

MENJA I MOU-TE

Autor principal: **DANIEL ARANDA REAL**

Colaboradores: **ALEJANDRO MARIEGES GORDO Y JOSEFINA PÉREZ BLANCO**

Unidad de Agudos de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

RESUMEN

La Estrategia Nacional y Europea de Salud Mental, así como la Organización Mundial de la Salud, promueven la mejora del estado de salud física de los pacientes con enfermedades mentales así como el empleo de medidas preventivas y de promoción de la salud como parte rutinaria del abordaje de este grupo de enfermos.

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por trastornos mentales graves y disminuir el impacto que suponen los diferentes tratamientos sobre la aparición de síndrome metabólico, el presente proyecto pretende valorar la efectividad de la exposición a mensajes psicoeducativos sobre estilos de vida saludables ya desde el ingreso en una unidad de agudos, durante el cual el paciente puede beneficiarse de una monitorización continuada por parte de los equipos de enfermería.

Como instrumentos para su validación, se utilizarán, al ingreso y alta, además del registro de parámetros físicos y de resultados analíticos, una encuesta *ad hoc* sobre el estilo de vida del paciente y el cuestionario de salud SF-36.

Se realizará seguimiento de los pacientes sujetos a estudio a los 3 y 6 meses tras el alta.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, diversos estudios han demostrado que los pacientes con trastorno mental grave (TMG) registran una mortalidad de dos a tres veces más grande que la población general así como una esperanza de vida un 20 % menor; de este porcentaje, un 60 % es secundario a enfermedades cardiovasculares.

Entre los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular está el síndrome metabólico, definido

por valores alterados de glicemia, colesterol, triglicéridos, perímetro abdominal y presión arterial. Este síndrome guarda estrecha relación con el estilo de vida, los fármacos antipsicóticos y la propia enfermedad mental.

Los pacientes con TMG toman decisiones dietéticas peores y realizan menos actividad física que la población general.

Sin ninguna duda, la obesidad y la diabetes se encuentran también entre las patologías más pre-

valentes en estos pacientes y sobre las que podemos establecer medidas correctoras eficaces.

La Estrategia Nacional y Europea de Salud Mental, así como la Organización Mundial de la Salud, promueven la mejora del estado de salud física de los pacientes con enfermedades mentales y el empleo de medidas preventivas y de promoción de la salud como parte rutinaria del abordaje de este grupo de enfermos.

Las implementaciones de programas educativos han demostrado ser eficaces en la reducción del estrés, pérdida de peso, mejora de salud física y calidad de vida de estos pacientes. En los programas psicoeducativos, es fundamental la intervención del personal de enfermería por la relación terapéutica que se establece. A menudo, estos programas son implementados de forma ambulatoria, una vez recuperado y estabilizado el paciente.

El objetivo del presente estudio es comprobar la utilidad (nivel de conocimientos adquiridos) de iniciar programas psicoeducativos de forma precoz, desde el ingreso hospitalario, un período en el que el paciente está monitorizado de forma más intensa por parte del equipo de enfermería.

OBJETIVOS

- Valorar si la intervención psicoeducacional de enfermería mejora la calidad de vida y salud física en pacientes con TMG desde el ingreso hospitalario.
- Incorporar o reforzar hábitos de vida saludables en personas con TMG para adquirir conocimientos y llevar a cabo cambios en la conducta con la finalidad de perder peso y aumentar el ejercicio físico.

Criterios de inclusión

Pacientes diagnosticados de TMG ingresados en una unidad de agudos de psiquiatría.

Criterios de exclusión

- a) Pacientes que por su estado psicopatológico no puedan exponerse a los mensajes psicoeducativos.
- b) Pacientes con déficits amnésicos o trastornos cognitivos graves.

Pérdidas

Se consideraran pérdidas aquellos sujetos que no hayan completado al menos tres de las cuatro sesiones ofrecidas.

METODOLOGÍA

Se realizarán dos entrevistas de evaluación durante el ingreso.

En la primera entrevista:

- Antecedentes personales y familiares de patología orgánica.
- Registro de tratamientos domiciliarios previos al ingreso.
- Exploración física general, medición de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, peso y talla (índice de masa corporal), perímetro abdominal y electrocardiograma.
- Hemograma completo y coagulación básica.
- Cribado de síndrome metabólico.
- Bioquímica: función renal, función hepática, iones séricos, hemoglobina glicosilada y perfil lipídico completo.
- Hormonas tiroideas.
- Firma de documento de consentimiento informado de participación en el estudio.
- Cuestionarios: encuesta *ad hoc* (fig. 1-A) y Short Form-36 Health Survey (SF-36).

Durante el ingreso:

- Monitorizar patologías somáticas y hábitos de salud.
- Empoderar a los pacientes para que asuman su responsabilidad como parte activa en el cuidado

Figura 1-A. Cuestionario *ad hoc* del Grupo Menja i Mou-te al ingreso.

MENJA I MOU-TE (Ingreso)

Nombre:

Peso:

Talla:

Perímetro abdominal:

TA:

FR:

1. ¿Cuál es el alimento que más veces consume en una semana?
2. ¿Cuáles son sus 3 alimentos preferidos y las veces que los toma en una semana?
3. ¿Cuántas veces toma a la semana...?
Fruta Vegetales
Carne Pescado
Pasta/Arroz Bollería
4. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?
Agua Vino
Zumos Cerveza
Café Coca-Cola
Leche Otros
5. ¿Cocina usted la comida, o la compra preparada?
6. ¿Le gusta cocinar?
7. ¿Hace algún tipo de ejercicio? ¿Cuál?
8. ¿Con qué frecuencia lo practica?
9. ¿Cuánto tiempo dedica a ello?

Figura 1-B. Cuestionario *ad hoc* del Grupo Menja i Mou-te al alta.

MENJA I MOU-TE (Alta)

Nombre:

Peso:

Talla:

Perímetro abdominal:

TA:

FR:

1. ¿Cuál es el alimento que más veces debería tomar a la semana?
2. ¿Cuáles son los 5 alimentos que más veces debería tomar en una semana?
3. ¿Cuántas veces debería tomar a la semana...?
Fruta Vegetales
Carne Pescado
Pasta/Arroz Bollería
4. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos debería tomar al día?
Agua Vino
Zumos Cerveza
Café Coca-Cola
Leche Otros
5. ¿Debería cocinar usted la comida, o comprarla preparada?
6. ¿Se ha interesado por la cocina?
7. ¿Realizará algún tipo de ejercicio? ¿Cuál?
8. ¿Con qué frecuencia debería practicarlos?
9. ¿Cuánto tiempo dedicará a ello?

de su salud, mediante la psicoeducación y teniendo en cuenta sus opiniones, necesidades, valores y experiencias.

Al alta:

- Medición de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, peso (índice de masa corporal), perímetro abdominal y electrocardiograma.
- Hemograma completo y coagulación básica.
- Bioquímica: función renal, función hepática, iones séricos, hemoglobina glicosilada y perfil lipídico completo.
- Hormonas tiroideas.
- Cuestionarios: encuesta *ad hoc* (fig. 1-B).
- Registrar cambios de tratamientos respecto al ingreso: disminución en pautas de insulina, antidiabéticos orales o tratamientos antihipertensivos.

En cada visita de control (3 y 6 meses):

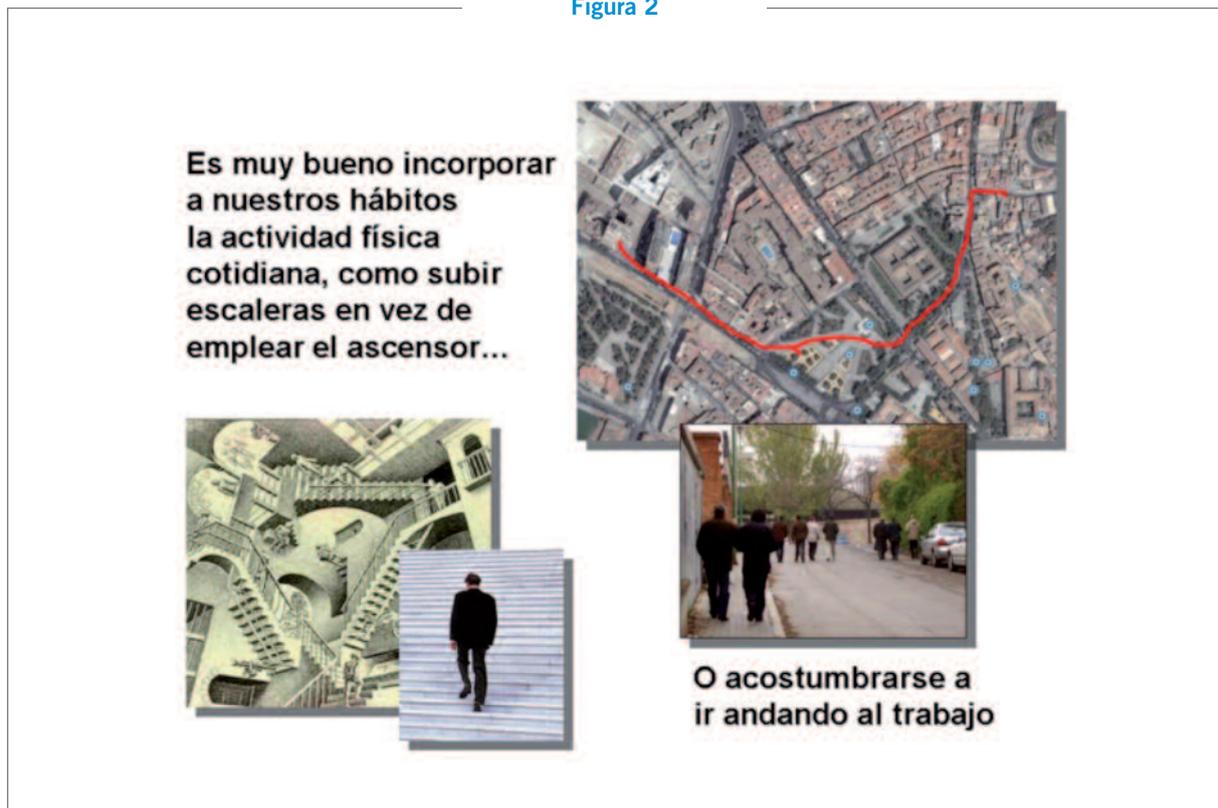
- Evaluar la posible aparición de comorbilidad orgánica no detectada con anterioridad.
- Cumplimentar encuesta (fig. 1) y SF-36.

PLAN DE TRABAJO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

Antes del inicio de las sesiones, todos los pacientes diagnosticados de TMG cumplimentarán los cuestionarios (fig. 1-A y SF-36), y se registrarán los parámetros resultantes de las exploraciones físicas y de las pruebas complementarias de laboratorio antes mencionadas.

Las sesiones del Grupo Menja i Mou-te (p. ej., fig. 2) serán impartidas por una enfermera en salud mental. Tendrán una periodicidad semanal y una dura-

Figura 2





ción de 60 minutos, repartidos en 40 minutos para hábitos dietéticos y 20 para actividad física.

Sesión 1: Dieta equilibrada, rueda de los alimentos, kcal/día, distribución de alimentos, recomendaciones de ejercicio físico con actividad física.

Sesión 2: Grupos alimentarios y funciones, ejercicio práctico con actividad física.

Sesión 3: Hábitos a seguir a la hora de comer, frecuencia semanal de alimentos y actividad física.

Sesión 4: La dieta mediterránea, consejos para cocinar, ejemplo de dieta, ejercicio práctico con actividad física para realizar sentados.

La actividad física consta de ejercicios de calentamiento, movilidad articular y estiramiento adaptados a todos los grupos de edad.

La media de días de ingreso de nuestra unidad es de 21 días. Las sesiones están diseñadas en un formato de grupo abierto. Cualquier paciente puede incorporarse al grupo independientemente de la sesión que se esté trabajando, dado que todas siguen un mismo hilo conductor.

VIABILIDAD

Durante el ingreso hospitalario, la dieta es suministrada por el hospital y el ejercicio físico puede verse reducido. Los resultados estarán encaminados a valorar al alta el aprendizaje de hábitos y la adquisición de cambios de conducta.

Futuros estudios deben permitir continuar el trabajo de los conocimientos adquiridos por el paciente durante su ingreso en la unidad de agudos en otros dispositivos: centros de subagudos, hospitales de día o centros de salud mental.

IMPLICACIONES

El manejo y las intervenciones precoces sobre hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico,

control del peso) desde una unidad de agudos pueden, por una parte, reducir el riesgo de padecer una comorbilidad secundaria a malos hábitos alimenticios o físicos y, por otra, mejorar la esperanza de vida de los pacientes afectados de TMG.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Beltrán-Sánchez H, Harhay MO, Harhay MM, McElligott S. Prevalence and trends of metabolic syndrome in the adult U.S. population, 1999-2010. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(8):697-703.
- Bernardo Arroyo M. Nuevos planteamientos clínicos en esquizofrenia y otros trastornos mentales graves. Madrid: Edivamerica; 2015.
- Bobes J, Saiz J, Montes JM, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E; Grupo de Expertos para el Consenso de la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008;36:251-64.
- Bushe C, Haddad P, Peveler R, Pendlebury J. The role of lifestyle interventions and weight management in schizophrenia. *J Psychopharmacol.* 2005;19(6 Suppl):28-35.
- De Hert, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller 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(6):412-24.
- Friedman JI, Wallenstein S, Moshier E, Parrella M, White L, Bowler S, et al. The effects of hypertension and body mass index on cognition in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2010;167(10):1232-9.
- Gutiérrez-Rojas L, Azanza JR, Bernardo M, Rojo L, Mesa F, Martínez-Ortega JM. [Prevalence of metabolic syndrome in Spanish patients with schizophrenia and overweight. The CRESSOB Study]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014;42(1):9-17.
- Guo X, Zhang Z, Wei Q, Lv H, Wu R, Zhao J. The relationship between obesity and neurocognitive function in Chinese patients with schizophrenia. *BMC psychiatry.* 2013;13:109.
- Heald A. Physical health in schizophrenia: a challenge for antipsychotic therapy. *Eur Psychiatry.* 2010;25(Suppl 2):S6-11.
- Lieberman JA. Comparative effectiveness of antipsychotic drugs. A commentary on: Cost Utility Of The Latest Antipsychotic Drugs In Schizophrenia Study (CUtLASS 1) and Clinical Antipsychotic Trials Of Intervention Effectiveness (CATIE). *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63(10):1069-72.

- Lindenmayer JP, Khan A, Kaushik S, Thanju A, Praveen R, Hoffman L, et al. Schizophr Res. 2012;142(1-3):171-6.
- McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. Schizophr Res. 2005;80(1):19-32.
- Maj M. Necesidad de proteger y fomentar la salud física en personas con enfermedad mental grave. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2009;2(1):1-4.
- Varela MJ, Fernández MJ, López MJ, Nieto MJ, Pereiro E, Gándara CM, et al. Prevalencia del síndrome metabólico en esquizofrenia y trastorno bipolar: ¿sería útil un protocolo de control cardiovascular? Cad Aten Primaria. 2013;19:215-22.