathapo J, Wiener Y, Wiesen LE. Motivation-hygiene correlates of mental health: an examination of motivational inversion in a clinical population. *J Consult Clin Psycho*
33. Herzberg F. One more time: how do you motivate employees? 1968. *Harv Bus Rev.* 2003 Jan; 81(1):87-96. 1974 Jun; 42(3):411-9.
34. Vroom VH, Jago AG. Reflections on the roots of self-determination. *Am J Health Promot.* 2013 Jul-Aug; 27 (6): TAHP9.
35. Vroom VH, Jago AG. The role of the situation in leadership. *Am Psychol.* 2007 Jan; 62 (1): 17-24; discussion 43-7.
36. Adams JS. 1965. Inequity in social exchange. *Adv. Exp. Soc. Psychol.* 62:335-343.
37. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992 Sep; 47(9):1102–14
38. McConaughy EN, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1983,20, 368-375.
39. Moos R, Moos B. *Family Environment Scale Manual: Development, Applications, Research.* 1994, Third Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
40. Fernández-Seara JL. *Manual Escala de Motivaciones Psicosociales.* Madrid: TEA, 1996.
41. Rosenberg M. The association between self-esteem and anxiety. *J Psychiatr Res.* 1962 Sep; 1:135-52.
42. Suárez MF, Sánchez R, Calvo JM. Validación de la escala Schizophrenia Quality Of Life Scale (SQLS) para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. *Rev Col Psiq.* 2013; 42(3):257-265.
43. Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
44. Beck AT, Ward C, Mendelson M (1961). "Beck Depression Inventory (BDI)". *Arch Gen Psychiatry.* 4 (6): 561–571.
45. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* May; 9(2):273-9.

46. Wang YP, Gorestein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013 Oct- Dec; 35(4): 416-31.
47. Kröniger-Jungaberle H1, Grevenstein D. Development of salutogenetic factors in mental health - Antonovsky's sense of coherence and Bandura's self-efficacy related to Derogatis' symptom check list (SCL-90-R). *Health Qual Life Outcomes.* 2013 May 8; 11:80
48. De la Montaña J, Castro L, Cobas N, Rodríguez M, Míguez M. Adherence to a mediterranean diet and its relationship to body mass index in Galician university. *Rev Nutr* 2012; 32 (3): 72-80.
49. Steptoe A, Pollard TM. Development of a Measure of Motives Inderlying the Selection of Food: The Food Choice Questionnaire. *Appetite* (1995) 25, 265-286.
50. Lindeman M, Sirelius M. Food choice idealogies: the modern manifestations of normative and humanist view of the world. *Appetite* (2001) 37, 175-184.
51. Renner B, Sproesser G, Strobach S, Schupp HT. Why we eat waht we eat. The Eating Motivation Survey (TEMS). *Appetite* (2011)59,117-128.
52. Sautron V, Péneau S, Camilleri G, Muller L, Rufflieux B, Hercberg S, Méjeab C. Validity of a questionnaire measuring motives for choosing including sustainble concerns. *Appetite* (2015), 87, 90-97.

ANEXOS

❖ **Anexo 1: Folleto informativo para los participantes.**

En primer lugar agradecer de antemano su participación y colaboración. A continuación, le explicamos como va a tener lugar este estudio que va tener lugar en la Unidad de Rehabilitación Mental de San Andrés en Murcia (URMSA).

El estudio pretende determinar las características de la motivación en relación a la dieta así como las actitudes más generales en relación a los hábitos de vida saludables para poder ofertar estrategias futuras destinadas a mejorar los hábitos alimentarios y fomentar a su vez un estilo de vida más saludable.

Por ello, necesitamos de su ayuda, colaboración y participación para poder realizar registros de encuestas que evalúen la motivación y sus diferentes factores así como una serie de parámetros cuantitativos (peso, talla, IMC, perímetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardíaca, glucemia basal y perfil lipídico) y encuestas cualitativas (escala evaluación del cambio, clima familiar, motivaciones psicosociales, autoestima, calidad de vida, ansiedad, depresión, cuestionario síntomas, screening patología alimentaria, adherencia dieta mediterránea, Food-Choice-Ideology, Food Choice Questionnaire, The-Eating-Motivation-Survey y Motives-for-choosing-foods-including-sustainable-concerns).

El estudio tendrá lugar a largo de un periodo de un año, se le realizará escalas y control de parámetros al inicio, a los 6 meses y al año. Se mantendrá en contacto con la Unidad de Rehabilitación Mental de San Andrés en Murcia (URMSA) para sesiones formativas grupales de promoción de la motivación, pautas nutricionales saludables y estilo de vida.

Informarle que su participación es voluntaria y por tanto podrá abandonar el estudio cuando lo desee y esto no tendrá repercusión alguna en relación con el Sistema de Salud. Además decir también que toda la información que nos facilite se trata de forma confidencial.

Si desea más información puede llamar a la Unidad de Rehabilitación Mental de San Andrés en Murcia (URMSA) que se encuentra ubicada en la Calle Escultor Sánchez Lozano, nº 7, C.P. 30.005 en Murcia y solicitar hablar con la coordinadora de este estudio M^a Victoria Martí Garnica (968-39-48-00) y si no estuviera disponible pedir a los administrativos que anoten su nombre y teléfono para devolverles la llamada.

¡De nuevo, gracias por su tiempo!

❖ Anexo 2: Hoja de Consentimiento informado

Unidad de Rehabilitación Mental de San Andrés en Murcia (URMSA)
Calle Escultor Sánchez Lozano, nº 7, C.P. 30.005 en Murcia
Teléfono: 968-39-48-00



Coordinadora del estudio: M^a Victoria Martí Garnica

De acuerdo con la Ley General de Sanidad para garantizar su comprensión y debida información por parte de nuestro equipo de investigación del estudio que se va a llevar a cabo yo, Don/Doña (Nombre y apellidos) y con número de DNI_____.

- Afirmo que me ha facilitado de información escrita y que he comprendido el significado del mismo.
- Afirmo que me han resuelto todas las dudas acerca del estudio.
- Afirmo que me ha facilitado información verbal y escrita suficiente por parte del equipo del estudio sobre el objetivo del estudio según el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad.
- Afirmo que entiendo que mi participación de carácter voluntario y que puedo retirarme libremente, sin necesidad de justificar el motivo y esta decisión no afecta a la relación con el Sistema Sanitario.
- Afirmo que en estos momentos deseo participar en este estudio de investigación.

Firmado:

Participante

Investigador

Murcia a _____ de _____ de 20__.

❖ Anexo 3: Recogida de datos sociodemográficos

Edad (años):

Sexo: Hombre / Mujer

Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- En pareja

Tipo de convivencia:

- Vive con la familia de origen
- Vive con su familia propia
- Vive en pareja
- Vive sólo
- Vive como único progenitor con sus hijos

Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Básicos
- Bachiller
- Universitarios

Situación laboral:

- Activo
- Desempleo
- Jubilado

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

- Tratamiento para la diabetes
- Tratamiento para la hipertensión.
- Tratamiento para la hiperlipemia.
- Tratamiento para las enfermedades cardiovasculares.
- Tratamiento psiquiátrico, especificar cuales:
 - antidepresivos
 - ansiolíticos
 - hipnóticos
 - neurolépticos o antipsicóticos
 - otros

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 control médico, enfermedad o embarazo.

❖ **Anexo 4: Programa de Estilo de Vida Saludable**

Los temas se abordarán en un formato grupal, con sesiones de una hora y media de duración y el temario es el siguiente:

- Enfermedades relacionadas con el exceso de peso, como la obesidad y la diabetes tipo 2.
- Enfermedades relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular.
- Concepto de Síndrome Metabólico.
- Efectos de la medicación para el TMG.
- Educación para la salud: hábitos de vida saludables

Respecto a la alimentación:

- ✓ Pirámide de los alimentos
- ✓ Categorías de alimentos
- ✓ Raciones recomendadas
- ✓ Importancia de emplear alimentos frescos y no procesados
- ✓ Importancia de reducir o cesar el consumo de refrescos

Respecto al autocuidado:

- ✓ Ejercicio físico regular
 - ✓ Sueño
 - ✓ Descanso
 - ✓ Sociabilización
 - ✓ Interés personales
 - ✓ Técnicas de autocontrol y afrontamiento al estrés: relajación
- Aproximación conceptual de la Dieta Mediterránea.
 - Aproximación conceptual de la Motivación.

Anexo 5: Registro de parámetros objetivos

Se realizan los registros al inicio, a los 6 meses y año.

Peso (kg): _____ / _____ / _____.

Talla (cm): _____ / _____ / _____.

IMC: _____ / _____ / _____.

Perímetro abdominal (cm): _____ / _____ / _____.

Tensión arterial (mgHg): _____ / _____ / _____.

Frecuencia cardíaca (latidos por minutos): _____ / _____ / _____.

Glucemia basal (g/l): _____ / _____ / _____.

Perfil lipídico:

Colesterol total: _____ / _____ / _____.

HDL: _____ / _____ / _____.

LDL: _____ / _____ / _____.

Triglicéridos: _____ / _____ / _____.

❖ Anexo 6: Test 1

Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.
1 2 3 4 5
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.
1 2 3 4 5
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.
1 2 3 4 5
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.
1 2 3 4 5
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo este aquí.
1 2 3 4 5
6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.
1 2 3 4 5
7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.
1 2 3 4 5
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.
1 2 3 4 5
9. He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.
1 2 3 4 5
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.
1 2 3 4 5
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.
1 2 3 4 5
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.
1 2 3 4 5
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.
1 2 3 4 5
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.
1 2 3 4 5
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.
1 2 3 4 5

16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.
1 2 3 4 5
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.
1 2 3 4 5
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.
1 2 3 4 5
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.
a. 2 3 4 5
20. He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara.
1 2 3 4 5
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.
1 2 3 4 5
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.
1 2 3 4 5
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.
1 2 3 4 5
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.
1 2 3 4 5
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.
1 2 3 4 5
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?.
1 2 3 4 5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.
1 2 3 4 5
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.
1 2 3 4 5
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?.
1 2 3 4 5
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.
1 2 3 4 5
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.
1 2 3 4 5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.
1 2 3 4 5

Precontemplación: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.

Contemplación: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24.

Acción: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30.

Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.

❖ **Anexo 6: Test 2**

Escala de Clima Familiar (FES) de Moos

Anote sus datos personales en la Hoja de respuestas; después de la palabra “Puesto”, indique el lugar que ocupa Vd. en la familia: padre, madre, hija, etc. A continuación lea las frases de este impreso; Vd. tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia.

Si Vd. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará, en la Hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero); si cree que es falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponde a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea de la Hoja. Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Vd. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de mi familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a cultos de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente los enfados.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.

16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competición y “que gane el mejor”.
36. Nos interesan las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.

41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si a alguno de le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi familia casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.

63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.
75. “Primero el trabajo, luego la diversión”, es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o en el estudio.

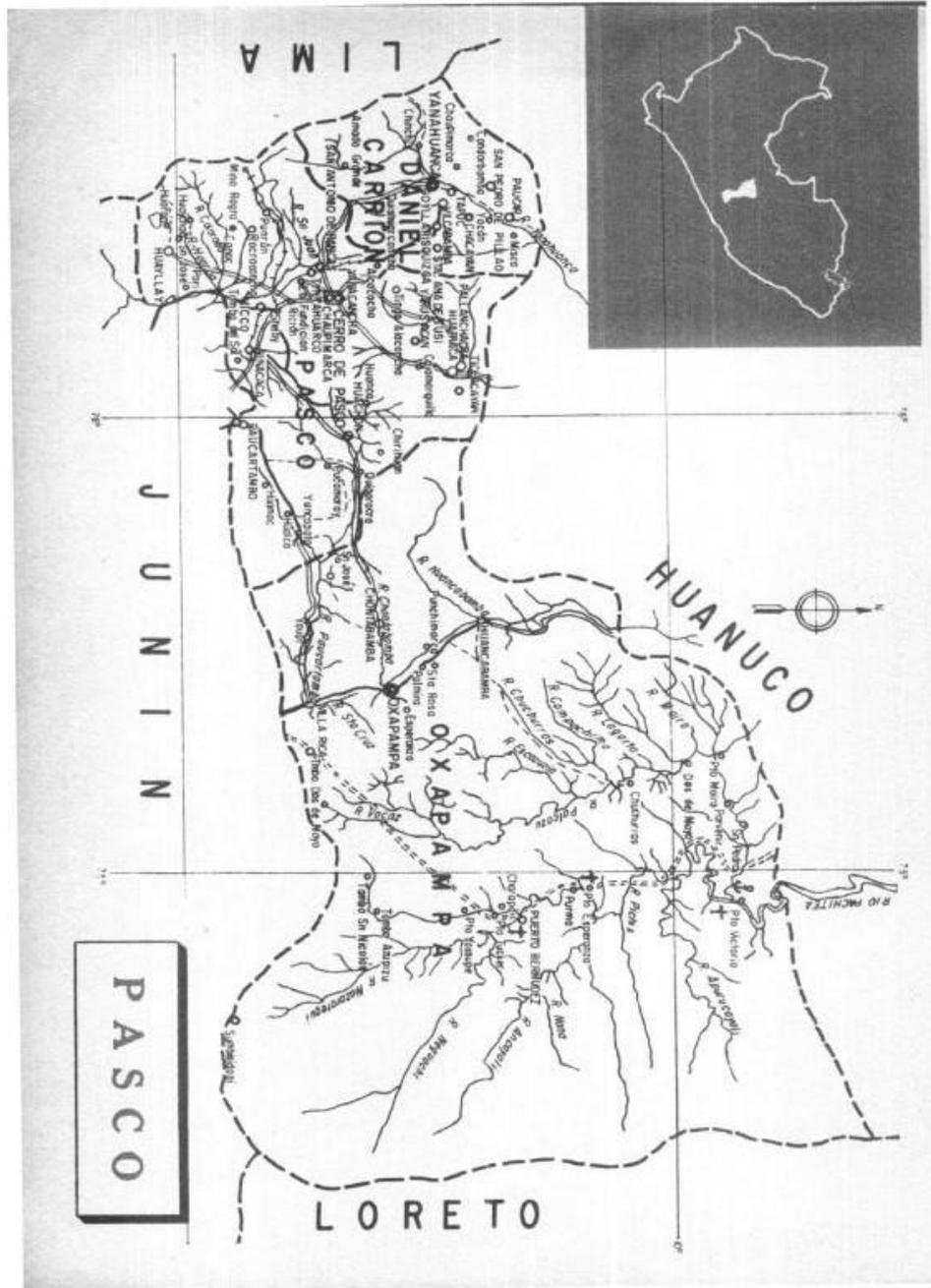
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que quien comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi familia, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

❖ Anexo 6: Test 3

Escala de Motivaciones Psicosociales

Anexo 1: MAPA POLÍTICO



DE PASCO

Anexo 2.Escala de motivaciones psicosociales

Instrucciones: esta Escala no es una prueba con respuestas correctas o incorrectas. Se trata de un cuestionario que describe aspectos, sobre todo de tipo profesional y laboral.

En ella encontrará dos tipos de enunciados. En la primera parte encontrará enunciados con dos alternativas.

EJEMPLO (1a parte): «Los éxitos profesionales me importan mucho...».

x en la Hoja de respuestas estarán las letras V y F. Si Ud. está de acuerdo con la frase anterior, señalará en la Hoja la **V (verdadero)**; si Ud. no está de acuerdo con el enunciado, marcará en la Hoja la **F (falso)**.

En la segunda y tercera partes hallará unos enunciados y Ud. podrá elegir solamente aquellos que le resulten atrayentes. No tiene que elegir necesariamente todos.

EJEMPLO (2a parte): «Trabajar en equipo...».

y en la Hoja de respuestas estarán los números 2, 3 y 4. Si este enunciado le resulta atrayente, precise el grado de importancia que tiene para Ud. señalando en la Hoja uno de los números, atendiendo a la escala siguiente: **2 – normal, 3 – mucho, 4 – muchísimo**.

EJEMPLO (3a parte): «Decisiones de mis jefes...».

y en la Hoja estarán los números 1, 2, 3 y 4. Si este enunciado le resulta atrayente, precise el grado de satisfacción que le produce a Ud. señalando en la Hoja uno de los números, atendiendo a la escala siguiente: 1 – alguno, 2 – normal, 3 – mucho, 4– muchísimo.

Por favor, sea sincero en sus respuestas y procure contestar a todas las cuestiones. La prueba no tiene tiempo limitado; no obstante, trabaje con rapidez.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO

PRIMERA PARTE

1. Busca con afán la confianza y aprecio del director (a) o subdirector (a).
2. Necesita ocupar algún cargo de alta responsabilidad para poner a prueba su valía profesional.
3. Siente a menudo la necesidad de realizar grandes proyectos.
4. En general, tiene un gran interés por ampliar conocimientos relacionados con su trabajo.
5. Siempre le ha gustado formar parte del equipo directivo de su centro educativo.
6. Tener un puesto de trabajo fijo es muy importante para Ud. y/o su familia.
7. En general, prefiere su trabajo en equipo que individualmente.
8. Le gusta que le pidan opinión en los asuntos relativos a su actividad profesional.
9. Generalmente intenta resolver los problemas de su vida por sí mismo.
10. Ocupar un cargo con mayor responsabilidad es tan importante para Ud. que lo aceptaría con la misma asignación económica que la que percibe actualmente.
11. Desearía realizar alguna actividad que le permitiera dirigir algún grupo de personas.
12. Preferiría un trabajo estable sin grandes posibilidades profesionales, al de grandes posibilidades pero no fijo.
13. Con frecuencia necesita de otras personas comprensión y afecto.
14. Le importa mucho lo que la gente pueda decir de Ud.
15. Es importante para Ud. conseguir las metas y realizar los proyectos que se ha propuesto.
16. Prefiere aceptar nuevas responsabilidades profesionales con gran riesgo, a trabajar con menos responsabilidad y riesgo.
17. Ocupando algún cargo directivo y/o político se sentiría más feliz.
18. No le importa que supervisen su labor con tal de asegurarse el puesto de trabajo.
19. Con frecuencia siente necesidad de contar sus vivencias y sentimientos a otras personas de confianza.
20. Busca las situaciones y oportunidades que le permitan dar a conocer su preparación y valía.
21. Cada vez más, necesita que todos sus proyectos le salgan bien.
22. Desearía realizar cursos de formación con cierta periodicidad para mejorar su eficacia laboral.
23. Le gustaría tener algún papel influyente en las decisiones de su centro educativo aunque no tenga puesto directivo ni mando personal.
24. Siente a menudo deseos de ganar mucho dinero, aunque realmente no lo necesite para vivir.
25. Para Ud. es muy importante estar unido y ser aceptado por los compañeros, amigos y personas en general.
26. Le gusta realizar con frecuencia algún tipo de acciones que llamen la atención a los demás.

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

27. A menudo considera que debería cambiar su imagen ante los demás.
28. Preferiría un trabajo bien remunerado a uno interesante y creativo.
29. Desearía ocupar algún cargo importante con el fin de lograr una posición social más alta.
30. Sería más importante para Ud. trabajar en otra institución líder del sector educación.
31. Considera imprescindible la ayuda de otras personas en los momentos difíciles.
32. Generalmente tiende a ocupar un primer plano y a destacar sobre los demás.
33. Ganando más dinero conseguirá mayor seguridad en sí mismo.
34. Debe proponerse nuevas metas para llegar a ser lo que Ud. desearía ser.
35. Es Ud. una persona que está dispuesta a lodo para conseguir lo que se propone.
36. Desearía tener un mejor ambiente físico y humano en su trabajo.
37. Una de las cosas más importantes en su vida es contar con buenos amigo(a)s.
38. Desearía tener la oportunidad de ofrecer alternativas y soluciones para demostrar su formación y preparación profesional.
39. Desearía tener una personalidad más ajustada a las situaciones.
40. Frecuentemente siente la necesidad de cambiar las condiciones actuales de su vida.
41. En general, le gusta influir en los proyectos y decisiones de los demás.
42. Le gustaría mantener el puesto o cargo que actualmente desempeña, hasta que se jubile,
43. Siente a menudo la necesidad de ampliar el círculo de sus amistades.
44. Busca que la gente hable bien de Ud. y/o de su trabajo.
45. Le gustaría dirigir y/o supervisar el trabajo de otras personas.
46. Desearía que la organización y funcionamiento de su centro educativo fuesen más efectivas.
47. Le gusta que sus compañeros de trabajo cuenten con Ud. ante problemas importantes o difíciles o de otro tipo de actividades.
48. Es Ud. de esas personas que luchan en la búsqueda de una mayor promoción profesional y ascenso social.
49. Es preferible trabajar en la Administración del Estado con menor sueldo y posibilidades, a hacerlo en el sector privado, con superior retribución y posibilidades profesionales.
50. Desea que sus relaciones afectivas de pareja y amistad sean siempre estables.
51. Es muy importante para Ud. conseguir en su trabajo unas buenas relaciones humanas.

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

52. Se considera Ud. como una persona que posee una gran capacidad para ganarse amigos.
53. La mayoría de sus compañeros le aceptarían como coordinador o supervisor en alguna tarea importante.
54. El día de su jubilación estará satisfecho de su labor profesional realizada.
55. Podrá lograr en gran medida todo lo que se proponga en la vida.
56. Se arriesgaría en la toma de decisiones con tal de impresionar a los demás.
57. Por sus méritos (conocimientos y valía), tiene asegurado el puesto que actualmente ocupa en su centro educativo.
58. Puede alcanzar un pleno desarrollo afectivo en el ámbito familiar.
59. Piensa que los demás le aceptan tal como es.
60. Está capacitado para desempeñar un cargo o puesto de nivel superior.
61. Desde el nivel profesional que ocupa puede llegar a alcanzar algún cargo de responsabilidad.
62. Estaría dispuesto a utilizar todos los medios con tal de subir social y/o profesionalmente.
63. Considera que la solvencia del sector o centro educativo le pondrá mantener en planilla un largo plazo de tiempo.
64. Puede contar con el respaldo de sus compañeros y amigos en los momentos difíciles.
65. Cree que la dirección de su centro educativo le elegiría entre otros candidatos para un puesto de mayor responsabilidad.
66. Posee las características necesarias para dirigir técnica y humanamente a un equipo de trabajo.
67. En su centro de trabajo se puede lograr un buen ambiente laboral y de relaciones humanas,
68. Considera que con dinero se puede lograr todo aquello a lo que aspira.
69. Teniendo o ganando más dinero se sentirá más seguro de sí mismo.
70. Como persona puede llegar a lograr una integración satisfactoria dentro del mundo laboral.
71. Si Ud. ocupase un cargo directivo podría demostrar a los demás su valía profesional.
72. Considera que está preparado para afrontar cualquier problema relativo a su actividad.
73. Podrá lograr en su vida unas relaciones de amistad totalmente positivas.
74. Podría mejorar su rendimiento laboral actual.
75. Sus compañeros de trabajo le aceptarían como jefe por sus cualidades profesionales.
76. Es una persona promocionable dentro de su centro educativo.

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

77. Su puesto de trabajo favorece el desarrollo integral de la persona.
78. Cree que su centro educativo le ofrecerá la posibilidad de participar en la toma de decisiones.
79. Piensa que tiene en su centro o sector educativo muchas posibilidades de alcanzar sus aspiraciones de promoción y ascenso.
80. Podrá llegar a ser un profesional brillante dentro de su ámbito o sector educativo.
81. En su centro de trabajo se puede lograr un buen ambiente de relaciones humanas.
82. Como persona puede lograr un status profesional y social adecuados.
83. Considera que tiene facilidad para formar un equipo de trabajo y que éste le aceptaría fácilmente.
84. Tiene la impresión de que a menudo sus compañeros de trabajo le marginan.
85. Sus compañeros de trabajo tienen una opinión positiva de Ud.
86. Las decisiones tomadas por Ud., en la mayoría de los casos, son las más adecuadas.
87. En general, se preocupa por el desempeño de sus tareas profesionales.
88. Es constante en la búsqueda de medios para ascender de nivel o categoría profesional.
89. Ha conseguido un puesto de trabajo seguro en el sector o centro educativo.
90. Se esfuerza por ganarse la confianza y aprecio de sus compañeros, amigos y otras personas.
91. Su director(a) o subdirector(a) consideran que las decisiones tomadas por Ud. son generalmente las más adecuadas.
92. Conoce su trabajo y lo ejecuta conforme a las exigencias del mismo.
93. Generalmente dedica gran parte de su tiempo libre en actividades complementarias a su trabajo.
94. Ha realizado en su vida grandes proyectos.
95. Considera que tiene un trabajo bien remunerado.
96. En general, en los momentos difíciles de su vida, siente el respaldo de las personas allegadas.
97. Sus jefes y superiores le reconocen su valía personal.
98. Trabaja más y mejor que el resto de sus compañeros.
99. Su cargo o puesto de trabajo le permite llevar a cabo la toma de decisiones e iniciativas.
100. Gana o posee mucho dinero y bienes.
101. Tienen en la actualidad un puesto de trabajo que le permite ofrecer alternativas y soluciones a los problemas del centro educativo.
102. Se siente integrado dentro de su grupo de trabajo o área.

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

103. Ha realizado en la vida muchas cosas que han valido la pena.
104. Los demás le consideran idóneo para el puesto que ocupa.
105. Su trabajo le enriquece personal y profesionalmente.
106. Ocupa ya un puesto considerado como importante de ejecución o consulta.
107. Su sector o centro educativo tiene solvencia para mantenerle estable por mucho tiempo.
108. Sus relaciones de amistad en la actualidad, son altamente positivas.
109. En su centro educativo tienen en cuenta su opinión en los asuntos relativos a su trabajo o actividad profesional.
110. En general, resuelve, por sí mismo los problemas relativos a su trabajo.
111. Es Ud. una persona a la que le gusta empezar muchas cosas, pero acaba muy pocas.
112. Su cargo o puesto le permite dirigir o supervisar el trabajo de otras personas.
113. Se siente a gusto con las condiciones físicas y humanas de su trabajo.
114. Sus relaciones afectivas en el ámbito son estables y satisfactorias.
115. Si tiene que exponer algo en público, está seguro de lo que dice.
116. El ámbito físico y humano de su trabajo favorece el buen hacer e, incluso la creatividad.
117. Es Ud. una persona importante e influyente profesionalmente.
118. Está satisfecho de las tareas y funciones que desempeña actualmente.
119. Intenta ganarse cada día más amigos.
120. A menudo sus proyectos le salen mal.
121. Se siente plenamente integrado dentro de su círculo de amigos.
122. Hasta el momento ha logrado un rendimiento laboral satisfactorio.
123. Se siente a gusto con sus compañeros de trabajo.
124. En la actualidad pone los medios necesarios para su promoción profesional y ascenso social.
125. Su trabajo le permite su valía profesional.
126. Ha obtenido ya muchos éxitos en su vida.

NO SE DETENGA, PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

SEGUNDA PARTE

A continuación se presentan 21 incentivos, brevemente descritos. Entre estos 21, elija solamente aquellos que le resulten más atractivos, tanto en el momento actual como presumiblemente en el futuro, y atendiendo no sólo el plano personal, sino también al profesional.

El modo de proceder es el siguiente: si le resulta atractivo, precise el grado de importancia que ese incentivo tiene para Ud. marcando también con un aspa en la Hoja de Respuestas uno de los números atendiendo a la siguiente escala:

2: normal 3: mucho 4: muchísimo

- 127. Participación en la toma de decisiones.
- 128. Buen ambiente laboral.
- 129. Aprecio y consideración del director o superiores.
- 130. Aprecio y consideración de sus compañeros.
- 131. Aprecio y consideración de sus subordinados.
- 132. Relaciones afectivas estables.
- 133. Cargo o puesto de gran responsabilidad.
- 134. Valía profesional.
- 135. Status profesional y social alto.
- 136. Posibilidades de promoción y ascenso profesional.
- 137. Independencia y autonomía en el trabajo.
- 138. Retribución económica elevada.
- 139. Éxito profesional.
- 140. Oportunidades de formación y desarrollo profesional.
- 141. Innovación científica en el centro educativo.
- 142. Desarrollo de la propia iniciativa y trabajo creativo.
- 143. Condiciones físicas y ambientales agradables del trabajo.
- 144. Dirigir y supervisar.
- 145. Influencias y poder en el centro educativo.
- 146. Adaptación física y normativa al trabajo.
- 147. Solvencia, prestigio y organización del centro educativo.

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

TERCERA PARTE

El modo de proceder es similar al que se ha descrito en la anterior. La diferencia está en que el criterio de elección será el grado de satisfacción que le produzcan a Ud. esos aspectos relacionados con su vida, atendiendo a la siguiente escala:

1: alguna 2: normal 3: mucho 4: muchísimo

148. Retribución económica actual.
149. Trabajo altamente especializado.
150. Innovación tecnológica del centro educativo
151. Nivel de independencia en el desempeño de su trabajo.
152. Influencia y poder en su centro educativo.
153. Dirigir y supervisar a otros.
154. Moral de grupo o equipo de trabajo.
155. Participación en la toma de decisiones.
156. Rendimiento laboral.
157. Desarrollo de la propia iniciativa.
158. Tareas y funciones que realiza actualmente.
159. Ambiente humano en su trabajo.
160. Condiciones físicas y ambientales del trabajo.
161. Relaciones con sus compañeros.
162. Relaciones con sus amigos.
163. Formación y desarrollo profesional.
164. Promoción y ascenso personal en su centro educativo.
165. Valía profesional.
166. Éxitos profesionales alcanzados.
167. Con su personalidad y carácter.
168. Status profesional y social.
169. Puesto o cargo actual.
170. Organización y funcionamiento de su centro educativo.
171. Opinión de los demás acerca de Ud.
172. Relaciones afectivas de pareja.
173. Relaciones positivas con los hijos.

**HA TERMINADO COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A
TODAS LAS PREGUNTAS**

❖ **Anexo 6: Test 4**

Escala de autoestima de Rosenberg 1965 (RSE)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

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

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

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada (normal).

De 26 a 29 puntos: Autoestima media (no presenta graves problemas de autoestima pero es conveniente mejorarla).

Menos de 25 puntos: Autoestima baja (existen problemas significativos de autoestima).

Propiedades psicométricas: la escala ha sido traducida y validada en castellano por Atienza, Balaguer y Moreno en el año 2000. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80.

❖ Anexo 6: Test 5

Escala de Calidad de vida (Schizophrenia Quality of Life Scale)

Tabla 1 – La escala Schizophrenia Quality of Life (SQLS) original y traducida al español colombiano

| SQLS original | SQLS traducida |
|--|--|
| 1. <i>I lack the energy to do things</i> | 1. Me falta energía para hacer las cosas |
| 2. <i>I am bothered by shaking/trembling</i> | 2. Estoy aburrido o molesto con mi tembladera |
| 3. <i>I feel unsteady walking</i> | 3. Me siento inestable al caminar |
| 4. <i>I feel angry</i> | 4. Me siento bravo |
| 5. <i>I am trouble by a dry mouth</i> | 5. Tengo problemas de sequedad en la boca |
| 6. <i>I can't be bothered to do things</i> | 6. Me molesta que me presionen para hacer las cosas |
| 7. <i>I worry about my future</i> | 7. Estoy preocupado por mi futuro |
| 8. <i>I feel lonely</i> | 8. Me siento solo |
| 9. <i>I feel hopeless</i> | 9. Me siento sin esperanza |
| 10. <i>My muscles get stiff</i> | 10. Se me entiesan los músculos |
| 11. <i>I feel very jumpy and edgy</i> | 11. Me siento muy sobresaltado y nervioso |
| 12. <i>I am able to carry out my day-to-day activities</i> | 12. Soy capaz de llevar a cabo mis actividades diarias |
| 13. <i>I take part in enjoyable activities</i> | 13. Participo en actividades agradables |
| 14. <i>I take things people say the wrong way</i> | 14. Malinterpreto las cosas que la gente dice |
| 15. <i>I like to plan ahead</i> | 15. Me gusta planear por anticipado |
| 16. <i>I find it hard to concentrate</i> | 16. Me cuesta trabajo concentrarme |
| 17. <i>I tend to stay at home</i> | 17. Prefiero quedarme en casa |
| 18. <i>I find it difficult to mix with people</i> | 18. Me resulta difícil relacionarme con la gente |
| 19. <i>I feel down and depressed</i> | 19. Me siento triste y deprimido |
| 20. <i>I feel that I can't cope</i> | 20. Siento que no soy capaz de enfrentar las cosas |
| 21. <i>My vision is blurred</i> | 21. Mi visión es borrosa |
| 22. <i>I feel very mixed up and unsure of my self</i> | 22. Me siento muy confundido e inseguro de mí mismo |
| 23. <i>My sleep is disturbed</i> | 23. Mi sueño está alterado |
| 24. <i>My feelings go up and down</i> | 24. Tengo altibajos en mis emociones |
| 25. <i>I get muscles twitches</i> | 25. Me han dado tics en mis músculos |
| 26. <i>I am concerned that I won't get better</i> | 26. Me preocupa que no me vaya a mejorar |
| 27. <i>I worry about things</i> | 27. Me preocupan las cosas |
| 28. <i>I feel that people tend to avoid me</i> | 28. Siento que las personas tienden a evitarme |
| 29. <i>I get upset thinking about the past</i> | 29. Me molesta pensar en el pasado |
| 30. <i>I get dizzy spells</i> | 30. Tengo mareos |

❖ Anexo: Test 6

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Ansiedad-Estado

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

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

Ansiedad-Rasgo

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

- 2 Me siento bien casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 3 Me canso rápidamente casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 4 Siento ganas de llorar casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 5 Me gustaría ser tan feliz como otros casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 6 Pierdo oportunidades por no decirme pronto casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 7 Me siento descansado casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre

- 8 Soy una persona tranquila, serena y sosegada casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 9 Veo que las dificultades se amontan y no puedo con ellas casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 10 Me preocupo demasiado por cosas sin importancia casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 11 Soy feliz casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 12 Suelo tomar las cosas demasiado seriamente casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 13 Me falta confianza en mi mismo casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 14 Me siento seguro casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 15 No suelo afrontar las crisis o dificultades 0 casi nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 16 Me siento triste (melancólico) casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 17 Estoy satisfecho casi 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 casi siempre
- 18 Me rondan y molestan pensamientos sin importancia
- 19 Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos
- 20 Soy una persona estable
- 21 Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado

❖ Anexo: Test 7

Inventario de Depresión de Beck (DBI).

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que se considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección (se puntuará 0-1-2-3).

- 1) No me siento triste
Me siento triste
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
- 2) No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
Me siento desanimado respecto al futuro
Siento que no tengo que esperar nada
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
- 3) No me siento fracasado
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
Me siento una persona totalmente fracasada
- 4) Las cosas me satisfacen tanto como antes
No disfruto de las cosas tanto como antes
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
Estoy insatisfecho o aburrido de todo
- 5) No me siento especialmente culpable
Me siento culpable en bastantes ocasiones
Me siento culpable en la mayoría de ocasiones
Me siento culpable constatemente
- 6) No creo que esté siendo castigado
Me siento como si fuese a ser castigado
Espero ser castigado
Siento que estoy siendo castigado
- 7) No estoy decepcionado de mí mismo
Estoy decepcionado de mí mismo
Me da vergüenza de mí mismo
Me destesto
- 8) No me considero peor que cualquier otro
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
Continuamente me culpo por mis faltas
Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9) No tengo ningún pensamiento de suicidio
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
Desearía suicidarme
Me suicidaría si tuviese la oportunidad
- 10) No lloro más de lo que solía llorar
Ahora lloro más que antes
Lloro continuamente
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
- 11) No estoy más irritado de lo normal en mí
Me molesto o irrito más fácilmente que antes
Me siento irritado continuamente
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

- 13) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
 Evito tomar decisiones más que antes
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 Ya me es imposible tomar decisiones
- 14) No creo tener peor aspecto que antes
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible
- 15) Trabajo igual que antes
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo
 No puedo hacer nada en absoluto
- 16) Duermo tan bien como siempre
 No duermo tan bien como antes
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
- 17) No me siento más cansado de lo normal
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 Estoy demasiado cansado para hacer nada
- 18) Mi apetito no ha disminuido
 No tengo tan buen apetito como antes
 Ahora tengo mucho menos apetito
 He perdido completamente el apetito
- 19) Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
 He perdido más de 2 kilos y medio
 He perdido más de 4 kilos
 He perdido más de 7 kilos
 Estoy a dieta para adelgazar SI/NO
- 20) No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
- 21) No he observado ningún cambio reciente en mi interés
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

Interpretación:

| Puntuación | Nivel de depresión* |
|------------|--|
| 1-10 | Estos puntajes son considerados normales |
| 11-16 | Leve perturbación del estado de ánimo |
| 17-20 | Estados de depresión intermitentes |
| 21-30 | Depresión moderada |
| 31-40 | Depresión grave |

Más de 40 Depresión extrema

*Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
9. Tener dificultad para memorizar cosas.
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
12. Dolores en el pecho.
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
14. Sentirme con muy pocas energías.
15. Pensar en quitarme la vida.
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
17. Temblores en mi cuerpo.
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.
19. No tener ganas de comer.
20. Llorar por cualquier cosa.
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.
23. Asustarme de repente sin razón alguna.
24. Explotar y no poder controlarme.
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
27. Dolores en la espalda.
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
29. Sentirme solo/a.
30. Sentirme triste.
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
32. No tener interés por nada.
33. Tener miedos.
34. Sentirme herido en mis sentimientos.
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
36. Sentir que no me comprenden.
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera
40. Náuseas o dolor de estómago.
41. Sentirme inferior a los demás.
42. Calambres en manos, brazos o piernas.
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
44. Tener problemas para dormir.
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.

46. Tener dificultades para tomar decisiones.
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
48. Tener dificultades para respirar bien.
49. Ataques de frío o de calor.
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
51. Sentir que mi mente queda en blanco.
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
53. Tener un nudo en la garganta.
54. Perder las esperanzas en el futuro.
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados
59. Pensar que me estoy por morir.
60. Comer demasiado.
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.
67. Necesitar romper o destrozar cosas.
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
74. Meterme muy seguido en discusiones.
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
79. Sentirme un/a inútil.
80. Sentir que algo malo me va a pasar.
81. Gritar o tirar cosas.
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
89. Sentirme culpable.
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

| CATEGORIAS DE SINTOMAS | MUJERES (N: 313) | | VARONES (N:275) | |
|--------------------------|------------------|------|-----------------|-------|
| | M | d.t. | M | d.t. |
| Somatizaciones | 0,92 | 0,69 | 0,47 | 0,47* |
| Obsesiones, compulsiones | 1,28 | 0,78 | 0,98 | 0,70 |
| Sens. Interpersonal | 1,22 | 0,78 | 0,74 | 0,57* |
| Depresión | 1,19 | 0,80 | 0,65 | 0,53* |
| Ansiedad | 1,09 | 0,81 | 0,56 | 0,54* |
| Hostilidad | 1,10 | 0,90 | 0,91 | 0,80 |
| Ansiedad fóbica | 0,52 | 0,60 | 0,27 | 0,44* |
| Ideaciones paranoides | 1,07 | 0,89 | 0,75 | 0,71* |
| Psicoticismo | 0,69 | 0,65 | 0,41 | 0,46* |
| I. Severidad Global | 0,17 | 0,11 | 0,11 | 0,08* |
| Síntomas Positivos | 43,23 | 18,8 | 30,53 | 16,6 |
| P.S.T. | 1,97 | 0,55 | 1,77 | 0,55 |

* Se han encontrado diferencias significativas según género $p < 0.01$

Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

SCL-90-R L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

O Mujer O Varón

Educación:

O Primario incompleto O Secundario incompleto O Terciario incompleto

O Primario completo O Secundario completo O Terciario/universitario completo

Estado civil:

O Soltero O Divorciado O Viudo/a

O Casado O Separado O En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

❖ Anexo 6: Test 9

Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel (EAT-40), 1979

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo la comida de los demás pero no como lo que cocino.
3. Me pongo nervioso/a antes de comer.
4. Me horroriza pesar de más.
5. Evito comer cuando estoy cabreado/a.
6. Noto que me preocupo por la comida.
7. Hago atracones de comida y siento que soy incapaz de parar.
8. Corto mi comida en trozos muy pequeños.
9. Me fijo en las calorías de la comida que como.
10. Sobre todo evito comida con alto contenido en carbohidratos (ej: pan, arroz, patatas, etc).
11. Me siento empachado/a después de comer.
12. Me doy cuenta que los demás piensan que debería de comer más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento muy culpable después de comer.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
16. Hago ejercicio intenso para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta la ropa que queda ajustada.
19. Disfruto comido carne.
20. Me despierto temprano por las mañanas.
21. Como lo mismo cada día.
22. Pienso en como quemo calorías cuando hago ejercicio físico.
23. Me viene la menstruación de forma regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
25. Me preocupa pensar que tengo grasa en mi cuerpo.
26. Tardo más tiempo en comer que los demás.
27. Disfruto comiendo en los restaurantes.
28. Tomo laxantes.
29. Intento evitar alimentos con azúcar.
30. Como comida de dieta.
31. Siento que la comida controla mi vida.
32. Demuestro mi auto-control hacia la comida.
33. Siento que los demás me presionan para comer.
34. Empleo mucho tiempo y preocupación por la comida.
35. Sufro de estrñimiento.
36. Me siento mal después de haber comido cosas dulces.
37. Me animo a continuar a dieta.
38. Me gusta sentir mi estomago vacío.
39. Disfruto probando comidas nuevas.
40. Tengo la tendencia a vomitar después de comer.

❖ **Anexo 6: Test 10**

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 | |

Interpretación:

Menos de 9 puntos: Baja adherencia a la Dieta Mediterránea.

Más de 9 puntos: Buena adherencia a la Dieta Mediterránea.

❖ Anexo 6: Test 11

Food Choice Questionnaire (FCQ) de Steptoe, Pollard and Wardle, 1995

Adaptada y validada por Jáuregui-Lobera y Bolaños- Ríos en 2011. Se trata de un cuestionario de 36 ítems que engloba nueve factores fundamentales que concierne a la salud referida a la comida, estado de ánimo que me provoca la comida, “comodidad” o facilidad en la elaboración de la comida, aspecto sensorial de la comida, el contenido natural de la comida, el precio de los alimentos, aspectos relacionados con los alimentos para el control de peso, la familiaridad con los alimentos y las preocupaciones éticas respecto a la comida.

| APPENDIX | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|-----|
| FOOD CHOICE QUESTIONNAIRE-SPANISH VERSION (FCQ-SP) | | | | | | | |
| Steptoe, Pollard and Wardle, 1995 | | | | | | | |
| Adaptation and validation by Jáuregui-Lobera and Bolaños-Ríos, 2011 | | | | | | | |
| Teniendo en cuenta la siguiente escala... | | | | | | | |
| 1. | “Nada importante” | | | | | | |
| 2. | “No importante” | | | | | | |
| 3. | “Ligeramente no importante” | | | | | | |
| 4. | “Ni no importante ni importante” | | | | | | |
| 5. | “Ligeramente importante” | | | | | | |
| 6. | “Importante” | | | | | | |
| 7. | “Muy importante” | | | | | | |
| Es importante para mi que la comida que tomo un día normal... | | | | | | | |
| 1. | Sea fácil de preparar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 2. | No contenga aditivos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 3. | Sea baja en calorías | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 4. | Sepa bien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 5. | Contenga ingredientes naturales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 6. | No sea cara | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 7. | Sea baja en grasa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 8. | Sea familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 9. | Sea rica en fibra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 10. | Sea nutritiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 11. | Esté fácilmente disponible en tiendas y supermercados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 12. | Tenga buena relación calidad-precio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 13. | Me anime | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 14. | Huela bien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 15. | Pueda cocinarse de forma sencilla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 16. | Me ayude a combatir el estrés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 17. | Me ayude a controlar el peso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 18. | Tenga una textura agradable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 19. | Sea similar a la comida que tomaba cuando era niño | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 20. | Contenga muchas vitaminas y minerales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 21. | No tenga ingredientes artificiales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 22. | Me mantenga despierto, alerta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 23. | Parezca agradable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 24. | Me ayude a relajarme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 25. | Sea alta en proteínas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 26. | No me lleve tiempo prepararla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 27. | Me mantenga sano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 28. | Sea buena para mi piel, dientes, pelo, uñas, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 29. | Me haga sentir bien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 30. | Tenga el país de origen claramente señalado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 31. | Sea lo que como habitualmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 32. | Me ayude a enfrentarme con la vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 33. | Pueda comprarse en tiendas cerca de la casa o el trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |
| 34. | Sea barata | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 7 |

❖ Anexo 6: Test 12

Food Choice Ideologies.

Al cuestionario de FCQ anterior estas autoras añaden tres nuevas escalas en el aspecto ético como:

- Motivo para el vegetarianismo con escala de 3 puntos como de importante son los 9 motivos (ética animal, económico, desagrado por el sabor de la carne, preocupado por el medio ambiente, salud, comportamiento o actitudes de otras personas, religión, desarrollo personal o en el hambre mundial)..
- Valores: versión de 10 ítems de la Escala de Schwatz (1=nada de importancia, 5=importancia máxima). Los valores son el poder, logros, hedonismo, estilo de estimulación, autonomía, universalidad, benevolencia, tradición, conformidad y seguridad.
- El humanismo y normativismo: versión de Tomkins's Polarity Scale que incluye 40 ítems relacionados con el humanismo y otros 40 con el normativismo.

❖ Anexo 6: Test 13
The Eating Motivation Survey (TEMS)

| | |
|--|---|
| <p>Liking because I have an appetite for it because it tastes good because I like it</p> <p>Habit because I'm accustomed to eating it because I usually eat it because I am familiar with it</p> <p>Need and Hunger because I need energy because it is pleasantly filling because I'm hungry</p> <p>Health to maintain a balanced diet because it is healthy because it keeps me in shape (e.g. energetic, motivated)</p> <p>Convenience because it is quick to prepare because it is the most convenient because it is easy to prepare because someone made it for me and it is the choice</p> <p>Pleasure because I enjoy it in order to indulge myself in order to reward myself</p> <p>Traditional Eating because it belongs to certain situations out of traditions (e.g. family traditions, special occasions) because I grew up with it</p> <p>Natural Concerns because it is natural (e.g. not genetically modified) because it contains no harmful substances (e.g. pesticides, pollutants, antibiotics)</p> <p>Sociability because it is social so that I can spend time with other people because it makes social gatherings more comfortable</p> | <p>Price because it is inexpensive because I don't want to spend any more money because it is on sale</p> <p>Visual Appeal because the presentation is appealing (e.g. packaging) because it spontaneously appeals to me (e.g. situated at eye level, appealing colors) because I recognize it from advertisements or have seen it on TV</p> <p>Weight Control because it is low in calories because I watch my weight because it is low in fat</p> <p>Affect Regulation because I am sad because I am frustrated because I feel lonely</p> <p>Social Norms because it would be impolite not to eat it to avoid disappointing someone who is trying to make me happy because I am supposed to eat it</p> <p>Social Image because it is trendy because it makes me look good in front of others because others like it</p> <p>Choice Limitation because it was what was served because it is the only choice</p> <p>Variety Seeking because I like to eat a variety of different foods each day because I don't like to eat the same food for the same meal everyday</p> |
|--|---|

❖ Anexo 6: Test 14

Questionnaire measuring motives for choosing food including sustainable concerns

| | Salud y Bienestar | Económico | Miscelánea |
|---|--|--|---|
| Medio ambiente | | | |
| 29 ítems motivos relacionados con la elección de comida: Medio ambiente Contaminación Fuente de desperdicios Bienestar animal | 42 ítems motivos relacionados con la elección de comida: Impacto sobre salud Preocupación sobre bien estar | 12 ítems relacionados con la elección de comida: Precio Calidad/precio Etiqueta Marca Normas sociales | 21 ítems relacionados con la elección de la comida: Producción estacional Producción local Comida natural Facilidad en elaboración Innovación Convicciones religiosas Familiaridad |
| Cuestionario con ítems de la sección general: 51 ítems de comida en general | | Grupo de comida 17 ítems- Carne 10 ítems-Pescado 13 ítems _ Frutas y verduras 13 ítems-Productos diarios | |