



**Universitat de les
Illes Balears**

**Evaluación de los hábitos alimentarios y su relación con el sobrepeso
y la obesidad en personas con trastorno mental grave**

Laura Valero Moya

Diplomada en Enfermería, Universidad de Murcia, 2008-2010

Memoria del Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Nutrición y Alimentación Humana
de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Mayo, 2017

Firmas

Autor _____ 26/05/2017

Certificado _____ *Jordi Pich Solé*
Tutor del Trabajo

Certificado _____ *[Nombre]*
Cotutor del Trabajo

Aceptado _____ *Josep Antoni Tur Mari*
Director del Máster Universitario en Nutrición y Alim

INDICE

Página

1. Resumen y palabras clave.....	3
– Abstract and key words.....	3
2. Introducción:	
– Antecedentes y estado actual del tema.....	4
– Justificación.....	10
3. Hipótesis.....	12
4. Objetivos.....	12
5. Material y método:	
– Diseño del estudio.....	12
– Población diana: criterios de inclusión, criterios de exclusión.....	13
– Definición de variables.....	13
– Recogida de datos.....	13
– Instrumentos de valoración.....	14
– Tamaño de la muestra	14
– Análisis estadístico.....	15
6. Presupuesto: recursos humanos y materiales.....	15
7. Plan de trabajo: Cronograma.....	16
8. Consideraciones éticas.....	17
9. Relevancia y aplicabilidad de los resultados.....	17
10. Bibliografía.....	18
11. Anexos:	
– Consentimiento informado.....	20
– Cuestionarios.....	21
– Esquema del programa psicoeducativo.....	24

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad constituyen las grandes pandemias que sufren los países desarrollados en la actualidad, siendo más importante aún entre las personas diagnosticadas de trastorno mental grave (TMG) con tasas superiores a las de la población general. Esto provoca que aumenten los factores de riesgo cardiovascular, la prevalencia de otras patologías asociadas y la mortalidad, además de la disminución de la calidad de vida. El mayor riesgo que las personas con TMG tienen de padecer estas patologías se debe a varios factores, entre los cuales destacan los estilos de vida poco saludables.

El objetivo de este trabajo es conocer cómo son los hábitos de estos pacientes y cómo influyen en la aparición de sobrepeso y obesidad, así como enseñar hábitos saludables (alimentación, ejercicio) a través de un programa psicoeducativo, para mejorar esos parámetros.

Para ello se realizará un ensayo clínico aleatorizado en el que se formarán 2 grupos de pacientes diagnosticados de TMG, de los cuales sólo los del grupo experimental participarán en el programa psicoeducativo que será impartido por la enfermera en el Centro de Salud Mental. Se realizarán mediciones pre y post intervención de las medidas antropométricas y de los hábitos alimentarios y de actividad física.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, trastorno mental grave, hábitos.

ABSTRACT

Overweight and obesity are the major pandemics problems in developed countries today, most importantly among people diagnosed with severe mental illnesses. This causes increased cardiovascular risk factors, the prevalence of other associated pathologies and mortality, as well as a decreased quality of life. The greatest risk that these people have to suffer from these pathologies is due to several factors, among which stand out unhealthy lifestyles.

The aim of this study is to understand the habits of these patients and how they influence the appearance of overweight and obesity, as well as to teach healthy habits (food, exercise) through a psychoeducative program to improve these parameters.

For this, a randomized clinical trial will be carried out in which 2 groups of patients diagnosed with TMG will be formed, of which only the experimental group will participate in the psycho educational program conducted by a nurse in the Mental Health Center. Pre and post intervention measurements of anthropometric measures and of eating and physical activity habits will be performed.

Key-words: obesity, overweight, habits, severe mental disorder.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La obesidad y el sobrepeso: problemas actuales de salud pública

Durante gran parte del siglo XX, la obesidad no era un problema común, relacionándose incluso ciertos grados de sobrepeso con un estatus de bienestar. Sin embargo, en muy poco tiempo ha llegado a ser un problema común serio y creciente entre la población de los países industrializados (1, 2) con graves implicaciones socioeconómicas. Ambas entidades afectan a más de la mitad de la población en los países desarrollados (3), por lo que en la actualidad se puede afirmar que el sobrepeso y la obesidad constituyen las grandes pandemias que sufren estos países, que también están empezando a ir en aumento en países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas.

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial y compleja que se caracteriza por una acumulación anormal o excesiva de grasa, un aumento del tamaño y contenido del tejido adiposo por encima de ciertos límites, que se manifiesta por alteraciones morfológicas y aumento de peso (2), definiéndose por un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 (4). Un IMC ≥ 25 es considerado sobrepeso. Además, actualmente ha aumentado la medición del perímetro de la cintura como mejor marcador de sobrepeso y obesidad, por expresar una relación muy estrecha con la grasa abdominal, la cual es responsable en gran medida de las consecuencias metabólicas directas relacionadas con la obesidad (11). Así, una circunferencia de cintura mayor de 102 cm en hombres y de 88 cm en mujeres también es indicativa de obesidad (4).

IMC (kg/m ²)	Grado de obesidad
<18,5	Peso insuficiente
18,5 – 24,9	Normopeso
25 – 26,9	Sobrepeso grado I
27 – 29,9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30 – 34,9	Obesidad tipo I
35 – 39,9	Obesidad tipo II
40 – 49,9	Obesidad tipo III (mórbida)
> 50	Obesidad tipo IV (extrema)

Tabla 1. Clasificación y estratificación de la obesidad según el IMC.

Se acepta que se produce por un desequilibrio prolongado entre la ingesta calórica y el gasto energético. Este exceso de energía ingerida se acumula en los adipocitos en forma de triglicéridos, incrementando no sólo su tamaño sino

induciendo la aparición de nuevos adipocitos. Las células del tejido adiposo almacenan gran parte de la reserva de energía del organismo, pero su capacidad de acumulación es limitada de forma que cuando se produce un desbordamiento de dicha capacidad o se alteran los mecanismos que lo regulan, se genera una situación metabólica desfavorable que puede llegar a ser tóxica. Los triglicéridos entonces se acumulan en otros tejidos, especialmente en músculo e hígado, provocando diferentes grados de resistencia a la insulina, y Síndrome Metabólico (SM) con el consiguiente aumento de la morbi-mortalidad cardiovascular (2). Además también favorece la aparición de otras complicaciones entre las que se encuentran Diabetes Mellitus no insulino dependiente, dislipemias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedades digestivas como la litiasis biliar, esteatosis hepática y hernia de hiato; enfermedades respiratorias, alteraciones óseas y articulares, hiperuricemia y neoplasias (4, 5).

Ya en la antigüedad Hipócrates (377-460 a.C.) escribía “la muerte súbita es más frecuente entre los pacientes obesos que en los delgados” (4). Esto sigue vigente en nuestros días ya que aparte de las complicaciones ya mencionadas, la obesidad es un factor de riesgo independiente, que se asocia a un aumento de la mortalidad (5). Las personas con obesidad severa mueren de 8 a 10 años antes que las que mantienen un peso normal, representando cada 15 kg extras, un aumento del riesgo del 30 % por muerte prematura (2). Diversos estudios epidemiológicos han descrito una relación directa entre el IMC y la mortalidad. (2)

Aparte de las complicaciones para la propia persona que padece obesidad, destacan los costes relacionados con cuidados de salud en personas obesas que son al menos un 25 % más elevado que los de los no obesos y se incrementan rápidamente con la ganancia de peso. Se ha estimado que la obesidad supone entre el 2 y el 6 % del gasto sanitario en muchos países, del 5 al 10 % en USA (hasta un 21 % dependiendo de la metodología empleada) por tanto agravando la productividad y el desarrollo (2). Incluso se ha argumentado que el incremento de IMC puede invertir la tendencia a incrementar la expectativa de vida en naciones de altos ingresos, siendo posible que en unos años la expectativa de vida en nuestros descendientes sea menor que la nuestra.

En definitiva, el sobrepeso y la obesidad ocasionan una serie de problemas asociados, considerados en su mayoría prevenibles, y una disminución de la calidad y la esperanza de vida.

Cambios en los hábitos de vida: una de las causas de la obesidad.

Los mecanismos etiopatogénicos de la obesidad no se conocen con exactitud. No obstante, la pandemia actual de obesidad ha coincidido con un profundo cambio de hábitos en la población, tanto a nivel de actividad física como de patrones alimentarios influenciado por cambios demográficos y culturales que han afectado al comportamiento de los seres humanos en múltiples vías (2). Por tanto actualmente la obesidad se considera un fenómeno relacionado con

la sociedad de consumo, aumentando claramente el número de personas afectadas.

La obesidad suele originarse en la infancia y la adolescencia, y tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental (o conductual) que como ya se ha señalado anteriormente, se establece por un desequilibrio entre ingreso y gasto energético (2). La ingesta es superior debido a un consumo excesivo de alimentos de gran contenido calórico junto a una disminución de la actividad física (3). De hecho, la OMS, establece como causa fundamental del sobrepeso y la obesidad el aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos y el descenso en la actividad física por una forma de vida cada vez más sedentaria (1). Se relaciona con los cambios en los hábitos de vida y la continua oferta de la industria alimentaria de alimentos ricos en calorías vacías (4).

Los rápidos cambios sociales y el modo de vida acontecidos a lo largo de las últimas décadas se han reflejado en el rápido abandono del perfil tradicional característico de la dieta mediterránea en España y en otras regiones mediterráneas con una disminución de la adherencia a la misma, particularmente en los colectivos más jóvenes. Estos cambios están relacionados con un importante aumento en el consumo de carne, azúcares refinados, refrescos azucarados y productos de bollería industrial (2).

También se han perdido algunas costumbres típicas del patrón alimentario mediterráneo, como las habilidades culinarias tradicionales (1), la costumbre de reunirse todos los miembros de la unidad doméstica a comer, que es cada vez menor; tanto por la imposición del ritmo de vida, como por el decreciente valor de la comensalidad como signo de unión familiar (6). Las comidas familiares se realizan casi exclusivamente el fin de semana, mientras que los días laborables cada miembro de la familia realiza la comida principal en el lugar de estudio/trabajo, en un establecimiento de restauración-hostelería, o en el domicilio pero sin reunión familiar (1). Se dedica poco tiempo a la comida principal sustituyendo las comidas tradicionales por aperitivos salados o dulces, barritas o preparados (1).

En cuanto al tipo de alimentos ingeridos, ha disminuido el consumo de cereales duros y ha aumentado el consumo de proteínas y grasas, así mismo ha disminuido el consumo de fruta a favor de los derivados lácteos.

Por otro lado, las tendencias sociales y las necesidades sentidas o impulsadas a través de estrategias de marketing y publicidad inducen la selección de alimentos de alta densidad calórica, mientras que se abandona el consumo de alimentos no refinados, de menor densidad energética, ricos en fibra, vitaminas, minerales y vitaminas.

Los patrones de actividad física también han cambiado desde hace unos años, especialmente entre los más jóvenes. Según la OMS, al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte a la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio, impulsado por el avance de las

nuevas tecnologías; y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte “pasivos” también ha reducido la actividad física. Realizar una actividad física adecuada, además de la posible pérdida de peso, mejora los porcentajes de masa grasa y masa muscular, y a su vez aumentan los niveles en parámetros cardiovasculares y fuerza muscular (3).

Los beneficios de la actividad física de intensidad baja a moderada constituyen la base del estilo de vida físicamente activo, que debe incorporar su realización durante un mínimo de 30 minutos diarios, ya sean de ocio y tiempo libre, laborales, tareas del hogar, y que formen parte de la vida cotidiana, sustituyendo horas de televisión, ordenadores y juegos sedentarios, por otras de mayor gasto energético (3). El fomento de la actividad física deber ser utilizado en la prevención de la obesidad a cualquier edad; además se ha evidenciado que la actividad física retrasa o previene la ganancia de peso que normalmente se produce con los años (7).

Se han evidenciado los numerosos beneficios de la pérdida de peso, y la mayoría de autores afirman que la mejor opción en la pérdida de peso en personas obesas es mediante la combinación de una alimentación adecuada con una práctica regular y estructurada de actividad física.

La obesidad en personas con trastorno mental grave.

Las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) son aquellas que presentan unas características más allá del diagnóstico psiquiátrico propiamente dicho. Contempla 3 dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada (8). Se podría resumir como muestra la siguiente tabla:

Criterios diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos esquizofrénicos - Trastorno esquizotípico - Trastornos delirantes persistentes - Trastornos delirantes inducidos - Trastornos esquizoafectivos - Otros trastornos psicóticos no orgánicos - Trastorno bipolar - Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos - Trastornos depresivos graves recurrentes - Trastorno obsesivo-compulsivo
Duración	<ul style="list-style-type: none"> - Evolución de trastorno de 2 años o más - Deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses
Presencia de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar

Tabla 2. Criterios diagnósticos del Trastorno Mental Grave.

Como ya hemos visto, el sobrepeso y la obesidad son considerados problemas de salud pública. Sin embargo, existe suficiente conocimiento para afirmar que las personas que presentan enfermedades mentales y, en particular TMG, tienen cifras de prevalencia superiores a las de la población.

Estas personas presentan una tasa de mortalidad entre 2 y 3 veces superior a la de la población general (4). Tienen una esperanza de vida menor, viviendo de media 15 años menos. Pese a que una parte puede explicarse por la mayor frecuencia de suicidio y de accidentalidad, este exceso de mortalidad es atribuible sobre todo al mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, trastornos metabólicos como la diabetes, dislipemias, y sobre todo a la obesidad, con tasas superiores a las de la población general; y que a su vez está muy relacionada con la aparición del resto de patologías asociadas.

Además, la diferencia entre la prevalencia de las personas con TMG y el resto de la población se ha incrementado en las últimas décadas, especialmente para la diabetes tipo 2 y la isquemia cardíaca. Por otro lado, la coexistencia de una o más enfermedades físicas ha demostrado tener un impacto significativo en variables de calidad de vida y psicopatológicas de esta población (9).

Todo esto está relacionado esto fundamentalmente con el predominio de estilos de vida poco saludables (4, 10) como son el mayor consumo de sustancias adictivas, sobre todo el tabaco; el sedentarismo y una alimentación inadecuada.

También influyen otros factores algo menos modificables como son la menor accesibilidad de estas personas a una atención sanitaria continuada y adecuada a sus necesidades debido principalmente al estigma (4) y los tratamientos farmacológicos, necesarios para la buena evolución de la enfermedad mental, ya que tanto los antipsicóticos de primera generación como los de segunda pueden inducir a ganar peso (4) por incremento del apetito y efecto directo sobre los metabolismos glucémico y lipídico. Esto ocurre especialmente con clozapina y olanzapina, dos de los más utilizados. También, el aumento de peso puede ser un efecto secundario de otros psicofármacos como los antidepresivos (11).

Sin embargo, las razones para la ganancia de peso en personas con TMG que más influyen y que debemos tener más en cuenta porque son en teoría aspectos modificables en los cuáles podemos influir son la falta de actividad física y las malas elecciones alimentarias, ya que suelen consumir una dieta deficiente en frutas y verduras, y con exceso de grasas y azúcar (12).

Por otro lado, y relacionado con lo anteriormente expuesto, también es frecuente la aparición un fenómeno que se ha convertido en uno de los mayores retos de salud pública en todo el mundo. Se trata del síndrome metabólico (SM), que al igual que con el resto de patologías, es frecuente en estos pacientes (10, 13). Se define por un grupo de características clínicas que incluyen una mayor adiposidad abdominal o visceral (obesidad), dislipemia aterogénica, hipertensión y desregulación de glucosa o diabetes mellitus (DM).

Las causas del SM no se comprenden del todo, pero la adiposidad visceral y la resistencia a la insulina juegan papeles destacados (13). También es necesaria una cierta susceptibilidad genética y la presencia de factores ambientales tales como obesidad central/abdominal, sedentarismo, dieta hipercalórica y tabaquismo, que aparecen en la mayoría de pacientes con TMG. El consenso español de la salud física de pacientes con esquizofrenia, concluyó que el síndrome metabólico es entre 2 y 4 veces más prevalente en esta población (14). Este riesgo es más alto en los pacientes con sintomatología defectual, por deterioro de conductas de salud, como alimentación y ejercicio (10).

Se asocia a un triple aumento del riesgo de morir por enfermedad cardíaca coronaria y se ha asociado incluso con deterioro cognitivo. Se considera una enfermedad compleja muy difícil de controlar y con mal pronóstico por lo que debe prestarse una atención especial al SM en pacientes con enfermedades mentales graves (13). Las alteraciones metabólicas aparecen ya en el primer episodio y aumentan con la duración de la esquizofrenia, al mismo ritmo que en la población general (10).

En los pacientes psiquiátricos la alimentación se ve modificada por la patología dentro de una mayor o menor desestructuración del conjunto de pautas adaptativas (6). Los hábitos alimentarios están probablemente relacionados con el nivel socioeconómico bajo y el déficit de conocimientos (12). Además estos pacientes, debido a la sintomatología de la propia enfermedad, especialmente la sintomatología negativa caracterizada por apatía, enlentecimiento psicomotor y escasa motivación, aparte de la sedación que producen los fármacos, provocan que el porcentaje de personas diagnosticadas de TMG que no realiza actividad física suficiente, sea superior al de la población general, con empeoramiento de la calidad de vida y la movilidad.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Como ya se ha señalado, el problema de la obesidad y el sobrepeso está ampliamente extendido entre la población diagnosticada de TMG. La evidencia señala que un importante porcentaje de causas de obesidad se relacionan con un claro componente ambiental unido al estilo de vida sedentario y a los hábitos de vida que llevan a un balance positivo de energía y como resultado a la gradual acumulación de tejido adiposo (2). Por ello, es indispensable desplegar acciones de promoción de la salud en personas con TMG y articular mecanismos de coordinación y cooperación entre diferentes agentes y organismos, que permitan desarrollar las medidas educativas, terapéuticas y preventivas de manera integral.

Las unidades de tratamiento del TMG deben incorporar en sus programas de intervención la atención a los problemas de salud física, y no sólo la atención a la sintomatología psiquiátrica propiamente dicha, para intentar repercutir en la calidad de vida y las posibilidades de rehabilitación e integración social (9). Es necesario que desde el ámbito de la Salud Mental se asuma un papel de responsabilidad y liderazgo que incida en estos aspectos: realizar esfuerzos de educación en hábitos de vida saludables que contribuyan a modificar aquellos factores de riesgo presentes en estos pacientes (15).

En el campo de la atención psiquiátrica y la salud mental, los Servicios Sanitarios también deben contribuir al bienestar general de las personas y a la reducción de la morbilidad física y mortalidad de las poblaciones. La salud física debe convertirse en una prioridad en la atención de los pacientes con enfermedad mental, siendo imprescindible conocer sus hábitos de vida especialmente los referidos a la alimentación y a la actividad física, para después poder corregir aquellos que resulten poco saludables.

Una de las funciones de la enfermera especialista en salud mental es la promoción de la salud y la prevención primaria de la enfermedad (4). La Educación para la Salud, es una herramienta fundamental en el tratamiento de enfermedades, y en la prevención y promoción de la salud. En concreto, la dedicada a personas diagnosticadas de enfermedad mental recibe el nombre de psicoeducación.

Mediante la psicoeducación se pretende prevenir la aparición de enfermedades o complicaciones de las mismas, mediante la adquisición de hábitos saludables, aprendiendo a distinguir entre lo sano y lo perjudicial. Cada vez tenemos más evidencia de que los pacientes con enfermedades crónicas, entre ellas las enfermedades mentales, que están mejor informados son capaces de mantener mayor adherencia a tratamientos y están más implicados para llevar a cabo un estilo de vida saludable, disminuyendo los factores de riesgo de su enfermedad.

La Psicoeducación consiste en una serie de normas o recursos que se le aportan al paciente, a la familia del mismo o a ambos para adaptarse a la situación que tienen. Se pretende que el enfermo pueda llevar una vida normal y autónoma. Para ellos se tratan en diferentes sesiones diferentes aspectos

según el objetivo que se quiera cumplir con la psicoeducación. Mediante la psicoeducación se pretende mejorar la capacidad de la persona para tomar decisiones encaminadas a mejorar su calidad de vida, entre ellas aquellas que permitan prevenir las complicaciones derivadas de los malos hábitos alimentarios.

Se puede concluir que es urgente la recuperación de entornos que favorezcan la adopción de hábitos saludables de alimentación y actividad física, mediante programas consensuados y evaluables, poniendo especial acento en la recuperación y conservación de la Dieta Mediterránea (2) caracterizada por la abundancia de productos frescos de origen vegetal (frutas, verduras, cereales, legumbres y patatas, frutos secos...), la presencia de aceite de oliva como principal fuente de grasa, y la ingesta de leche y productos lácteos bajos en grasa, carnes blancas y pescado azul en cantidades adecuadas (15).

Por ello, en este trabajo, se plantea un programa psicoeducativo basado en el estilo de vida mediterráneo, ya que existe evidencia epidemiológica creciente que sostiene sus beneficios en el sobrepeso y la obesidad (4), siendo además la dieta recomendada para el mantenimiento de un peso adecuado (15). La mejoría clínica de los parámetros que indican sobrepeso y obesidad, va unida a la introducción de hábitos sencillos como controlar la alimentación, practicar cotidianamente una actividad física como puede ser caminar, hacer yoga o eliminar el tabaquismo, entre otros, hábitos que también se trabajarán a lo largo del programa. La finalidad principal es mejorar los índices de sobrepeso y obesidad que frecuentemente presentan los pacientes diagnosticados de TMG.

HIPÓTESIS

“Los hábitos alimentarios observados en las personas con enfermedad mental grave influyen en la aparición de sobrepeso y obesidad, pudiéndose mejorar a través de un programa psicoeducativo impartido en el centro de salud mental.”

OBJETIVOS

- Conocer los hábitos alimentarios en las personas diagnosticadas de trastorno mental grave (TMG).
- Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en una muestra de pacientes con TMG que acuden al centro de salud mental.
- Implantar un programa de intervención para controlar el sobrepeso y la obesidad en pacientes con trastorno mental grave mediante la adquisición de hábitos de vida saludables.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con TMG que acuden al centro de salud mental.

MATERIAL Y MÉTODO

Se plantea un ensayo clínico aleatorizado en el que se formarán 2 grupos de pacientes diagnosticados de TMG, de los cuales sólo los del grupo experimental participarán en el programa psicoeducativo. Se utilizará un diseño pre-post intervención, comprobando antes y después (al mes y a los 6 meses) del programa psicoeducativo el IMC, perímetro abdominal y características de los hábitos alimentarios, mediante los cuestionarios validados de Adherencia a la dieta mediterránea, y el Internacional de Actividad Física.

El programa psicoeducativo constará de 4 sesiones con una periodicidad semanal de 1 hora de duración, que será impartido por la enfermera en el Centro de Salud Mental, en una sala de grupos acondicionada para este tipo de actividades. Los temas estarán relacionados con la alimentación y el ejercicio saludables; con los riesgos para la salud de padecer sobrepeso y obesidad; y con los beneficios de mantener un peso dentro de los límites normales, así como un estilo de vida saludable. Las sesiones tendrán un carácter teórico-práctico dinámico para favorecer la participación activa y la motivación de los usuarios.

Se trata de un programa psicoeducativo de intervención breve, porque está comprobado que éstos presentan índices de eficacia iguales e incluso superiores a tratamientos más largos; tienen la ventaja potencial de minimizar el número de abandonos y costes más reducidos, además de interferir en menor medida en la vida personal, familiar y social de las personas. .

Con este tipo de estudio podremos evaluar si realmente la psicoeducación es efectiva en este tipo de pacientes en la prevención y mejora del sobrepeso y la obesidad.

Población diana

El programa psicoeducativo va dirigido a usuarios del centro de salud mental diagnosticados de TMG, que cumplan los criterios de inclusión y no presenten los criterios de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Aceptación voluntaria para participar en este estudio, y firma del consentimiento informado.
- Personas diagnosticadas de TMG que acudan al CSM.
- Estabilidad psicopatológica en el momento actual.
- Edad mínima de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que por sus características clínicas y cognitivas dificulten la comprensión o integración dentro del programa.
- Pacientes con demencia.
- Pacientes en periodo de inestabilidad psicopatológica.
- No aceptación de participar en el estudio.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables dependientes

- IMC y perímetro abdominal en los usuarios del centro de salud mental diagnosticados de TMG.
- Hábitos alimentarios medidos según la adherencia a la dieta mediterránea.
- Hábitos relacionados con la actividad física.

Variables independientes

- Programa psicoeducativo sobre hábitos alimentarios dirigidos a usuarios del centro de salud mental diagnosticados de TMG.
- Diagnóstico principal, tratamiento y años de evolución.
- Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, nº de personas que conviven en el domicilio, nivel socioeconómico (bajo, medio, alto), nivel de estudios (saber leer-escribir / estudios primarios / secundarios / superiores).

Recogida de datos

A todos aquellos usuarios que acepten participar en el estudio, se les pedirá que firmen el consentimiento informado y se procederá a recoger los primeros datos del usuario entre los que se encuentran los datos de filiación, diagnóstico médico y tratamiento; y los posibles criterios de inclusión dentro del estudio.

A continuación, se les pasará el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea y el cuestionario internacional de la actividad física, a aquellos pacientes que acepten participar en el estudio. Además, se tomarán las medidas antropométricas mediante báscula, tallímetro y cinta métrica milimetrada. Todos estos datos se tomarán a los 2 grupos, tanto al grupo experimental como al control, antes y después de la intervención, que en este caso es la participación en el programa psicoeducativo.

Una vez obtenidos todos los datos se unificarán en una base de datos diseñada a tal efecto, cumpliendo con los requisitos de protección de datos.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Para evaluar los parámetros que marcan el sobrepeso y la obesidad, así como los hábitos relacionados con el estilo de vida de las personas que formarán parte del estudio, se utilizará:

- *Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea*, compuesto por 14 preguntas cortas validado para la población española y utilizado por el grupo de Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED), para valorar si la persona sigue un patrón alimentario basado en la dieta mediterránea. Se propone este cuestionario al ser la dieta mediterránea una de las recomendadas para el control del peso de manera saludable y por su fácil aplicación.
- *Cuestionario Internacional de la Actividad Física (IPAQ) versión reducida*. Se trata de 4 preguntas auto administradas, que versan sobre la cantidad y calidad de la actividad física efectuada en la última semana. Evalúa el tiempo semanal dedicado a hacer actividad física y el sedentarismo diario. Los resultados indicarán un nivel de actividad bajo, moderado o alto.
- Báscula, tallímetro, cinta métrica milimetrada para tomar las medidas antropométricas.

Tamaño de la muestra

El tamaño muestral se ha calculado en base a las posibles diferencias que se puedan encontrar en la evolución del IMC de los pacientes entre el grupo experimental (grupo que ha recibido la formación psico-educativa) y el grupo control (que no recibe ninguna formación). En base a un test T de Student para datos independientes, con un error alfa de 0.05 y una potencia estadística del 80%, se necesitan 70 pacientes en el grupo experimental y 70 pacientes en el grupo control para detectar una diferencia mínima equivalente a 0.5 desviaciones estándar entre ambos grupos. Se ha tenido en cuenta una pérdida máxima de seguimiento del 10%.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

En primer lugar se realiza análisis descriptivo de la muestra. Para las variables categóricas se utilizará frecuencias y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se utilizará media y desviación estándar o mediana y percentiles 25 y 75 según si la distribución de la variable se puede considerar normal o no.

Seguidamente se procederá a realizar un análisis bivariado de la muestra, donde se compararán el grupo experimental y el grupo control, tanto para las variables correspondientes al cuestionario de Adherencia a la dieta mediterránea, al cuestionario internacional de la actividad física, y al IMC-perímetro abdominal, como para las diferentes variables socio-demográficas o de interés que puedan influir en la evolución de los hábitos relacionados con el estilo de vida y del IMC-perímetro abdominal. Para las variables categóricas se utilizará el test de Ji al cuadrado o test exacto de Fisher según condiciones de aplicación, y para las variables cuantitativas se utilizará el test T de Student para datos independientes o el test de U de Mann-Whitney para las variables que no sigan distribución normal. También se utilizarán, según proceda, la correlación de Pearson o Rho de Spearman para evaluar la relación entre diferentes variables cuantitativas.

Si fuera necesario, se aplicaría finalmente un modelo multivariado de regresión lineal múltiple con el fin de cuantificar la contribución de cada uno de los factores estudiados en el análisis bivariado en la evolución de los hábitos en los pacientes diagnosticados de TMG.

En todos los análisis se considerará como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0.05. Los análisis se realizarán mediante el paquete estadístico SPSS 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL).

PRESUPUESTO

Recursos Humanos

- 2 enfermeros especialistas en Salud Mental que serán los encargados de impartir el programa psicoeducativo, así como serán los encargados de pasar los cuestionarios y la presentación del programa.
- 1 administrativo que colabore en la realización de las fotocopias de los cuestionarios, dossiers de las sesiones, llamadas telefónicas, etc.
- 1 estadístico contratado a tiempo parcial que se encargará del análisis de los datos obtenidos.

Recursos Materiales

Además de las instalaciones, en este caso la sala de grupo del Centro de Salud Mental, es necesario contar con un ordenador, impresora y fotocopidora; materiales de oficina e instrumentos para tomar las medidas antropométricas; así como todos los documentos para entregar a los participantes. Más concretamente necesitaremos:

- Sala de grupos del centro de salud mental donde se vaya a desarrollar el programa que cuente con las sillas necesarias para todos los participantes, y una pizarra para realizar apuntes y aclaraciones.
- Un ordenador portátil, necesario tanto para la exposición de las sesiones, como para la recogida y análisis de los datos que contenga el Windows XP y el Office, así como el paquete estadístico SPSS 21.0.
- Impresora y fotocopidora.
- Material: bolígrafos, folios, grapadoras.
- Material para medidas antropométricas: cinta métrica milimetrada, báscula con tallímetro.
- Material bibliográfico utilizado en la elaboración del proyecto, así como los cuestionarios que conforman los instrumentos de valoración.

CRONOGRAMA

	ENERO FEBRERO 2018	MARZO 2018	ABRIL 2018	MAYO 2018	SEPT. 2018	OCTU BRE 2018
Obtención de autorizaciones y recursos						
Toma de medidas antropométricas						
Aplicación de los cuestionarios						
Inicio del programa						
Finalización del programa						
Aplicación de los cuestionarios (post-intervención.)						
Toma de medidas antropométricas (post interv.)						
Análisis de los datos y elaboración de resultados						

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por las características del estudio, se cumple con la ética, dado que los participantes no se exponen a ningún riesgo añadido, ni la participación conlleva efectos perjudiciales para la salud, sino todo lo contrario.

La única cuestión ética que podríamos plantear en este proyecto sería que, tras la investigación el grupo de pacientes del grupo experimental se beneficiara de la intervención, si ésta fuera efectiva; y el grupo control no obtendría tales beneficios.

Para que no exista esta limitación, al finalizar el estudio, si se hubiese demostrado que el programa psicoeducativo para los usuarios diagnosticados de TMG sobre hábitos alimentarios saludables, es efectivo, se plantearía la posibilidad de realizar la misma intervención en el grupo control, así como en el resto de centros de salud mental que así lo deseen.

Además se tendrá en cuenta la ley de protección de datos de carácter personal de tal forma que toda la información acerca de los participantes, será tratada como confidencial; así como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que regula el derecho a la información y el derecho al consentimiento informado. De manera que será necesaria la obtención del consentimiento por parte de los sujetos a estudio.

RELEVANCIA Y APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

Existe un reconocimiento generalizado sobre la necesidad de prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad en los pacientes diagnosticados de TMG; o minimizarlos al máximo si estos problemas ya estuvieran instaurados, con el fin de evitar las consecuencias asociadas, especialmente el riesgo cardiovascular y de mortalidad en general, así como mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Los medios para conseguirlo están siendo objeto de estudio en los últimos años, por lo que este trabajo podría contribuir a destapar una herramienta más en la batalla contra estos problemas.

Además, supondría el seguimiento de una de las recomendaciones fundamentales de la OMS, que es la de mejorar y cuidar la salud física de los usuarios de los servicios de salud mental.

BIBLIOGRAFIA:

(1) Morales Arandojo, MI.; Pacheco Delgado, V.; Morales Bonilla, JA. Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico. *Enfermería global*. 2016; 44: 209-221.

(2) Sánchez Muniz, FJ. La obesidad: un grave problema de salud pública. *An Real Acad Farm*, 2016; 82:6-26.

(3) Torres Luque, T.; García Martos, M.; Villaverde Gutiérrez, C.; Garatachea Vallejo, N. Papel del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la obesidad en adultos. *Retos. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 2010;18:47-51.

(4) Luna Torrejón, B. Abordaje psicoeducativo de la Enfermera Especialista en salud mental en pacientes con trastorno mental grave para controlar la obesidad. *Rev. Paraninfo Digital*, 2013; 19.

(5) Díaz Veloso, R.; Rodríguez Álvarez, R.; Calvo Castro, C.; Cortegoso Moreira, L.; Fontanillo Fontanilla, M. Patrón nutricional .metabólico. Prevalencia de la obesidad y sobrepeso en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos. *Estrategias de intervención del cuidado enfermero*. 2008. 1(6), 7-33.

(6) Sanz Rodríguez, LJ.; Blanco Martos, AI.; Gamo Medina, E.; García Laborda, A. Hábitos de alimentación en pacientes atendidos en un servicio de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011;31 (109):43-52.

(7) American Collage of Sport Medicine. Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine and Science in Sport and Exercise*. 2009; 41(2): 459-71.

(8) Cámara Izquierdo, C. et al. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2009. Madrid. ISBN: 978-84-613-3370-7.

(9) Huizing, E. et al. Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave. *Servicio Andaluz de Salud*. 2010.

(10) Martín Vázquez, MJ.; Sekade Gutiérrez, N.; González Bueno, A.; Vázquez Bartolomé, L.; Moreno Diestro, D. Estrategias para la prevención del síndrome metabólico en un hospital de día de psiquiatría. *Salud (i) ciencia*, 2014; 20:707-713.

(11) Enguita Flórez, MP. Efectos de un programa de actividad física en trastorno mental grave. *Rehabilitación psicosocial*. 2014; 11(1): 17-27.

(12) Ratliff, J.; Palmese, L.; Reutenauer, E.; Liskov, E.; Grilo, C.; Tek, C. The effect of dietary and physical activity pattern on metabolic profile in individuals

with schizophrenia: a cross-sectional study. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(7): 1028-1033.

(13) Gutiérrez-Rojas, L.; Azanza, JR.; Bernardo, M.; Rojo, L.; Mesa, F.; Martínez-Ortega JM. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes españoles con esquizofrenia y sobrepeso. El estudio CRESSOB. *Actas Esp. Psiquiatr* 2014; 42(1):9-17.

(14) Medeiros-Ferreira, L.; Obiols, J.; Navarro-Pastor, J.; Zúñiga-Lagares, A. Metabolic syndrome and health-related quality of life in patients with schizophrenia. *Actas esp Psiquiatr*. 2013; 41(1):17-26.

(15) Rodríguez Pulido, F.; Méndez Abad, M. Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave. Gobierno de Canarias. 2010. ISBN: 978-84-692-7593-1.

(16) Iglesias-García, C.; Toimil, A.; Iglesias-Alonso, A. Hábitos dietéticos de una muestra de pacientes con esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*; 2016; 9(2):123-125.

(17) Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004.

(18) Huizing, E. et al. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave. Análisis de la situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. Junta de Andalucía. 2011.

(19) García de Eulate Martín-Moro, C.; Durán Los Arcos, MA.; Ruesga Calderón, J. Grupo psicoeducativo sobre hábitos de vida saludables para personas con esquizofrenia en un hospital de día psiquiátrico. *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, 2008; 1:119-142

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USUARIO

D./ña. _____ con DNI _____

manifiesta voluntariamente que ha sido informado/a para participar en un estudio de investigación, diseñado para conocer y tratar de mejorar los hábitos de alimentación y actividad física de los usuarios de los servicios de salud mental.

Me considero informado de la metodología del estudio, los propósitos del mismo y de la necesidad de responder a unos cuestionarios para valorar posteriormente los resultados obtenidos.

Por las características del estudio no existen riesgos, ni posibles efectos perjudiciales para la salud de ninguno de los participantes.

La participación en este estudio es de carácter libre y voluntario, pudiendo retirar mi consentimiento en cualquier etapa de la investigación.

La colaboración no está sujeta a ninguna retribución económica.

Garantiza que la utilización de los datos y resultados del estudio serán de carácter confidencial, solo podrán ser utilizados por los profesionales que participen en el mismo.

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

Murcia a _____ de _____ de _____.

Firma participante

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A 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 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 o 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 concinados, la pasta, el arroz u otros platos adrezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	Dos o más por semana = 1 punto	

Puntuación total

< 9: *baja adherencia*
≥ 9: *buena adherencia*

ANEXO 3

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ) – VERSIÓN REDUCIDA

Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los últimos 7 días. Por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas del hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.

Piense en todas las actividades intensas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

_____ **días por semana**

Ninguna actividad física intensa → **vaya a la pregunta 3.**

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

_____ **horas por día**

_____ **minutos por día**

No sabe / no está seguro

Piense en todas las actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminar.

_____ **días por semana**

Ninguna actividad física moderada → **vaya a la pregunta 4**

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

_____ **horas por día**

_____ **minutos por día**

No sabe / no está seguro

Piense en el tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo, o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los último 7 días. ¿en cuántos **caminó** por lo menos 10 minutos seguidos?

_____ días por semana

Ninguna caminata → **vaya a la pregunta 7**

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a **caminar** en uno de esos días?

_____ **horas por día**

_____ **minutos por día**

No sabe / no está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted sentado durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en autobús, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un día hábil?

_____ **horas por día**

_____ **minutos por día**

No sabe / no está seguro

ANEXO 4. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO - Esquema de las sesiones

Cada sesión tiene una duración estimada de 60 minutos y se llevan a cabo un día a la semana durante un mes. Se realizarán 4 sesiones de intervención psicoeducativa en las que participarán los usuarios diagnosticados de TMG que acudan al Centro de Salud Mental (CSM) y acepten participar.

El lugar donde se realizarán las sesiones será una sala de grupos del CSM y será impartido por 2 enfermeras especialistas en salud mental.

Las sesiones tendrán un carácter teórico-práctico dinámico, favoreciendo la participación activa de los usuarios con el fin de estimular la motivación.

El programa sigue las recomendaciones del estilo de vida mediterráneo, tanto para alimentación como para actividad física. A continuación se presenta el esquema con los contenidos que se tratarán en cada una de las sesiones:

Sesión 1

- Sobrepeso, obesidad y su relación con la salud.
- Riesgo cardiovascular y otras patologías asociadas.
- Prevalencia en personas con TMG.
- Control del peso y sus beneficios.

Sesión 2

- Alimentación equilibrada: Conceptos básicos.
- Dieta mediterránea.
- Características de nuestra alimentación y que se podría mejorar. Discusión en grupo.
- Qué, cómo y cuando comer.

Sesión 3

- Compra de alimentos: selección, lista de la compra y lectura de etiquetas.
- Recetas fáciles saludables.
- Elaboración de menú semanal.
- Estrategias para consumir cantidades moderadas.

Sesión 4

- Actividad física: conceptos básicos. Beneficios para la salud.
- Elaboración de un planning semanal de actividad física suave - moderada.
- Técnicas de relajación y distracción.

