



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/187.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Efectividad de una intervención de Enfermería en Educación para la Salud para la promoción de hábitos de vida saludables dentro del Programa de Atención a pacientes con TMG y Apoyo a Dispositivo Residencial Comunitario (Casa-Hogar)**

Autores *Eva Utrera Caballero, Gema Ruíz Guerrero, María José Aguilera Moreno, Rosario Guerrero Sánchez, José Antonio Ariza Cot*

Centro/institución Hospital de Zaldívar
Ciudad/país Zaldívar (Vizcaya), España
Dirección e-mail evautrera@hotmail.com

RESUMEN

Las personas con un trastorno mental grave constituyen una población de especial vulnerabilidad, al tener asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, mayores tasas de mortalidad para determinadas patologías y una esperanza de vida menor que la población general. Preocuparse por su salud física supone tener una especial sensibilidad, una visión más completa de los problemas, una actitud que trasciende lo exclusivamente mental, y una práctica que permite abordar la promoción de estilos de vida saludables y la prevención y control de las patologías somáticas, que incrementan la discapacidad y la mortalidad prematura en esta población. En el presente trabajo, llevado a cabo desde la USMC de Los Palacios y, en coordinación con la Casa-Hogar de Lebrija se propone, dentro del programa de atención a pacientes y apoyo a dispositivo residencial comunitario (Casa-Hogar), una intervención por parte del equipo de enfermería en Educación para la Salud dirigida a los pacientes que conviven en este dispositivo cuyo objetivo general es promover hábitos de vida saludable y mejorar su calidad de vida.
Palabras clave: Trastorno Mental Grave/ Educación para la Salud/ Enfermería/ Recursos residenciales/ Hábitos de vida saludables.

ABSTRACT EFFECTIVENESS OF AN INTERVENTION OF NURSING IN HEALTH EDUCATION TO PROMOTE HEALTHY LIFESTYLES WITHIN THE PROGRAM OF CARE FOR PATIENTS WITH SMI AND RESIDENTIAL COMMUNITY SUPPORT DEVICE (HOUSE-HOME)

People with a severe mental disorder are a population particularly vulnerable, having associated with higher prevalence rates of somatic problems, higher mortality rates for diseases and hope lower than the general population life. Worrying about your physical health means having a special sensitivity, a more complete view of the problems, an attitude that transcends the purely mental and practice that can address the promotion of healthy lifestyles and prevention and control of somatic diseases that increase disability and premature mortality in this population. In this work, carried out from the USMC Los Palacios and in coordination with the House-Home de Lebrija is proposed within the program of patient care and support community residential device (group home), an intervention by part of the nursing team in health education directed to patients living in this device whose overall objective is to promote healthy lifestyles and improve their quality of life.

Key-words: Severe Mental Disorder/ Health Education/ Nursing/ Residential resources/ Healthy lifestyles.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes

Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia y por el impacto de sufrimiento y desestructuración en las personas, sus familias y su entorno más cercano (1). Se puede afirmar que en España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, al menos el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad, y algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Se prevé que estas cifras se incrementarán en el futuro (2).

Existen diversas formas de definir el trastorno mental grave. En este trabajo se ha utilizado la de mayor consenso en la bibliografía, que contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada (3).

Criterios diagnósticos

Incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (3):

Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
Trastorno esquizotípico (F21)
Trastornos delirantes persistentes (F22)
Trastornos delirantes inducidos (F24)
Trastornos esquizoafectivos (F25)
Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
Trastorno bipolar (F31.x)
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Duración de la enfermedad

Se ha utilizado como criterio para establecer el TMG una evolución de trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque remitan los síntomas. El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Los criterios del NIMH (4) definen como alternativa los siguientes criterios:

- Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida.
- Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.

Presencia de discapacidad

Definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, y que se mide a través de diferentes escalas, como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), con puntuaciones 3 en todos sus ítems. Según la definición del NIMH (4), esta discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial (3).

A pesar de que las intervenciones farmacológicas han constituido el tratamiento principal de las personas con TMG desde su introducción en los años cincuenta, el control parcial y limitado de la sintomatología, los efectos secundarios a corto y a largo plazo, y la pobre adherencia al tratamiento de un porcentaje importante de personas

afectadas plantean la necesidad de utilizar un enfoque más amplio, en el que el tratamiento farmacológico se complementa con otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, que se han de coordinar y aplicar de manera eficiente para conseguir una recuperación de los episodios agudos y del déficit funcional durante los episodios y entre ellos. La atención a las personas con TMG requiere la integración de distintos niveles de atención y diferentes tipos de intervención que forman un conjunto inseparable, y que se integran en nuevos objetivos: autonomía, calidad de vida, bienestar personal, y participación social en torno al concepto de recuperación personal. De esta manera la atención a la enfermedad mental no se reduce ahora solo a la reducción de los síntomas sino que debe hacer frente a las diversas necesidades consecuentes. La atención a estas personas exige, en definitiva, integrar las intervenciones psicofarmacológicas y las intervenciones psicosociales en una red de salud mental formada por equipos interdisciplinares (2).

En Andalucía, la atención a las personas con enfermedad mental se realiza a través de una red de dispositivos sanitarios y de apoyo social, de base y orientación comunitaria (5). La atención a la salud mental se presta en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) de la misma forma que se atienden los restantes problemas de salud de la población, con la implicación de la red de atención primaria, especializada y de urgencias (5).

La efectividad de las intervenciones en el abordaje de los trastornos mentales, requiere la participación de equipos multidisciplinares que interactúan desde los diferentes niveles asistenciales. El establecimiento de criterios para las derivaciones y métodos de cooperación, permite prestar una atención de calidad con la integración de todos los servicios implicados en la atención a las personas con trastorno mental (5).

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se realiza a través de una red de dispositivos sanitarios, distribuidos por toda la geografía andaluza y estructurados, hasta la entrada en vigor del nuevo decreto de ordenación de servicios, en 15 áreas de salud mental, cuya cartera de servicios incluye atención ambulatoria y domiciliaria, programas de día y hospitalización. Con la entrada del Decreto 77/2008, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, los dispositivos de salud mental se organizan en unidades de gestión clínica dependientes de las diferentes áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria (5).

En Andalucía, los recursos de apoyo social destinados a personas con enfermedad mental grave son gestionados por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), institución pública creada en 1993, vinculada a las Consejerías de Salud, Igualdad y Bienestar Social, Empleo y Economía y Hacienda y financiada a través de los presupuestos de la Comunidad Autónoma (5).

FAISEM realiza su labor en estrecha colaboración con los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), integrando la participación activa de personas usuarias, familiares, profesionales y otras entidades ciudadanas a través del desarrollo de los siguientes programas de apoyo social:

- Programa residencial
- Programa ocupacional-laboral
- Programa de ocio y tiempo libre
- Programa de promoción y apoyo a entidades tutelares
- Programa de apoyo al movimiento asociativo
- Programa de atención a personas con TMG en situación de marginación y sin hogar

- Programa de atención a la población penitenciaria con TMG (5)

Dentro del Programa Residencial se encuentra la Casa-Hogar de Lebrija, objeto de este programa, situada en este municipio de Sevilla, a unos 45 kms de distancia de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia (Los Palacios). En ella conviven 20 pacientes, de los cuales 15 son hombres y 5 son mujeres, todos ellos incluidos en el Proceso Asistencial Integrado “Trastorno Mental Grave”.

Las personas con un trastorno mental grave constituyen una población de especial vulnerabilidad, al tener asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, mayores tasas de mortalidad para determinadas patologías y una esperanza de vida menor que la población general. Aparte de las actuaciones sanitarias de prevención, detección, intervención y monitorización de las patologías es de suma importancia promover estilos de vida más saludables en estas personas (6).

En la actualidad, la protección y promoción de la salud física de las personas con un trastorno mental grave se considera una línea prioritaria de intervención a nivel mundial, tanto desde un punto de vista ético, como de salud pública, ya que afecta a la protección de derechos fundamentales de las personas que se relacionan con sus posibilidades de bienestar y calidad de vida (6).

Preocuparse por la salud física de las personas con TMG supone tener una especial sensibilidad, una visión más completa de los problemas, una actitud que trasciende lo exclusivamente mental, y una práctica que permite abordar la promoción de estilos de vida saludables y la prevención y control de las patologías somáticas, que incrementan la discapacidad y la mortalidad prematura en esta población.

Es importante generalizar las actuaciones para promover la salud física de todas las personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado TMG, independientemente del diagnóstico clínico.

En base a estudios realizados en España, existe evidencia de que la esquizofrenia se asocia precozmente a una importante carga de comorbilidad física que se correlaciona con la mortalidad y que aumenta significativamente con la edad (6).

El exceso de morbilidad está asociado a ciertos grupos de patologías. Las personas con esquizofrenia presentan mayores tasas que la población general de:

- Enfermedades endocrino-metabólicas: diabetes y síndrome metabólico.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades respiratorias, en las que aparecen implicados otros factores además del hábito tabáquico.
- Infección por virus Hepatitis B y C y VIH.
- Trastornos por abuso de sustancias.

La tasa de mortalidad, ajustada por edad y sexo, es 2-3 veces más alta; mueren prematuramente y su esperanza de vida es menor en 15 años que la de la población general. Este exceso de mortalidad es atribuible en un 28% a suicidio, en un 12% a accidentes y en un 60% a enfermedades (6).

Por otra parte, las personas con esquizofrenia presentan en mayor magnitud que la población general unos factores ambientales que favorecen la aparición de estas enfermedades. Son los denominados factores de riesgo (vasculares, metabólicos y otros):

- Sedentarismo.
- Dieta hipercalórica rica en azúcares y grasas.
- Sobrepeso u obesidad.
- Tabaquismo.
- Falta de autocuidados.

Los estudios mencionados con anterioridad consideran que las personas con TMG suelen conocer los riesgos, aunque en muchas ocasiones no se preocupen lo suficientemente de ellos, por lo que habrá que desarrollar actuaciones para reducir los factores de riesgo modificables. Se sabe que estas personas responden aceptablemente a los programas educativos para modificar su actitud, por lo que se recomienda desarrollar intervenciones psicoeducativas complementarias a otras como el establecimiento de sistemas apropiados para monitorizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías de mayor impacto (6).

La Educación para la Salud (E.P.S.) es un proceso planificado y sistemático de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y evitar las prácticas de riesgo (7).

Por tanto la Educación para la Salud es una herramienta clave en las políticas sanitarias, pues su acción va dirigida tanto a los diferentes sectores de la salud como a los diferentes colectivos (7).

Desde la USMC de Los Palacios y, en coordinación con la Casa-Hogar de Lebrija se propone, dentro del programa de atención a pacientes y apoyo a dispositivo residencial comunitario (Casa-Hogar), una intervención por parte del equipo de enfermería en Educación para la Salud dirigida a los pacientes que conviven en este dispositivo para promover hábitos de vida saludable y mejorar su calidad de vida.

Hipótesis

General

Un programa de educación para la salud dirigido a pacientes con Trastorno Mental Grave residentes en la Casa Hogar de Lebrija y llevado a cabo por Enfermeras Especialistas en Salud Mental promoverá hábitos de vida saludable mejorando la situación física y psíquica de las personas incluidas en el programa.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la efectividad de un programa de educación para la salud dirigido a pacientes con Trastorno Mental Grave y llevado a cabo por Enfermeras Especialistas en Salud Mental en la Casa Hogar de Lebrija (Sevilla) para promover hábitos de vida saludable mejorando así la situación física y psíquica de las personas que participan en el programa.

Objetivos específicos

1. Valorar el impacto de la intervención en el Índice de Masa Corporal de los sujetos.
2. Evaluar si existen diferencias en la puntuación obtenida antes y después de la intervención en los conocimientos sobre nutrición y estilo de vida.
3. Determinar si existen diferencias en la puntuación obtenida antes y después de la intervención en los conocimientos sobre actividad física.
4. Valorar si existen diferencias en la puntuación obtenida antes y después de la intervención en la higiene del sueño.
5. Valorar si existen diferencias en la puntuación obtenida antes y después de la intervención en los hábitos tabáquicos.
6. Determinar si existen diferencias en la puntuación obtenida antes y después de la intervención en los conocimientos sobre las distintas sustancias de abuso.
7. Valorar si existen diferencias en la puntuación obtenida antes y después de la intervención en los niveles de ansiedad.

Metodología

Diseño Metodológico

El diseño que se propone para la investigación es de carácter cuasi-experimental no controlado, longitudinal y prospectivo.

Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en la Casa Hogar de Lebrija, situada a unos 45 kms de distancia de la Unidad de Salud mental Comunitaria de referencia (Los Palacios y Villafranca) en la provincia de Sevilla. El centro es un recurso de apoyo social destinado a personas con Trastorno Mental Grave, gestionado por FAISEM. En ella conviven 20 pacientes, de los cuales 15 son hombres y 5 son mujeres, todos ellos incluidos en el Proceso Asistencial Integrado “Trastorno Mental Grave” de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Población de estudio

La población de estudio serían los pacientes con Trastorno Mental Grave que residen en la Casa Hogar de la localidad de Lebrija (Sevilla).

Criterios de inclusión

Para ser incluidas en la muestra de nuestro estudio los sujetos han de cumplir los siguientes criterios:

- Ser residente de la Casa Hogar de Lebrija.
- Tener alguno de los diagnósticos incluidos en Trastorno Mental Grave.
- Aquellos que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Aquellos sujetos que aún cumpliendo criterios de inclusión, hayan tenido algún tipo de formación en hábitos de vida saludable.
- Ausentarse más del 20 % de las sesiones formativas.

Tamaño muestral

Con respecto al tamaño de la muestra de sujetos que participarán en el programa educativo, éste se corresponderá con la población de estudio. En este caso, el número de residentes que conviven en la Casa Hogar es de 20 pacientes, de los cuales 15 son hombres y 5 son mujeres. La edad media de los mismos es de 45 años.

Variable independiente

Programa de Educación para la Salud sobre Hábitos de Vida Saludable en personas con TMG que residen en Casa Hogar realizado por enfermeras especialistas en Salud Mental (Anexo I)

Variables dependientes

- Índice de Masa Corporal. El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre la [masa](#) y la [talla](#) de un individuo ideada por el estadístico [belga Adolphe Quetelet](#), por lo que también se conoce como índice de Quetelet.
Se calcula según la operación: $IMC = \text{masa} / \text{estatura}^2$
Donde la masa se expresa en kilogramos y el cuadrado de la estatura en metros al cuadrado, siendo la unidad de medida del IMC en el sistema MKS: Kg/m^2
El IMC de los sujetos será medido por la enfermera especialista en Salud Mental mediante este método antes del programa formativo y 6 meses después de la realización de la primera.
- Hábitos alimenticios. Serán medidos a través de un cuestionario estructurado donde se recogen datos sobre los hábitos alimenticios de los usuarios. El cuestionario será auto administrado y tendrá 20 preguntas donde se estudiará la ingesta total diaria de alimentos, energía y nutrientes en esta población y su distribución a lo largo del día. Además, se analizará la contribución de los diferentes alimentos a la ingesta diaria de energía y nutrientes.
Los hábitos alimenticios serán medidos por la enfermera especialista en Salud Mental mediante esta escala antes del programa formativo y 6 meses después de la realización de la primera.
- Nivel de Actividad física. Será medido mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física. El IPAQ mide el nivel de actividad física a través de preguntas en cuatro dominios: laboral, doméstico, de transporte y del tiempo libre. El indicador de actividad física se expresa tanto de manera continua, en MET-minutos/semana, como de manera categórica, clasificando el nivel de actividad física en bajo, moderado o alto. Los METs son una forma de calcular los requerimientos energéticos, son múltiplos de la tasa metabólica basal y la unidad utilizada, MET-minuto, se calcula multiplicando el MET correspondiente

al tipo de actividad por los minutos de ejecución de la misma en un día o en una semana, es así como en el presente trabajo se expresa en MET-minuto/semana. El nivel de actividad física será medido por la enfermera especialista en Salud Mental mediante esta escala antes del programa formativo y 6 meses después de la realización de la primera.

- Calidad del Sueño. Será medida mediante Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño. El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los caso una puntuación de “0” indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suman finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. “0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas.

La calidad del sueño física será medida por la enfermera especialista en Salud Mental mediante esta escala antes del programa formativo y 6 meses después de la realización de la primera.

- Nivel de dependencia al tabaco. Será medido a través del test de Fagerström. El test se realiza sobre población fumadora y consiste en una escala de 6 ítems que valora la dependencia de los fumadores a la nicotina. Cuando fue creada constaba de 8 preguntas, posteriormente en el año 1991 se renombró la prueba, llamándose *prueba de adicción a la nicotina de Heatherton*, eliminándose 2 preguntas y quedando en las 6 de la actualidad. De nuevo en el año 2012 fue modificada llamándose *prueba de dependencia del cigarrillo por Fagerström*. Dicha prueba es solo estimativa y estima el nivel de adicción de los fumadores basándose en la cantidad de cigarros que consumen y la compulsividad, así como el tiempo que transcurre sin que fumen el primer cigarrillo después de las horas de sueño. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

El nivel de dependencia al tabaco será medido por la enfermera especialista en Salud Mental mediante el mencionado test antes del programa formativo y 6 meses después de la realización del mismo.

- Hábitos de consumo de drogas. Para medir esta variable se ha utilizado la versión 2010 del cuestionario ESTUDES, publicado por el Plan Nacional sobre Drogas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2010). Se trata de un cuestionario estandarizado, individual y anónimo que consta de los siguientes módulos de cuestiones:

- Módulo básico: incluye preguntas sobre características sociodemográficas, preguntas sobre la influencia de su entorno, uso de drogas, percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, aspectos relacionados con el ocio y ocupación del tiempo libre.
- Módulo dos: incluye preguntas sobre las dos sustancias legales más normalizadas, el alcohol y el tabaco, así como el posible hábito de consumo, la influencia del entorno cercano, frecuencia con la que se consume, nivel de adicción, y disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas.
- Módulo tres: incluye preguntas relacionadas con las demás drogas ilegales, constando de cannabis, base, cocaína en polvo, éxtasis líquido, éxtasis,

- drogas de diseño, speed o anfetaminas, en relación a la frecuencia con la que se consume y a los efectos provocados.
- Módulo cuatro: incluye algunos problemas sociales o de salud, información recibida sobre drogas, consumo de drogas por parte de amigos/as y compañeros/as.
 - Los hábitos de consumo de drogas será medido por la enfermera especialista en Salud Mental mediante el mencionado test antes del programa formativo y 6 meses después de la realización del mismo.
- Nivel de ansiedad. Será medido a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.
El nivel de ansiedad será medido por la enfermera especialista en Salud Mental mediante dicha escala antes del programa formativo y 6 meses después de la realización del mismo.

La razón por la que los diferentes cuestionarios se pasarán seis meses tras la intervención es para minimizar el sesgo de aprendizaje o proximidad, ya que estos se van a aplicar en más de una ocasión, es decir, al principio y tras la intervención.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo en la Casa Hogar de Lebrija (Sevilla). Tres meses antes de comenzar el programa educativo, se pasarán los cuestionarios para evaluar los datos previos a la intervención. Así mismo, lo descrito anteriormente, se volverá a realizar a los doce meses posteriores a la finalización del programa.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encontrarán en el cuaderno de recogida de datos.

La información se obtendrá directamente de los participantes incluidos en el estudio, y serán incluidos en una base de datos única diseñada para tal fin.

Análisis de los datos

Análisis descriptivo

Al inicio, se procederá a un cribado de la información obtenida en las bases de datos, con el fin de identificar observaciones erróneas. Se realizará un estudio de los datos para reconocer valores extremos y caracterizar diferencias existentes entre subgrupos de individuos.

Una vez realizado esto, se elaborará el análisis descriptivo de la muestra. Por tanto, las variables numéricas se resumirán en medias y desviaciones atípicas, con los pertinentes intervalos de confianza si lo precisasen o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles. Las variables cualitativas se expresarán en porcentajes. Estas medidas se determinarán conjuntamente y para los subgrupos de casos. Asimismo, este

análisis se completará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información.

Análisis inferencial

Para estudiar las relaciones entre dos variables cuantitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar y se cuantificará el cambio detectado, si existiera, a través de un intervalo de confianza al 95%.

El nivel de significación estadística se fijará en $p < 0.05$. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Limitaciones del estudio

El estudio puede verse limitado por el sesgo de deseabilidad social, ya que los participantes pueden orientar sus respuestas para dar una buena imagen de sí mismos, de este modo pueden modificar la respuesta que realmente refleja sus sentimientos u opiniones a favor de la que se considera más positivamente valorada; también puede verse limitado por el sesgo de aprendizaje, debido a que vamos a aplicar el mismo instrumento de medida en más de una ocasión. No obstante, se intentará minimizar dejando pasar más de 6 meses entre una medición y otra. Por último, el estudio puede verse sesgado por la limitada capacidad de generalizar los resultados por las características del tipo de estudio. Este hecho se podrá solventar con la estimación de pérdidas que se establezca cuando se realice el cálculo del tamaño muestral.

Relevancia científica y sociosanitaria del estudio

Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia y por el impacto de sufrimiento y desestructuración en las personas, sus familias y su entorno más cercano.

Las personas con un trastorno mental grave constituyen una población de especial vulnerabilidad, al tener asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, mayores tasas de mortalidad para determinadas patologías y una esperanza de vida menor que la población general. Aparte de las actuaciones sanitarias de prevención, detección, intervención y monitorización de las patologías es de suma importancia promover estilos de vida más saludables en estas personas.

En la actualidad, la protección y promoción de la salud física de las personas con un trastorno mental grave se considera una línea prioritaria de intervención a nivel mundial, tanto desde un punto de vista ético, como de salud pública, ya que afecta a la protección de derechos fundamentales de las personas que se relacionan con sus posibilidades de bienestar y calidad de vida (6).

Preocuparse por la salud física de las personas con TMG supone tener una especial sensibilidad, una visión más completa de los problemas, una actitud que trasciende lo exclusivamente mental, y una práctica que permite abordar la promoción de estilos de vida saludables y la prevención y control de las patologías somáticas, que incrementan la discapacidad y la mortalidad prematura en esta población

Esperamos que el tipo de intervención propuesta conseguirá mejorar, en términos generales, los hábitos de vida de la población que ha sido atendida y que encontraremos diferencias estadísticamente significativas entre los períodos pre y post intervención, en todas las variables propuestas por el estudio.

Finalmente, pensamos que los resultados que se obtengan de este proyecto permitirán disponer de un elemento importante de decisión a la hora de proponer estrategias sanitarias a paliar o solucionar la problemática en cuestión.

En todo momento defendemos la necesidad de considerar a los profesionales de enfermería miembros relevantes en el cuidado integral de la salud mental de las personas y sus familias, contribuyendo a la construcción de una perspectiva multidisciplinar que enriquezca y mejore la atención global de la salud mental, en este caso, de nuestros usuarios.

Anexo I

Programa de Educación para la Salud sobre Hábitos de Vida Saludable en personas con TMG que residen en Casa Hogar realizado por enfermeras especialistas en Salud Mental

El programa educativo, consta de 24 sesiones de 1 hora cada una y que se realizan con una periodicidad quincenal, por tanto la duración del programa será de 12 meses.

El objetivo general del programa es promover hábitos de vida saludable en los usuarios de la Casa-Hogar de Lebrija, trasladándoles la idea del ser humano como una globalidad única, cuyo bienestar o malestar depende de una serie de factores y conductas que intervienen en la salud, y que no pueden ser considerados de manera independiente sino que deben ser objeto de una reflexión en su totalidad.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- a) Transmitir las ideas fundamentales sobre los conceptos salud-enfermedad
- b) Aportar conocimientos sobre las distintas sustancias de abuso más comunes.
- c) Incidir en el cambio de las conductas de riesgo asociadas al uso de drogas.
- d) Aportar información sobre nutrición y estilo de vida y su relación con el bienestar físico y psíquico.
- e) Clarificar conceptos sobre higiene, sueño y ejercicio físico.
- f) Explicar la importancia de utilizar técnicas de relajación como recurso alternativo para disminuir la ansiedad.

La metodología es dinámica y participativa, lo que facilita la transferencia de los conocimientos y técnicas desarrolladas durante las sesiones.

Estructura de las sesiones

Al inicio de cada sesión, se presentará el objetivo general, los objetivos específicos, la metodología propuesta en forma de dinámicas grupales y, a continuación, los contenidos teóricos para trabajar en cada sesión.

Se trabajarán en todas las sesiones con dinámicas grupales enlazadas unas con otras, en las cuáles los contenidos teóricos vayan siendo introducidos por el/los conductor/es en los momentos adecuados (transmitiendo igualmente las ideas claves).

Se utilizará material audiovisual para hacer las sesiones más didácticas y participativas. Antes de finalizar el programa realizaremos una sesión de reflexión conjunta entre pacientes y profesionales incluidos en él, sobre los temas abordados, y sobre el programa en general, y se pasará una encuesta de satisfacción a los pacientes para valoración del mismo.

Entendemos que así se potencia la participación activa y la adquisición de recursos y habilidades.

El Programa constará de los siguientes módulos Específicos:

- 1.-Salud-Enfermedad. Se explicarán ambos conceptos, la relación entre los mismos y su repercusión en la vida del individuo.
- 2.-Sustancias de Abuso. Se expondrán los diferentes tóxicos, así como las falsas creencias, mitos y errores asociados a los mismos. Además, se propondrá adoptar conductas alternativas de menor riesgo.
- 3.-Nutrición. Se informará sobre la importancia de llevar a cabo una dieta equilibrada, los alimentos que la componen y las formas más saludables de preparación.
- 4.-Higiene. Se expondrán las normas básicas de higiene personal y del entorno.
- 5.-Sueño. Definiremos el concepto del sueño, así como los problemas asociados a las alteraciones del mismo y, se propondrán consejos para mantener una adecuada higiene del sueño.
- 6.-Relajación. Destacaremos los beneficios de la práctica de ejercicios de relajación y llevaremos a cabo talleres prácticos de técnicas de relajación muscular progresiva.
- 7.-Actividad física. Se informará sobre la importancia de realizar ejercicio físico de forma regular y realizaremos un taller práctico consistente en una salida para caminar y realizar algunos ejercicios de estiramiento.

Aspectos éticos y legales

A los participantes del estudio, en este caso, usuarios y/o tutores legales, se les informará verbalmente de la identificación de los autores del estudio, del carácter voluntario en la participación, de los objetivos del estudio así como de la confidencialidad de los datos que suministran. Los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para los fines de la investigación, y en ningún caso se revelarán las identidades de los participantes. Los datos obtenidos tendrán un tratamiento estrictamente confidencial.

El proyecto se desarrolla en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los alumnos que se incluirán en el mismo.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada alumno se encontrarán debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Cronograma

La duración total del estudio sería alrededor de 18 meses.

Actividad 1: duración 2 meses. Sesiones conjunta del equipo de puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición detallada de la metodología a seguir.
- Reparto de tareas.
- Calendario de reuniones.
- Aclaración de dudas.

Actividad 2: duración 2 meses

- Elaboración y estandarización de los contenidos de las actividades del programa.
- Elaboración de los medios de apoyo gráficos.
- Captación y recogida de los datos de los sujetos sometidos a estudio.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro y valoraciones.
- Diseño de la base de datos.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Impresión del material gráfico (hojas de registro, cuestionarios, test, etc.)
- Puesta en común para homogeneizar la información.
- Captación de la muestra y distribución aleatoria de los grupos.

Actividad 3: duración 12 meses

- Puesta en marcha del programa.
- Reuniones del equipo cada 2 meses para reevaluación y seguimiento del protocolo.
- Continuación de recogida, codificación y registros de datos.

Actividad 4: duración 2 meses

- Análisis e interpretación de los datos.
- Elaboración de los resultados y conclusiones.
- Difusión de los resultados.
- Elaboración del artículo científico del proyecto.

Recursos y presupuesto económico

Recursos materiales:

- Un ordenador portátil.
- Programas de office Word, Excel, PowerPoint.
- Un proyector.
- Una impresora.
- Dos teléfonos móviles con línea corporativa.
- Cartulinas y bolígrafos.
- CDs.
- Fotocopias de test y cuestionarios.
- Fotocopias de hojas de consentimiento informado.
- Una sala dónde se llevarán a cabo las sesiones.

Recursos humanos:

Una enfermera especialista en Salud Mental, una Enfermera Interna Residente y una auxiliar de enfermería.

Presupuesto:

Conceptos	Presupuesto
Equipamiento inventariable: 1 ordenador portátil Programas de office Word, Excel, PowerPoint.	1000
Material fungible: Consumibles informáticos (cd, pen drive) Material de oficina (fotocopias, tests y Cuestionarios)	500
Material bibliográfico: Ejemplares actualizados de bibliografía básica enfermera: NANDA, NOC, NIC Bibliografía referente a hábitos de vida saludable Bibliografía referente a técnicas de Educación para la Salud	300
Viajes y dietas: Desplazamientos para sesiones Reuniones de equipo Congresos Nacionales	1500

Agradecimientos

Las autoras agradecen a Rosario Guerrero Sánchez, enfermera de Salud Mental de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de los Palacios y Villafranca, colaboradora en la formación de residentes de enfermería de Salud Mental de la UGC de Salud mental del Hospital de Valme de Sevilla por su apoyo incondicional y por sus útiles sugerencias, sin las cuales no hubiera sido posible la realización de este proyecto.

Bibliografía

- 1.- Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41(6): 457-63.
- 2.- National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
- 3.- CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. rev. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- 4.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.
- 5.- M.S.P.S. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. Atención a la Salud Mental. Madrid: Sistema de Información de Atención Primaria del SNS; 2009.
- 6.- Evelyn Huizing et al. Promoción de la salud en personas con Trastorno Mental Grave. Análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2011.
- 7.- Grupo de mejora de Educación para la Salud. Programa de Educación para la Salud. Instituto de Adicciones de Madrid y Osasun Ekintza. Madrid; 2006.