

### **Cómo citar este documento**

García Suárez, Dolores Cristina; Ayala Lebrón, Carmen; Eslava Martín, Andrés; Osona Núñez, Laura. Mejorar la calidad de vida y la salud física de personas con trastorno mental grave mediante un programa de educación para la salud. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0890.ph>

## **Mejorar la calidad de vida y la salud física de personas con trastorno mental grave mediante un programa de educación para la salud**

Dolores Cristina García Suárez<sup>1</sup>, Carmen Ayala Lebrón<sup>1</sup>, Andrés Eslava Martín<sup>2</sup>, Laura Osona Núñez<sup>2</sup>

1. Unidad de Hospitalización Breve Psiquiatría, Hospital de Llerena, Badajoz, España.
2. Equipo de Salud Mental de Llerena, Badajoz, España.

### **RESUMEN**

**Introducción:** Las personas que presentan enfermedades mentales tienen 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.

**Objetivo:** Verificar que el programa de educación para la salud mejora la calidad de vida y la salud física de las personas con Trastorno Mental Grave.

**Metodología:** Programa de educación para la salud dirigido a personas con TMG, llevado a cabo por el enfermero/a especialista en Salud Mental en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Llerena y evaluado en los Equipos Salud Mental de Llerena y Zafra.

**Conclusión:** Es un método sencillo, barato, eficaz y bien tolerado para mejorar habilidades y conocimientos. La práctica de estos hábitos mejoraría la calidad de vida de estas personas, ayudando a reducir el riesgo a padecer enfermedades físicas y a prevenir recaídas e incluso reingresos.

**Palabras clave:** calidad de vida, salud física, Trastorno Mental Grave

## **ABSTRACT**

People with mental illnesses have been associated with higher rate of somatic problems, higher death rates for certain diseases and lower expectancy of life than the general population.

Objective: Proving the quality and physical health of person with severe mental disorder through educational programs.

Methods: programs of health educations is aimed at people with SMI, carried out by a specialist mental health nurse from the psychiatric unit from Llerena's Hospital and evaluated by the mental health team from Llerena Zafra.

Conclusions: It is a simple, cheap, effective and well tolerated to improve skills and knowledge methods through these programs. Practicing these habits would improve the quality of lifestyle of these people, helping to reduce the risk of suffering physical illnesses and prevent relapse and possibly even readmissions.

Keywords: Life quality, physical health, severe mental disorder

## **INTRODUCCIÓN**

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987 define Trastorno Mental Grave (TMG) como *“Un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*<sup>1</sup>

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

La Calidad de vida relacionada con la salud, se relaciona con el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario. El bienestar físico, emocional y social después del diagnóstico y tratamiento. El impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria.<sup>2</sup>

## *Aspectos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud*

1. Funcionamiento físico: grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos.
2. Funcionamiento emocional: grado en que el sufrimiento psicológico, la falta de bienestar emocional, la ansiedad y la depresión interfieren en las actividades diarias.
3. Funcionamiento social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, con la familia, amigos y vecinos.
4. Rol funcional: grado en que la salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento y el tipo de actividades comunitarias.
5. Funcionamiento cognitivo: grado en que los problemas cognitivos interfieren en el trabajo o en las actividades diarias.
6. Percepción de salud general y de bienestar: valoración personal de la salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar.
7. Síntomas (específicos de cada enfermedad).<sup>3</sup>

Parece pues que la presencia de una enfermedad mental produce inevitablemente un impacto en la calidad de vida, tanto de la persona que la padece, como de su familia y entorno social.<sup>4</sup>

Las personas que presentan enfermedades mentales y, en particular trastornos mentales graves, tienen 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. De tal modo que, 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 somáticas.

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<sup>5</sup>

Por ello, el estilo de vida de estas personas contribuirá a que las tasas de morbi-mortalidad vayan en un sentido u otro, aumenten o disminuyan. Estos/as pacientes a menudo tienen dietas más pobres, menores tasas de actividad física y fuman más que la

población general. Este tipo de elecciones de estilos de vida les predisponen a problemas de salud física y de enfermedad.<sup>6</sup>

Para lograr un manejo más adecuado de los problemas de salud física de estos pacientes es necesario incorporar los problemas de salud física a los programas de psicoeducación, a las unidades de adherencia al tratamiento y a los programas de atención a los trastornos mentales graves<sup>7</sup>

Existe un creciente reconocimiento y comprensión de la relación inextricable entre la salud física y mental. En el cuidado de la salud mental, la salud física se empieza a reconocer como un problema grave que requiere medidas urgentes. Este problema está relacionado con los síntomas negativos y el estilo de vida de las personas con enfermedad mental, efectos secundarios perjudiciales de los medicamentos psicotrópicos y el déficit en el conocimiento, la habilidad y la confianza de los médicos de salud mental para abordar las cuestiones de salud física.<sup>8</sup>

Se entiende la Promoción de la Salud como propuesta de "empoderamiento" de las personas, familias y comunidades, que permita su plena y efectiva participación en la discusión y elaboración de las políticas públicas, las cuales colaboran a la mejora de la calidad de vida. El "empoderamiento" y la Educación en Salud permiten cambio de actitud y capacitación a las personas/ comunidad, soporte para adhesión a los tratamientos, motivación para identificar factores que interfieren en el tratamiento, como la práctica de ejercicio, dieta saludable y la participación activa, o sea, la salud depende de la calidad de vida.<sup>9</sup>

## **OBJETIVOS**

**Objetivo general:** Verificar que el programa de educación para la salud mejora la calidad de vida y la salud física de las personas con TMG

**Objetivos específicos:** 1. Identificar a través de la revisión bibliográfica hacia qué factores encaminar las actuaciones para mejorar la calidad de vida y salud física de personas con TMG. 2. Realizar un programa que muestre a los pacientes con trastorno mental grave información relevante y estrategias para mejorar su salud física y calidad de vida. 3. Validar un programa psicoeducativo de hábitos saludables dirigido a TMG. 4. Integrar el programa de hábitos saludables como parte del tratamiento del TMG. 5. Diseñar y coordinar un programa conjunto entre dispositivos que favorezca la continuidad de cuidados en hábitos de vida saludable. 6. Aumentar con recursos metodológicos habilidades y conocimientos sobre cómo mejorar el propio estado de

salud. 7. Producir cambios en los pacientes que aumenten su nivel de autonomía. 8. Orientar a familiares y/o cuidadores para aumentar la calidad de vida del paciente.

### **METODOLOGÍA:**

**Tipo de estudio:** Estudio cuasi experimental (estudio pre-post de un solo grupo), longitudinal y prospectivo.

**Ámbito de estudio:** El estudio será llevado a cabo en el área de salud de Llerena-Zafra, en la comunidad autónoma de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud (SES).

**Población:** Personas con TMG que pertenezcan al área de Llerena-Zafra, que hayan estado hospitalizados en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Hospital de Llerena y que se encuentren en seguimiento por el Equipo de Salud Mental de Llerena y Zafra.

#### **Criterios de inclusión:**

- Aceptar participar de forma voluntaria en el estudio.
- Personas diagnosticadas de TMG.
- Personas que asistan a las citaciones en ESM.
- Personas que sean ingresadas en la UHB (Unidad de Hospitalización Breve) de Llerena durante el proyecto.

#### **Criterios de exclusión:**

- No aceptar participar en el estudio.
- Aquellas personas que no cumplan los criterios de inclusión.
- Personas con TMG que estén participando en otros talleres psicoeducativos durante el tiempo que dura el proyecto.

**Muestra:** Muestreo no probabilístico. La muestra estará formada por las personas seleccionadas según los criterios de inclusión/exclusión, de la cartera de clientes de cada uno de los dos Equipos de Salud Mental del Área de salud Llerena-Zafra, que además sean ingresadas en la UHB de Llerena durante los 6 meses que se lleve a cabo el programa de educación para la salud.

**Tamaño muestral:** El número de personas con TMG que son ingresados en la UHB de Llerena es bajo, debido a que es una unidad más pequeña (8 camas +1 de seguridad) en relación a las UHB de otras áreas de salud de Extremadura. Además en la UHB hay personas ingresadas con otros diagnósticos diferentes a TMG. Por lo que no tendría lógica científica calcular el tamaño muestral mínimo para establecer significaciones, por lo que se captarán todos los sujetos que cumplan los criterios de inclusión que formen parte de la cartera de clientes de los ESM del área Llerena-Zafra y que sean ingresados en la UHB de Llerena en el periodo de tiempo que se lleve a cabo el proyecto.

## **VARIABLES**

### **Variable independiente:**

La variable independiente se corresponde con el programa de educación para la salud que será llevado a cabo por el enfermero/a especialista en Salud Mental con la finalidad de mejorar la calidad de vida y la salud física de personas con TMG.

Previo al comienzo del programa se realizará una pequeña entrevista y se recogerán medidas antropométricas, se le explicará de que trata y se realizará el cuestionario SF-36 (instrumento que se utiliza para medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud) y firmarán el consentimiento informado, en el cual se aceptará participar voluntariamente en el estudio.

Cada tarea será llevada a cabo según la distribución de tareas de la tabla 2 “Plan de trabajo”.

La medición del cuestionario SF-36 será realizada por la enfermera especialista en la Unidad de Breve Estancia de Llerena, de manera individual y en un ambiente tranquilo.

El programa consistirá en sesiones grupales, con metodología teórico-práctica con el fin de lograr la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades.

Debido a las características de la UHB, el número de participantes sería variable, constará de 6 sesiones y la duración de las sesiones 50 minutos aproximadamente.

A todos los sujetos que participen se les exigirá asistencia a todas las sesiones y participación.

Temas a tratar durante el programa:

- Sesión 1: Breve introducción. (Bienvenida. Expectativas y demandas. Explicación de metodología.) Estilos de vida saludables.
- Sesión 2: Alimentación equilibrada.
- Sesión 3: Ejercicio físico.
- Sesión 4: Higiene personal y bucal adecuada. Sexualidad saludable.
- Sesión 5: Higiene del sueño.
- Sesión 6: Hábitos tóxicos.

El programa de educación será dirigido por Enfermero/a especialista junto a un auxiliar de enfermería que actuará como coterapeuta.

Una vez dado de alta de la UHB, se citará en el Equipo de Salud Mental de área (ESM), para valorar tanto los hábitos, como los conocimientos adquiridos en cada una de las sesiones. Allí se llevará a cabo un refuerzo de lo aprendido de forma individual.

A los 4 meses de haber participado en el programa, se reevaluará por el enfermero especialista del Equipo de Salud Mental (ESM), las medidas antropométricas del paciente, así como el cuestionario SF-36.

Una vez obtenidos los resultados, éstos serán evaluados de forma coordinada entre los dos dispositivos. Cada dispositivo se encargará de recoger la información según lo establecido y esos datos serán introducidos en una base de datos unificada que se creará para poder evaluar los resultados.

### **Variables dependientes:**

#### **1. Calidad de vida:**

El Cuestionario de Salud SF-36 es uno de los instrumentos más utilizados, validados y traducidos en el campo de la medición de la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS). Es un instrumento genérico de medición de CVRS, que consta de 36 preguntas diseñado por Ware et al. a principios de los noventa (Ware y Sherbourne 1992 y Ware et al. 1993). El SF-36 proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana. El cuestionario cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las dimensiones

evaluadas son funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales. Los pesos incorporados en el cálculo de las puntuaciones resumen se obtienen a partir de una población de referencia (Ware et al. 1994). El SF-36 está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica.

## **2. Habilidades en las actividades instrumentales de la vida diaria:**

Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana que permiten a la persona la capacidad adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluyen actividades como: telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc.

Para medir el grado de autonomía para las actividades instrumentales de utilizaremos la Escala Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en la cual se Valoran 8 ítems y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia), <4 (dependencia severa), 4-7 (dependencia moderada) y 8 (independencia total).

Dicha medición será llevada a cabo en el grupo al inicio del programa psicoeducativo y al 4º mes de finalizar el programa, para así conocer su impronta temporal.



**Tabla 1. Variables**

<b>Variable independiente</b>		
Programa de educación para la salud		
<b>Variables dependientes</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor</b>
Calidad de vida	Cuantitativa discreta	Cuestionario SF-36
Habilidades de la vida diaria	Cuantitativa discreta	Cuestionario Lawton y Brody
Peso	Cuantitativa continua	Kilogramos
Indice de masa corporal	Cuantitativa continua	Kg/m <sup>2</sup>
<b>Variables externas</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor</b>
Edad	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre/Mujer

**PLAN DE TRABAJO****TABLA 2: Plan de trabajo.**

<b>PLAN DE TRABAJO</b>	<b>DISTRIBUCIÓN DE TAREAS</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO</b>
<b>DÍA 1</b>		
Adquisición y Comprobación del material	Supervisor UHB	15 minutos
Acompañar a los pacientes que cumplen los criterios de inclusión a la sala de reuniones	Celador UHB	5 minutos
Presentación del programa	Enfermero especialista salud mental UHB	10 minutos

Recogida de datos: Medidas antropométricas	Auxiliar de enfermería UHB	5 minutos
Evaluación inicial: Cuestionario SF-36	Enfermero especialista de salud mental UHB	El tiempo necesario
Firma del consentimiento informado	Enfermero especialista de salud mental UHB	5 minutos
Breve introducción (Bienvenida. Expectativas y demandas. Explicación de metodología.)  Estilos de vida saludables.	Enfermero especialista junto a coterapeuta (auxiliar de enfermería) UHB	20 minutos
<b>DÍA 2</b>		
Educación para la salud: alimentación equilibrada.	Enfermero especialista junto a coterapeuta (auxiliar de enfermería) UHB	50 minutos
<b>DÍA 3</b>		
Educación para la salud: Ejercicio físico.	Enfermero especialista junto a coterapeuta (auxiliar de enfermería) UHB	50 minutos
<b>DÍA 4</b>		
Educación para la salud: Higiene personal y bucal adecuada. Sexualidad saludable.	Enfermero especialista junto a coterapeuta (auxiliar de enfermería) UHB	50 minutos

<b>DÍA 5</b>		
Educación para la salud: Higiene del sueño.	Enfermero especialista junto a coterapeuta (auxiliar de enfermería) UHB	50 minutos
<b>DÍA 6</b>		
Educación para la salud: Hábitos tóxicos.	Enfermero especialista junto a coterapeuta (auxiliar de enfermería) UHB	50 minutos
Introducción en la base de datos de los cuestionarios SF-36 realizados en la UHB	Enfermero especialista en salud mental UHB	1 hora
<b>ALTA DE LA UHB</b>		
Desde ESM se citará al paciente con el enfermero especialista	Administrativo ESM	5 minutos
Revaluación de conocimientos y hábitos adquiridos y refuerzo de los mismos.	Enfermero especialista en salud mental ESM	Durante los 3 meses posteriores al alta, frecuencia a valorar según las necesidades.
<b>4 MESES POST- ALTA UHB</b>		
Evaluación final: Cuestionario SF-36 y toma de medidas antropométricas	Enfermero especialista en salud mental ESM	El tiempo necesario
Comparación de la evaluación inicial vs. final	Enfermeros especialistas en salud mental UHB y ESM	2 horas
Conclusiones y evaluación del programa	Enfermeros especialistas en salud mental UHB y ESM	3 horas

## CRONOGRAMA

Duración meses										
	Primer mes (se repetirá cada 15 días durante 6 meses)						Post alta: 3 meses posteriores			4º mes
Duración días										
	1	2	3	4	5	6	1	1	1	1
Actividades										
Presentación del programa										
Evaluación inicial: cuestionario SF36 y toma de medidas antropométricas										
Sesión 1										
Sesión 2										
Sesión 3										
Sesión 4										
Sesión 5										
Sesión 6										
Refuerzo desde el ESM										
Evaluación final: cuestionario y medidas										
Recogida de datos y evaluación del programa										

## LIMITACIONES

- Tamaño muestral. Debido a la baja prevalencia de pacientes con TMG que son ingresados en la UHB de Llerena. Esto se solucionará captando todos los sujetos que cumplan los criterios de inclusión que formen parte del área Llerena-Zafra.
- Duración del ingreso. Los ingresos en las UHB suelen tener una duración media de 2 a 8 semanas, pero la realidad es que cada caso tendrá un tiempo determinado de duración de ingreso. Esto supone que, habrá pacientes que se incorporen en el programa y tengan que abandonarlo por el alta hospitalaria. Esto se solucionará tras el alta continuando la educación sanitaria no recibida en el ESM de referencia. Fomentando así la continuidad de cuidados.

- Nuevos ingresos una vez comenzado el programa. La investigación se llevará a cabo con los sujetos que inicien el programa el día 1 y 15 de cada mes durante 6 meses, los pacientes que realicen nuevos ingresos una vez comenzado el programa deberán participar en las sesiones en curso y complementarán tras el alta la educación sanitaria no recibida en el ESM de referencia. Fomentando así la continuidad de cuidados.
- Falta de participación. Al tratarse de un programa voluntario, el paciente puede en cualquier momento dejar de participar en el programa, en caso que se de esta situación, se realizará un seguimiento más continuado para determinar las causas y sobretodo, se motivará para evitar la desvinculación.
- Fallo de las instalaciones del centro. Para lo cual se informará al servicio de mantenimiento del centro de las incidencias pertinentes para su reparación inmediata, lo antes posible.
- Imposibilidad de continuar el cronograma. Debido a la presión asistencial y/o dinámica de trabajo, en las UHB pueden darse situaciones que requieran de una mayor supervisión y tras la cual, al contar sólo con 1 enfermero y 1 auxiliar de enfermería, no se pudiera llevar a cabo el programa en un día en concreto. Esto se solucionará contando con la colaboración del supervisor de la unidad (enfermero especialista en salud mental) y/o flexibilizando las fechas de las sesiones a impartir (post poniéndolas para el día siguiente).
- Permisos y/o incapacidad del enfermero especialista en salud mental. En caso que de que el enfermero que dirige la realización del programa y/o su posterior seguimiento en el ESM referente se encuentre de permiso y/o incapacidad laboral, el programa será llevado a cabo por el sustituto de éste.

### **VIABILIDAD**

Es un método sencillo, barato, eficaz y bien tolerado para mejorar habilidades y conocimientos. A su vez, el desarrollo de este estudio dentro del campo de la Enfermería de Salud Mental podría significar una mejoría de la calidad asistencial percibida por nuestros pacientes y además una herramienta muy útil para ir creando competencias dentro del campo de la Enfermería Especialista en Salud Mental integrada en el campo asistencial.

- *Recursos humanos:* Enfermeras/os Especialistas en Salud Mental que trabajen en la UHB y el Enfermero Especialista en Salud Mental del Equipo de Salud Mental. Un coterapeuta ( auxiliares de enfermería que trabajen en la UHB)
- *Recursos materiales:* Un aula para llevar a cabo las reuniones, que deberá presentar las condiciones físicas adecuadas en cuanto a iluminación, capacidad, audición y ventilación. Un ordenador y un cañón de proyección. Una pizarra. Material de oficina como: folios, bolígrafos, grapas. Cuestionarios necesarios. Gastos de comunicación y línea telefónica para mantener el contacto con los participantes en el estudio. Material para entregar a los participantes (resumen de cada sesión, hojas de registro)
- *Recursos financieros:* Debido a que la mayor parte del material tal como ordenador, cañón de proyección, etc ya se encuentran en la unidad, el gasto principal sería material de oficina como: folios, fotocopias, bolígrafos, grapas, etc, el gasto calculado aproximado es de 300-400euros/año.

## **IMPLICACIONES**

La promoción de hábitos de vida saludable en pacientes con TMG fomenta la autonomía y confianza en la propia recuperación, mejorando el control de factores de riesgo por el propio paciente. Por lo cual, la práctica de estos hábitos mejorarían la calidad de vida de estas personas, ayudando a reducir el riesgo a padecer enfermedades físicas y a prevenir recaídas e incluso reingresos.

Así pues, es necesario crear programas o actividades que promocionen la salud y la coordinación entre diferentes dispositivos que permitan abordar a estas personas y sus familiares de manera integral.

Este documento pretende aportar recomendaciones para abordar los problemas ligados a una peor calidad de vida relacionada con la salud causados por unos malos hábitos en el estilo de vida, especialmente en personas con TMG.

Un programa de educación para la salud llevado a cabo por enfermeros especialistas en salud mental mejora la calidad de vida y la salud física de las personas con TMG.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
2. Pelayo Terán J.M. Calidad de vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Consultado en noviembre de 2015. Disponible en [www.unioviado.es/...SALUD.../28BP-CALIDAD-VIDA-CVRS.pdf](http://www.unioviado.es/...SALUD.../28BP-CALIDAD-VIDA-CVRS.pdf)
3. Madrigal de Torres M., Velandrino Nicolás A., Ruzafa Martínez M. Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Consultado en Noviembre de 2015. Disponible en [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo\\_17.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf)
4. González Pérez F, Eslava Martín A, Baena Mora S, Aragón Puertas M, Muñoz Borrego D, Márquez Carrasco AM. Calidad de vida y esquizofrenia: una aproximación hacia la objetividad. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(6). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0496.php>
5. Huizing E. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave: análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física / [coordinación, Evelyn Huizing... et al. ; grupo de trabajo, José Antonio Irlés Rocamora ... et al.]. – [Sevilla] : Consejería de Salud, [2011]39p.
6. Pack S. Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. Nurs Stand. 2009 Jan 28-Feb 3;23(21):41-5.
7. Saiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González MP. Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con esquizofrenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(0):00-00
8. Wand T, Murray L. Let's get physical. Int J Ment Health Nurs. 2008; 17(5):363-9.
9. Firmino Bezerra ST, Mesquita Lemos A, Costa de Sousa SM, De Lima Carvalho CM. et al. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Revista Enfermería Global. ISSN 1695-6141. N°32. Octubre 2013.