



Facultad de Psicología

Trabajo Fin de Máster

**Modalidad 4: propuesta de
intervención**

**Propuesta de un programa
de prevención psicológica
del sobrepeso y la obesidad
destinado a personas con
esquizofrenia**

Autor/a del TFM | *Sofía González Candón*

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Año 2025

Trabajo Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela
para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Índice

Índice.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción	6
Diseño de la intervención.....	15
Participantes.....	15
Instrumentos de evaluación	15
Procedimiento.....	19
Secuencia de actividades, contenidos y materiales específicos.....	21
Evaluación de resultados	54
Discusión	55
Conclusiones	58
Referencias Bibliográficas.....	59
Índice de Figuras.....	66
Índice de Tablas	66
Anexos	67
Apéndice: Listado de Acrónimos.....	101

Resumen

La obesidad es un problema de salud creciente, especialmente prevalente en personas con esquizofrenia debido a los efectos secundarios de la medicación, estilos de vida sedentarios y dietas poco saludables. Esta condición tiene consecuencias perjudiciales para la salud física y mental de quienes la padecen, afectando su calidad de vida y reduciendo su esperanza de vida. El enfoque actual para el abordaje de esta problemática se centra en la intervención a posteriori, presentando dificultades para mantener los resultados a largo plazo. Dado que el mayor aumento de peso se produce en los primeros meses tras el inicio del tratamiento, este período resulta idóneo para implementar intervenciones preventivas. El objetivo del presente trabajo es diseñar un programa de prevención del sobrepeso y la obesidad dirigido a personas con esquizofrenia que están comenzando con el tratamiento farmacológico. Se buscará superar las limitaciones existentes en intervenciones previas al extender la duración de la intervención, incluir una fase de seguimiento para asegurar el mantenimiento de los resultados y utilizar técnicas de motivación para evitar el abandono. Si bien este programa tiene la potencialidad de mejorar la salud física y mental de los participantes, sería necesario implementarlo para evaluar su eficacia a largo plazo y optimizar sus recursos.

Palabras clave:

Trastorno mental grave, sobrepeso u obesidad, prevención.

Abstract

Obesity is a growing health problem, especially prevalent in people with schizophrenia, due to the side effects of medication, sedentary lifestyles and unhealthy diets. This condition has detrimental consequences for the physical and mental health of those who suffer from it, affecting their quality of life and reducing their life expectancy. The current approach to address this problem focuses on a posteriori intervention, presenting difficulties in maintaining the results in the long term. Given that the greatest weight gain occurs in the first months after the start of treatment, this period is ideal for implementing preventive interventions. The aim of the present work is to design an overweight and obesity prevention program aimed at people with schizophrenia starting pharmacological treatment. We will seek to overcome the limitations of previous studies by extending the duration of the intervention, including a follow-up phase to ensure the maintenance of results, and using motivational techniques to avoid dropout. Although this program has the potential to improve the physical and mental health of the participants, it would be necessary to implement it in order to evaluate its long-term effectiveness and optimize its resources.

Key words:

Severe mental disorder, obesity or overweight, prevention.

Introducción

Trastornos psicóticos

Los trastornos psicóticos son una categoría de trastornos mentales caracterizados por la presencia de distorsiones significativas en la evaluación de la realidad, así como por alteraciones en el comportamiento, que pueden manifestarse a través de síntomas positivos, negativos y cognitivos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Entre los trastornos psicóticos se encuentran el trastorno esquizotípico de la personalidad, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y, el más representativo y conocido de todos, la esquizofrenia.

La esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo, que abarca una amplia variedad de alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales. Para el diagnóstico de este trastorno, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, o DSM-5-TR, (APA, 2022) requiere la presencia de al menos dos de los cinco síntomas principales durante un mes, siendo obligatorios los delirios, alucinaciones o lenguaje desorganizado. Entre estos también se incluyen el comportamiento desorganizado o catatónico y las manifestaciones negativas tales como la disminución de la expresividad emocional. Para confirmar el diagnóstico, los síntomas han de interferir significativamente en una o más áreas de funcionamiento de la vida diaria de la persona, así como prolongarse por un período mínimo de seis meses. Además, es necesario excluir la influencia de otros trastornos mentales, sustancias o enfermedades médicas.

La prevalencia estimada de la esquizofrenia a lo largo de la vida es del 0,3-0,7%, aunque estas cifras varían en función de diversos factores socioculturales y demográficos (APA, 2022; McGrath et al., 2008). En cuanto a las diferencias de sexo, se ha observado que, aunque la prevalencia es similar entre hombres y mujeres, las manifestaciones clínicas y el curso del trastorno varían (Tandon et al., 2009).

En los hombres, la esquizofrenia suele aparecer en la adolescencia tardía y hasta mediados de la veintena, generalmente entre los 15 y 25 años, y su pronóstico tiende a ser más desfavorable. La edad de inicio más temprana se relaciona con la presencia de síntomas negativos prominentes, y una mayor tendencia a presentar deterioro cognitivo. Por el contrario, en las mujeres el trastorno se manifiesta de manera más tardía, generalmente a finales de la veintena y hasta la edad media. Su manifestación sintomática suele estar más relacionada con alteraciones del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad, y presentan un mayor predominio de sintomatología positiva (APA, 2022).

El inicio de la esquizofrenia puede ser brusco o insidioso, aunque en la mayoría de los casos se produce de manera progresiva (APA, 2022). Suele comenzar con una fase prodrómica de duración variable, durante la cual aparecen síntomas como aislamiento social, irritabilidad, pérdida de motivación, alteraciones en la capacidad de concentración, desconfianza y/o deterioro en el funcionamiento social/laboral (Gourzis et al., 2002). Este periodo es crucial, ya que un diagnóstico temprano y la intervención en esta fase pueden mejorar el pronóstico (McGrath et al., 2008). La fase prodrómica va seguida por la fase activa, que constituye lo que comprendemos como episodio psicótico. Durante esta, aparecen los síntomas positivos, como alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento, que pueden resultar altamente disruptivos (Andreasen y Carpenter, 1993). Con el abordaje adecuado, que puede incluir el tratamiento con antipsicóticos e intervenciones psicológicas y/o psicosociales, los pacientes pueden pasar a una fase de estabilización o remisión en la que los síntomas se reducen o se vuelven residuales, aunque algunos pueden persistir de forma crónica (Tandon et al., 2009).

El curso de la esquizofrenia es variable, pudiendo diferir de unas personas a otras. De forma general, el trastorno sigue un curso crónico, con la presencia de fases activas, seguidas de períodos de remisión parcial o total, y deterioro funcional progresivo. No obstante, algunas personas pueden experimentar mejoras significativas, episodios de remisión prolongada e incluso recuperación (APA, 2022; Häfner, 2019). Si bien no se conocen con exactitud los factores que pueden afectar al curso de la esquizofrenia, algunos autores apuntan que el acceso a una intervención temprana, la adherencia al plan terapéutico y el apoyo social y familiar son variables que pueden mejorar el pronóstico (Tandon et al., 2020; Van Os et al., 2010).

A día de hoy, se desconocen las causas específicas que dan lugar a la esquizofrenia. Los estudios epidemiológicos apuntan a la interacción de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales para explicar su origen y desarrollo.

Desde la perspectiva biológica, la esquizofrenia está relacionada con alteraciones en la neuroquímica cerebral, especialmente en los sistemas dopaminérgico y glutamatérgico, así como a factores genéticos que aumentan la vulnerabilidad a desarrollar el trastorno (Owen et al., 2016). En el ámbito psicológico, el estrés, la exposición a experiencias adversas tempranas y las habilidades de afrontamiento, se identifican como factores que pueden influir en la aparición y curso del trastorno. Por último, los factores sociales, como un entorno familiar disfuncional, la pobreza y/o el aislamiento social, también pueden incrementar el riesgo de desarrollar esquizofrenia o precipitar la aparición de episodios agudos (Van Os et al., 2010). La combinación exacta de factores que interactúan en el desarrollo del trastorno es diferente en cada individuo, y la exposición a una misma combinación no afecta por igual a todos.

La conceptualización de la esquizofrenia como un síndrome clínico complejo y multifactorial ayuda a entender la necesidad de abordar cada caso de manera individualizada, adaptando las distintas intervenciones a las características y necesidades específicas de la persona. Por tanto, el plan terapéutico debe incluir, además de la terapia farmacológica (ideada para tratar principalmente los síntomas positivos del trastorno), intervenciones destinadas a abordar los síntomas negativos y cognitivos. Estas han de atender a los factores psicológicos (p.ej. el manejo del estrés y las habilidades de afrontamiento) y sociales (p.ej. el apoyo familiar y la integración comunitaria) que influyen en el curso de la esquizofrenia (Mueser y McGurk, 2014). De este modo, la intervención psicosocial y comunitaria resulta esencial para mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes, ayudando a desarrollar habilidades para la vida diaria, reducir el estigma y fomentar la adherencia al tratamiento (OMS, 2013).

Obesidad y esquizofrenia

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), “la obesidad es una enfermedad crónica compleja definida por una adiposidad excesiva que puede perjudicar la salud”. En la mayor parte de los casos, se trata de un problema multifactorial, resultante de la interacción de diversos factores tales como entornos obesogénicos, variantes genéticas y factores psicosociales. No obstante, existe un subgrupo de personas en las que se pueden identificar factores etiológicos únicos, como la acción de determinados medicamentos o enfermedades.

El Índice de Masa Corporal (IMC), calculado como el peso en kilogramos dividido entre la altura en metros al cuadrado (kg/m^2), es un indicador indirecto de la adiposidad. En adultos, un IMC mayor o igual a 30 es indicativo de obesidad (OMS, 2019).

La obesidad es un problema de salud pública creciente, especialmente prevalente en personas con trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia. Revisiones sistemáticas recientes como la llevada a cabo por Afzal et al. (2021) señalan que las personas con trastorno mental grave tienen hasta tres veces más probabilidades de desarrollar obesidad en comparación con la población general, siendo la prevalencia conjunta estimada de sobrepeso y obesidad en esta población de en torno al 60,1%.

Este fenómeno puede atribuirse a múltiples factores, como los efectos secundarios de los antipsicóticos, estilos de vida sedentarios y dietas poco saludables (Seeman, 2016).

El tratamiento con fármacos antipsicóticos, aunque esencial para el tratamiento de la esquizofrenia, se encuentra estrechamente relacionado con el aumento de peso en esta población. Los antipsicóticos, particularmente los de segunda generación como la olanzapina, clozapina y risperidona, pueden afectar a los procesos metabólicos al alterar la sensibilidad a

la insulina y/o promover la acumulación de grasa abdominal. Esto puede provocar el desarrollo de resistencia a la insulina, predisponiendo a los pacientes a la obesidad y al síndrome metabólico (Allison et al., 2009; Holt y Peveler, 2009). Además, muchos antipsicóticos afectan la neurotransmisión de la serotonina y la histamina, lo que estimula el apetito y reduce la sensación de saciedad (Holt y Peveler, 2009; Kurzthaler y Fleischhaker, 2001). Finalmente, algunos antipsicóticos pueden inducir sedación o fatiga, reduciendo la motivación para realizar actividad física. Este efecto, combinado con un mayor consumo de alimentos contribuye a un balance energético positivo y, por ende, al aumento de peso (Holt y Peveler, 2009).

Una revisión llevada a cabo por Allison et al. (2009) concluyó que el uso de antipsicóticos de segunda generación está asociado con incrementos significativos en el peso corporal, particularmente durante los primeros meses de tratamiento.

El sobrepeso y la obesidad tienen efectos perjudiciales sobre la salud física y psicológica de las personas con esquizofrenia. Desde el punto de vista físico, estas condiciones aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias y síndrome metabólico, todas ellas comunes en esta población (Allison et al., 2009; Green et al., 2000). A nivel psicológico, la obesidad puede exacerbar determinados síntomas de la esquizofrenia, como el aislamiento social y la baja autoestima, disminuyendo la calidad de vida de las personas que la padecen, y complicando el manejo del trastorno al reducir la adherencia al tratamiento (Dayabandara et al., 2017; Kurzthaler y Fleischhaker, 2001).

La esperanza de vida en personas con esquizofrenia es significativamente menor que en la población general, con una reducción aproximada de entre 13 y 20 años (Vancampfort et al., 2013). La obesidad juega un papel determinante en esta desigualdad, ya que supone uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, como el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular, que constituyen una de las principales causas de muerte prematura en esta población (Allison et al., 2009). En términos generales, el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular en personas con esquizofrenia es hasta 2 veces mayor que en la población general, una estadística que evidencia la necesidad de abordar los factores de riesgo modificables de estas patologías, como es el caso del peso corporal (Correll et al., 2022; Vancampfort et al., 2013).

Por tanto, a pesar del evidente impacto negativo que tiene la obesidad sobre la salud física y psicológica de las personas con esquizofrenia, su carácter modificable ofrece una oportunidad de intervención clave no solo para reducir las tasas de mortalidad, sino también para mejorar su calidad de vida y bienestar psicológico.

Panorama actual de la intervención psicológica en obesidad en población general

La obesidad es un problema de salud multifactorial, por lo que su abordaje ha de llevarse a cabo desde distintas disciplinas (NICE, 2023). Desde el punto de vista de la psicología, la intervención más recomendada en la actualidad para el sobrepeso y la obesidad consta de la suma de terapia de conducta, dieta y ejercicio físico (Saldaña, 2023).

El Instituto Nacional para la Salud y la Atención del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence [NICE]) (2023) concluye que las estrategias de intervención conductual que han demostrado mayor eficacia para el abordaje de adultos con obesidad son los autorregistros de alimentación, actividad física y peso, las técnicas de control estimular, el establecimiento de objetivos, la disminución del ritmo de la ingesta, el apoyo social, la resolución de problemas, el entrenamiento en asertividad, la reestructuración cognitiva, el reforzamiento de los cambios, las estrategias de prevención de recaídas y aquellas destinadas a lidiar con la recuperación de peso.

La terapia de conducta para el abordaje del sobrepeso y la obesidad pretende enseñar a los pacientes principios y técnicas diseñados para promover cambios en su estilo de vida, fomentando la adopción de nuevos hábitos alimentarios y la práctica regular de actividad física. Los programas tradicionales de modificación del estilo de vida pueden llevarse a cabo en formato individual o grupal, y se desarrollan de manera general en sesiones semanales durante un período de 16 a 26 semanas, con una duración de 60 minutos para el formato individual y 90 minutos para el formato grupal (Saldaña, 2023). Dentro de los programas de terapia conductual para la obesidad, el programa LEARN (Brownell, 2003) es uno de los programas mejor descritos y de mayor reconocimiento. Este programa, acrónimo de los términos ingleses Lifestyle, Exercise, Attitudes, Relationships and Nutrition, busca la sencillez y la flexibilidad, prestando especial atención a las diferencias individuales a la hora de enfrentarse a un cambio de estilo de vida. Por ello, ha sido empleado en numerosas ocasiones tanto por profesionales de la psicología, como en formato autoaplicado (Brownell, 2003; Saldaña, 2023).

Dada la dificultad detectada en diferentes estudios para mantener los resultados obtenidos durante los programas de pérdida de peso, Cooper y Fairburn (2001) desarrollaron una intervención para el abordaje de la obesidad desde una perspectiva cognitivo-conductual. El objetivo de este programa no es solo la pérdida de peso, sino también la prevención o minimización de la recuperación del peso perdido. Por medio de la combinación de técnicas y estrategias conductuales para la pérdida de peso, y cognitivas para identificar y modificar creencias negativas sobre el peso, la alimentación y la autoimagen, los autores buscan promover cambios sostenibles en los hábitos de vida (Cooper y Fairburn, 2001; Saldaña, 2023).

Con el objetivo de evaluar la eficacia de su tratamiento basado en la TCC para la obesidad, Cooper et al. (2010) llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado con un seguimiento a tres años, en el que comparaban su programa con una intervención basada en Terapia de Conducta (TC) y un grupo de autoayuda que seguía el programa LEARN (Brownell, 2003). Los resultados iniciales mostraron pérdidas de peso del 10%, 11,3% y 6,7% respectivamente. Sin embargo, el seguimiento a tres años reveló resultados poco alentadores, ya que los pacientes habían recuperado casi todo el peso perdido (88,6% en TCC; 89,8% en TC). Este estudio puso de manifiesto las limitaciones de las intervenciones psicológicas para lograr una pérdida de peso sostenible a largo plazo, incluso en enfoques diseñados específicamente con este objetivo, como la TCC de Cooper y Fairburn (2001).

Finalmente, las terapias online para el abordaje del sobrepeso y la obesidad surgen en un intento de hacer frente a los desafíos evidenciados por los enfoques tradicionales para el mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo. Este enfoque, impulsado por el desarrollo e instauración de las nuevas tecnologías en la vida diaria de las personas, conlleva ventajas importantes para el acceso y seguimiento de los programas de pérdida de peso, como son evitar recorrer largas distancias para acudir a las citas programadas, la ausencia de tiempo de espera, el menor coste económico de las intervenciones, la flexibilidad y el anonimato, entre otros (Saldaña, 2023; Sorgente et al., 2017). La revisión sistemática llevada a cabo por Sorgente et al. (2017) concluye que, si bien las intervenciones en formato online muestran resultados prometedores en el apoyo a la pérdida de peso y el mantenimiento a largo plazo, por el momento no existe evidencia que demuestre una eficacia superior a la de las intervenciones en formato presencial.

Programas de cambio de estilo de vida en personas con esquizofrenia

Las personas con esquizofrenia presentan una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en comparación con la población general. Esta disparidad en la incidencia se relaciona con el uso de medicamentos antipsicóticos que contribuyen significativamente al aumento de peso, así como con estilos de vida sedentarios y dietas poco saludables (Seeman, 2016).

No obstante, Stevens et al. (2023) en su revisión sistemática y metaanálisis evidenciaron una falta de estudios cualitativos que abordasen esta problemática en personas con trastorno mental grave, destacando la existencia de limitaciones metodológicas y resultados inconsistentes en los estudios analizados. Concretamente, estos autores concluyeron que las intervenciones tradicionales, compuestas por estrategias conductuales, dieta y ejercicio físico, tienen un efecto limitado en la reducción del peso corporal en esta población, con resultados

modestos basados en un número reducido de estudios. Apuntan que los ensayos controlados aleatorizados son escasos y metodológicamente heterogéneos, lo que dificulta la generalización de los hallazgos. Por último, señalan que las medidas empleadas para evaluar el éxito de estas intervenciones fueron inadecuadas o inconsistentes, dando lugar a una falta de claridad y coherencia por parte de los investigadores a la hora de notificar los resultados, obstaculizando la posibilidad de llevar a cabo un análisis más exhaustivo.

Existen diversos programas e intervenciones, como el programa de Consecución de Estilos de vida Saludables en la Rehabilitación Psiquiátrica (ACHIEVE) (Casagrande et al., 2010), el programa STRIDE para personas que toman medicación antipsicótica (Green et al., 2014) o el programa de Evaluación del Estilo de vida en personas con Trastorno Mental Grave (SMILE, por sus siglas en inglés) (Walburg et al., 2019), que han abordado el control del peso en personas con esquizofrenia, integrando componentes como la educación nutricional, la actividad física, la gestión del estrés y el seguimiento de la dieta, el sueño y la actividad física. Si bien los estudios llevados a cabo para comprobar la eficacia de dichos programas se muestran optimistas respecto a los resultados, también evidencian desafíos significativos.

En primer lugar, al igual que sucedía en los estudios llevados a cabo en población general, se evidenciaron dificultades para mantener los resultados a largo plazo. Los participantes lograron bajar de peso en las primeras fases, pero recuperaron parte de este durante la fase de mantenimiento. Este patrón sugiere la necesidad de desarrollar intervenciones de mayor duración y de mantener un contacto regular con los participantes (Faulkner et al., 2003; Green et al., 2014). En segundo lugar, se detectó que la asistencia a las sesiones iniciales fue menor de lo esperado. Este hecho destaca la necesidad de evaluar la disposición al cambio antes de iniciar la intervención, así como la importancia de diseñar programas que fomenten la participación continua, ya que se ha comprobado que existe una relación directa entre la asistencia al programa y la disminución del peso corporal (Green et al., 2014; Gudzone et al., 2023; Walburg et al., 2023). Finalmente, Gudzone et al. (2023) detectaron que la frustración respecto a las fluctuaciones de peso contribuyó al abandono de la intervención por parte de un número significativo de participantes, lo que apunta a la necesidad de realizar ajustes en la frecuencia de los pesajes y el diseño de los programas.

El panorama actual de la intervención psicológica en obesidad en personas con esquizofrenia evidencia la necesidad de llevar a cabo investigaciones más rigurosas y de diseñar programas adaptados a las características específicas de quienes padecen este trastorno. Para ello, es importante tener en cuenta factores como el tipo y la gravedad del trastorno mental, las enfermedades físicas comórbidas y las limitaciones físicas, cognitivas y motivacionales.

Así, la literatura revisada concluye que las futuras investigaciones deberán incluir, entre otros aspectos, la evaluación de la disposición al cambio de los participantes previa al inicio de los programas, la personalización de los planes de alimentación y actividad física, el uso de enfoques educativos multisensoriales y repetitivos para superar barreras cognitivas y la incorporación de estrategias de prevención de recaídas y manejo del estrés (Allison et al., 2009; Green et al., 2014; Gudzone et al., 2023; Stevens et al., 2023).

Programas de prevención de la obesidad en personas con esquizofrenia

Como se ha señalado en apartados anteriores, a pesar de los avances realizados en los programas de intervención psicológica en obesidad destinados a personas con esquizofrenia, existen importantes limitaciones en el mantenimiento los resultados a largo plazo. Por este motivo, diversos autores han señalado la necesidad de abordar esta problemática de manera preventiva (Agarwal et al., 2023; Allison et al., 2009).

Las personas diagnosticadas con esquizofrenia representan una población de alto riesgo para el desarrollo de obesidad, un fenómeno atribuido en parte al incremento de peso asociado al tratamiento con antipsicóticos de segunda generación. Esta ganancia de peso corporal tiene lugar durante los primeros meses de la terapia farmacológica, y suele ser rápida y clínicamente significativa. Por ello, se ha identificado el inicio del tratamiento con antipsicóticos como un período crítico para la ganancia de peso en esta población (Allison et al., 2009; Álvarez-Jiménez et al., 2009). Concretamente, los primeros meses tras el diagnóstico suponen un período idóneo para implementar programas de prevención de la obesidad. En esta etapa, los pacientes tienen la posibilidad de acceder a programas de atención a primeros episodios psicóticos, llevados a cabo en centros de rehabilitación psicosocial. Estos entornos permitirían integrar estrategias de prevención del aumento de peso dentro del abordaje integral del paciente, aprovechando la estructura y el apoyo ya existentes para abordar tanto los desafíos psicológicos, como sociales y físicos desde una perspectiva multidisciplinar (Allison et al., 2009; Álvarez-Jiménez et al., 2009).

Intervenir de forma temprana no solo ayuda a prevenir el aumento de peso inicial, sino también a mitigar la acumulación de riesgos metabólicos a largo plazo, mejorando la calidad de vida y reduciendo el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 o la hipertensión. Es por esto por lo que resulta de gran interés desarrollar programas de prevención de la obesidad desde una perspectiva psicológica en personas con esquizofrenia durante el periodo crítico de inicio del tratamiento con antipsicóticos (Agarwal et al., 2023; Srihari et al., 2013; Storch et al., 2018).

Objetivo

El objetivo del presente Trabajo de Fin de Máster, basado en la modalidad de propuesta de intervención, es el de diseñar un programa de prevención del sobrepeso y la obesidad desde una perspectiva psicológica, destinado a personas que han sido diagnosticadas de esquizofrenia recientemente (en el último año). Dicho programa pretende promover cambios sostenibles a largo plazo en los hábitos de alimentación y actividad física, mejorar la salud general y reducir los riesgos asociados a la comorbilidad entre obesidad y esquizofrenia. Para ello, se emplearán estrategias de psicoeducación, motivación y técnicas cognitivo-conductuales adaptadas a las necesidades específicas de esta población, considerando sus características cognitivas, emocionales y sociales.

Diseño de la intervención

Participantes

El presente programa de prevención psicológica del sobrepeso y la obesidad va dirigido a personas de ambos sexos que cumplan los siguientes criterios de inclusión: (a) tener entre 16 y 45 años, ambos incluidos; (b) haber sido diagnosticadas en el último año de un primer episodio de trastorno psicótico según los criterios DSM-5-TR; (c) haber iniciado el tratamiento con antipsicóticos en las últimas ocho semanas, sin exposición previa a este tipo de medicación; y (d) haber alcanzado la estabilidad sintomatológica.

Quedarán excluidas del programa aquellas personas que (a) informen sobre un diagnóstico previo de trastorno psicótico; (b) padezcan enfermedades médicas y/o secuelas cognitivas severas que puedan interferir con los resultados del programa.

Instrumentos de evaluación

Previo al inicio del programa de prevención del sobrepeso y la obesidad se llevará a cabo una evaluación inicial para lo cual se ha diseñado un protocolo de evaluación que constará de una entrevista inicial y una batería de instrumentos de evaluación. Además, se entregarán a los participantes autoregistros de alimentación y actividad física, que deberán cumplimentar desde ese momento hasta la finalización del programa. Estos autorregistros les permitirán monitorizar sus progresos de manera continua y reflexionar sobre sus hábitos, facilitando la identificación de áreas de mejora.

A través de la entrevista inicial se pretende recopilar o comprobar la información sociodemográfica y clínica de los participantes, así como obtener datos sobre los hábitos de estilo de vida, y verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

La información obtenida en la entrevista proporcionará una base sobre la que adaptar el programa a las necesidades y características específicas de las personas que en él participen. El guion de dicha entrevista puede ser consultado en el *Anexo 1*.

Asimismo, se administrará una batería de instrumentos de evaluación que permitirá llevar a cabo una exploración más exhaustiva de determinados aspectos de interés para el desarrollo del programa, como son el estado psicológico y cognitivo de los participantes, los hábitos alimentarios y la actividad física. De este modo, se pretende realizar una valoración integral que permita personalizar el programa en función de las características específicas de los participantes, así como obtener medidas pre-test con las que comparar los resultados de la intervención.

Dicha batería está compuesta por la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA; Nasreddine et al., 2005; adaptación Española de Ojeda et al., 2016), destinada a evaluar el estado cognitivo general de los pacientes; el Cuestionario de Salud Short Form-36 (SF-36; Ware y Sherbourne, 1992; adaptación Española de Alonso et al., 1995), diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con el estado de salud general; el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI; Buysse et al., 1989; adaptado al español por Royuela y Macías, 1997), ideado para evaluar la calidad del sueño y detectar posibles alteraciones del mismo; la Escala de Adherencia a la Dieta Mediterránea (MEDAS; Martínez-González et al., 2010), desarrollada para evaluar hábitos alimentarios específicos y el consumo de ciertos alimentos característicos de esta dieta; y el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ; Craig et al., 2003; adaptación Española de Viñas et al., 2012), empleado para medir los niveles de actividad física realizados en la última semana.

Una vez finalizada la fase de intervención, y en distintos momentos durante la fase de seguimiento, se volverán a administrar los instrumentos previamente citados, a excepción del MoCA. De este modo, se pretenden obtener medidas post-test con las que poder evaluar los resultados de la intervención.

A continuación, se describen los instrumentos empleados, así como sus principales características psicométricas.

Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA; Nasreddine et al., 2005; adaptación española de Ojeda et al., 2016): es una prueba de cribado breve (entre 7-10 mins) que evalúa los principales dominios contemplados en la exploración general del estado cognitivo por medio de la realización de distintas tareas breves que evalúan la ejecución en los siguientes dominios:

- *Capacidad visoespacial/ejecutiva*: una prueba de alternancia conceptual adaptada del *Trail Making Test B* (1 pt), y dos de capacidades visoconstructivas (copia de un cubo geométrico [1 pt] y dibujo de un reloj [3 pt]).
- *Denominación*: tres ítems de nominación por confrontación visual de tres animales de bajo grado de familiaridad (3 pt).
- *Memoria*: una prueba de aprendizaje de una lista de 5 palabras, con dos ensayos de aprendizaje (no puntúa).
- *Atención*: una tarea de dígitos directos e inversos (2 pt), una de atención sostenida (dar un golpe en la mesa cuando escuche la letra A entre una serie de letras [1 pt]) y una serie de sustracciones mentales (3 pt).

-
- *Lenguaje*: una prueba de repetición de dos frases complejas (2 pt) y una de fluidez fonética (evocación de palabras que comiencen con “P” durante un minuto [1 pt]).
 - *Abstracción*: dos ítems de razonamiento verbal abstracto (similitudes [2 pt]).
 - *Aprendizaje y recuerdo diferido*: con base en el aprendizaje de las 5 palabras contempladas en los dos ensayos de aprendizaje previos, se evalúa el recuerdo de forma diferida a los cinco minutos (5 pt).
 - *Orientación*: seis preguntas que evalúan la orientación temporal y espacial (6 pt).

La puntuación directa total máxima de la prueba es de 30 puntos. Ojeda et al. (2016), en su validación en población española, señalaron como punto de corte para discriminar entre rendimiento cognitivo normal y deterioro cognitivo leve una $PD \leq 26$.

Rodríguez-Bores et al. (2014), determinaron la validez del MoCA para la evaluación del déficit cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y obtuvieron una fiabilidad (Alfa de Cronbach=0.71) similar a la de otros instrumentos empleados para la evaluación del deterioro cognitivo en esta población, como son el MMSE o la escala cognitiva de la PANSS.

Cuestionario de Salud Short Form-36 (SF-36; Ware y Sherbourne, 1992; adaptación española de Alonso et al., 1995): es un cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar la calidad de vida en relación con el estado de salud general, que mide ocho dimensiones desde la perspectiva del paciente (Vilagut et al., 2005). Cada dimensión se puntúa en una escala de 0 a 100. Una puntuación más alta indica una mejor percepción de la salud en esa dimensión.

- *Función física*: Mide la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras o cargar objetos. Hace referencia al nivel de independencia física del individuo.
- *Rol físico*: Evalúa en qué medida los problemas de salud física interfieren en áreas fundamentales de la vida de la persona como son el trabajo, las actividades diarias o los roles habituales.
- *Dolor corporal*: Mide la intensidad del dolor físico y su interferencia con las actividades de la vida diaria, evaluando su impacto en el bienestar general.
- *Salud general*: Evalúa la percepción global de la salud de la persona, teniendo en cuenta si cree que su estado de salud es bueno, malo o está empeorando.
- *Vitalidad*: Mide los niveles de energía y cansancio, preguntando acerca de la sensación de vitalidad o agotamiento de la persona.

-
- *Función social*: Explora cómo los problemas de salud física o emocional afectan a la persona a la hora de participar en actividades sociales y relacionarse con otros.
 - *Rol emocional*: Evalúa en qué medida si las dificultades emocionales, como la ansiedad o la depresión, limitan el rendimiento de la persona.
 - *Salud mental*: Mide el bienestar psicológico, detectando la presencia de ansiedad, depresión y satisfacción general con la vida.

El SF-36 también incluye un ítem para valorar el estado de salud actual en comparación con el del último año (Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), 2000). En cuanto a sus propiedades psicométricas, Vilagut et al. (2005) llevaron a cabo una revisión de la literatura existente sobre las características del instrumento y concluyeron que presentaba una fiabilidad superior a 0,7. Además, el cuestionario mostró “buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos” (Vilagut et al., 2005).

Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI; Buysse et al., 1989; adaptado al español por Royuela y Macías, 1997): es un cuestionario ampliamente utilizado para evaluar la calidad del sueño y detectar posibles alteraciones de este en el último mes. Consta de 19 preguntas autoadministradas, agrupadas en siete componentes:

- *Calidad subjetiva del sueño*: Cómo la persona percibe su descanso.
- *Latencia del sueño*: Tiempo que tarda en conciliar el sueño.
- *Duración del sueño*: Cantidad aproximada de horas que duerme.
- *Eficiencia del sueño*: Relación entre el tiempo total que la persona pasa en cama y el tiempo que realmente duerme.
- *Alteraciones del sueño*: Experimentación de problemas tales como despertares nocturnos, ronquidos, o inquietud.
- *Uso de medicación para dormir*: Frecuencia con la que la persona usa medicación para conciliar el sueño.
- *Disfunción diurna*: Cómo el sueño afecta su rendimiento a lo largo del día.

Cada componente se puntúa de 0 (sin problemas) a 3 (problemas graves). La suma de las puntuaciones da un resultado total entre 0 y 21. Una puntuación directa total superior a 5 indica problemas significativos en la calidad del sueño.

La adaptación al español (Royuela y Macías, 1997) obtuvo unas propiedades psicométricas adecuadas, con una consistencia interna α de Cronbach de 0,81; una sensibilidad del 88,63%, una especificidad del 74,99%, y un valor predictivo del 80,66%.

Escala de Adherencia a la Dieta Mediterránea (MEDAS; Martínez-González et al., 2010): es una escala de evaluación diseñada para medir el grado de cumplimiento de la dieta mediterránea. Se elaboró en el marco de desarrollo del estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), y está conformada por 14 preguntas que evalúan hábitos alimentarios específicos y el consumo de ciertos alimentos característicos de esta dieta. Cada ítem se puntúa con 1 punto si cumple con los criterios establecidos, siendo la puntuación total máxima de 14. Una puntuación directa igual o superior a 9 es indicativa de una buena adherencia a la dieta mediterránea y, por tanto, se asocia con beneficios para la salud, como la prevención de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (Marco et al., 2021; Schröder et al., 2011). El estudio PREDIMED encontró que una mayor puntuación en la escala MEDAS se relacionaba con valores menores de IMC, perímetro de cintura, triglicéridos, glucosa en ayunas y colesterol HDL-C. Además, observó que el riesgo de enfermedad coronaria a 10 años disminuía conforme aumentaba la puntuación.

Cuestionario Internacional de Actividad Física (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ; Craig et al., 2003; adaptación española de Viñas et al., 2012): es un cuestionario empleado para medir los niveles de actividad física en adultos de edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Evalúa aspectos como la intensidad (leve, moderada o vigorosa), la frecuencia (días por semana) y la duración (minutos diarios) de la actividad física realizada en diversos contextos (trabajo, transporte, actividades domésticas y ocio) en los últimos 7 días. Consta de dos versiones: una corta, de 7 ítems, y una larga, compuesta por 27 ítems (Carrera, 2017). En el caso que nos ocupa, se empleará la versión corta. El IPAQ categoriza a las personas en distintos niveles de actividad física (baja, moderada, alta). Aquellos situados en el nivel alto o moderado cumplirían las recomendaciones de la OMS sobre la actividad física para la salud (OMS, 2019).

Este cuestionario se elaboró como parte de un proyecto de cooperación internacional para establecer medidas estandarizadas para la evaluación de la actividad física, y ha demostrado su fiabilidad y validez en más de 12 idiomas (Mantilla y Gómez-Conesa, 2007).

Procedimiento

Los participantes del Programa de Prevención del sobrepeso y la obesidad serán seleccionados de entre los usuarios de un Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) que cuenta con un programa específico para la intervención temprana en primeros episodios psicóticos (PIPPS).

En primer lugar, se identificarán de entre las personas del programa aquellas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Posteriormente, los candidatos serán invitados a participar en una sesión informativa donde se explicará el propósito del programa, su duración, y sus beneficios potenciales. Aquellos que estén interesados en participar serán contactados para llevar a cabo la evaluación inicial, en la que se les administrará la entrevista y los cuestionarios señalados en el apartado anterior. Esta valoración inicial servirá para determinar el punto de partida de los participantes en cuanto a hábitos de alimentación, sueño, actividad física, estado psicológico y cognitivo, y calidad de vida.

El programa será administrado por un/a Psicólogo/a General Sanitario por cada diez participantes, y contará con la colaboración de otros profesionales del CRPS para la realización de las actividades que no entren dentro de sus competencias, como pueden ser los talleres de actividad física que se llevarán a cabo de manera complementaria durante toda la duración del programa.

El programa de prevención del sobrepeso y la obesidad constará de dos fases: una de intervención y otra de seguimiento. La duración de la fase de intervención será de 6 meses, durante los cuales se llevarán a cabo sesiones grupales semanales de una duración aproximada de 90 minutos. Estas sesiones estarán estructuradas en cuatro módulos: psicoeducación y adherencia a la medicación, educación nutricional, promoción de la actividad física adaptada y apoyo psicológico y social.

Durante el desarrollo del programa se monitorizarán los avances de los participantes mediante autorregistros de alimentación y actividad física, los cuales permitirán un seguimiento detallado de su adherencia a los objetivos planteados. También se realizará un control periódico del peso corporal, proporcionando retroalimentación sobre los progresos y reforzando la motivación hacia el mantenimiento de los cambios.

Una vez finalizada la fase de intervención, se volverán a administrar los cuestionarios empleados en la evaluación inicial, a excepción del MoCA (Nasreddine et al., 2005; adaptación española de Ojeda et al., 2016), con el fin de evaluar los cambios en calidad de vida, hábitos de sueño, alimentación y actividad física.

La fase de seguimiento tendrá una duración de 6 meses tras la finalización de la fase de intervención y, a diferencia de los programas desarrollados hasta la fecha, en los que el seguimiento se realizaba de manera individual vía telefónica, las sesiones de esta fase mantendrán el formato grupal. El objetivo de estas será consolidar los hábitos adquiridos, prevenir recaídas y promover el mantenimiento de los cambios logrados.

Durante los tres primeros meses de seguimiento, las sesiones se llevarán a cabo una vez cada dos semanas, mientras que en los últimos tres meses la frecuencia será mensual. Durante estas sesiones, de 60 minutos de duración, se llevará a cabo la revisión de los progresos por medio del control del peso corporal, así como se aplicarán técnicas para la identificación y el manejo de las posibles dificultades que puedan surgir en el proceso, como son el refuerzo motivacional y el entrenamiento en resolución de problemas. Durante esta fase, además de las actividades de consolidación y apoyo, se volverán a administrar los cuestionarios seleccionados para la evaluación del programa en dos momentos diferentes: a los tres y a los seis meses. El objetivo de esta evaluación es obtener medidas fiables sobre la evolución de la calidad de vida, los hábitos alimentarios, el sueño y la actividad física de los participantes a medio-largo plazo.

Secuencia de actividades, contenidos y materiales específicos

Estructura del programa

La fase de intervención del Programa de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad está estructurada en cuatro módulos, ideados para abordar de manera preventiva los principales factores que contribuyen a la ganancia de peso en personas con esquizofrenia. Estos módulos son: psicoeducación y adherencia a la medicación, educación nutricional, promoción de la actividad física adaptada y apoyo psicológico y social. Cada uno de ellos ha sido diseñado para dar respuesta a objetivos específicos que, en conjunto, buscan generar cambios sostenibles en los hábitos y estilos de vida de los participantes.

Además de los módulos de intervención, el programa incluye dos componentes complementarios: un módulo de preparación, denominado Módulo 0, compuesto por tres sesiones individuales de evaluación (dos de ellas previas al inicio del programa, y una al finalizar la fase de intervención), así como una sesión grupal introductoria; y una fase de seguimiento, conformada por nueve sesiones grupales destinadas a consolidar los hábitos adquiridos y ayudar a los participantes en los desafíos que puedan surgir en el proceso. Asimismo, al finalizar cada módulo de intervención se llevará a cabo una sesión intermódulo dirigida a reforzar los conocimientos y habilidades aprendidos, y proporcionar apoyo adicional en aquellos aspectos que puedan resultar más difíciles.

En la siguiente tabla se detallan los objetivos generales y específicos de cada módulo del programa, así como su duración y formato:

Tabla 1.*Objetivos y estructura del Programa de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad*

Módulo	Objetivo general	Objetivos específicos	Sesiones	Modalidad
Módulo 0.	Preparar a los participantes para el desarrollo del programa.	-Evaluar el estado inicial de los participantes. -Establecer una relación de confianza con los participantes. -Fomentar una buena dinámica grupal.	4	3 sesiones individuales 1 sesión grupal
Módulo 1. Psico-educación y adherencia a la medicación.	Promover una adherencia consciente y sostenida a los tratamientos médicos prescritos.	-Conocer los beneficios de los tratamientos médicos y los riesgos de un mal cumplimiento. -Reducir los prejuicios relacionados con la medicación. -Adquirir mayor autonomía en la toma del tratamiento farmacológico. -Identificar los efectos secundarios del tratamiento y aprender posibles estrategias para su alivio y control.	4	Grupal
Módulo 2. Educación Nutricional.	Fomentar una alimentación equilibrada, adaptada al contexto y a las necesidades de los participantes.	-Comprender el efecto que tiene la medicación sobre la alimentación. -Conocer qué alimentos son importantes para llevar una alimentación equilibrada y saludable, y cómo combinarlos. -Aprender a organizar las comidas para que sean fáciles, económicas y saludables. -Saber identificar las señales de hambre y saciedad. -Aprender a identificar y manejar las emociones y situaciones que dificultan una alimentación equilibrada.	6	Grupal
Módulo 3. Promoción de la Actividad Física Adaptada.	Promover la incorporación de la actividad física en la vida diaria de los participantes.	-Comprender el efecto positivo de la actividad física sobre la salud global. -Incrementar la motivación hacia la realización de ejercicio físico. -Integrar la actividad física en la rutina diaria. -Mejorar la percepción de autoeficacia y bienestar general.	4	Grupal
Módulo 4. Apoyo Psicológico y Social.	Proporcionar acompañamiento emocional para favorecer la adherencia a los nuevos hábitos.	-Consolidar los hábitos de vida saludable adquiridos. -Desarrollar habilidades sociales y de afrontamiento ante posibles dificultades. -Reforzar la autoeficacia y la autonomía.	5	Grupal

Cronograma

Figura 1

Cronograma del Programa de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad

Sesión Informativa	M.0: Individual	M.0: Individual	M.0: Grupal 1	M.1: Grupal 1
M.1: Grupal 2	M.1: Grupal 3	M.1: Grupal 4	Intermódulo	M.2: Grupal 1
M.2: Grupal 2	M.2: Grupal 3	M.2: Grupal 4	M.2: Grupal 5	M.2: Grupal 6
Intermódulo	M.3: Grupal 1	M.3: Grupal 2	M.3: Grupal 3	M.3: Grupal 4
Intermódulo	M.4: Grupal 1	M.4: Grupal 2	M.4: Grupal 3	M.4: Grupal 4
M.4: Grupal 5	Intermódulo	M.0: Individual	SEGUIMIENTO	

Técnicas y estrategias de intervención

- Psicoeducación: Transmisión de información de manera clara y comprensible, buscando la participación de los usuarios mediante preguntas, debates y el uso de materiales audiovisuales que refuercen el contenido didáctico.
- Técnicas de resolución de problemas: Identificación de obstáculos y búsqueda de soluciones prácticas y adaptadas al contexto personal de los participantes.
- Reestructuración cognitiva: Identificación y modificación de pensamientos negativos, prejuicios o creencias erróneas que puedan afectar a la adherencia de los usuarios al programa o a los hábitos promovidos.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: Desarrollo de estrategias para el manejo del malestar emocional (relajación, planificación y gestión emocional).
- Autorregistros de alimentación y actividad física: Registro sistemático y detallado de los hábitos de vida saludable y las variables principales que los rodean.
- Modelado: Explicación del comportamiento deseado, demostración paso a paso de cómo realizarlo, práctica conductual adaptada al contexto del CRPS, feedback constructivo y puesta en práctica en el contexto real de los participantes.
- Mindfulness: Entrenamiento en técnicas de atención plena para la identificación de las señales internas de hambre y saciedad.
- Técnicas motivacionales: Tales como la visualización de metas, o el refuerzo positivo de los pequeños logros y avances con el fin de mantener la motivación.

-
- Planificación conductual: Creación de planes de acción detallados para incorporar los hábitos de vida saludable a la rutina diaria. Para ello, se emplearán técnicas como los incrementos graduales, o el uso de recordatorios.
 - Intervención socio-comunitaria: Promoción de los hábitos de vida saludable en el contexto socio-comunitario, haciendo una exploración de intereses y ayudando a los usuarios en los trámites o gestiones necesarias para su puesta en marcha.
 - Estrategias de prevención de recaídas: Identificación de situaciones de alto riesgo que puedan provocar retrocesos en los hábitos alcanzados, y elaboración de planes de acción específicos para el manejo de dichas situaciones.
 - Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: Expresión de necesidades y preferencias, resolución de conflictos interpersonales.
 - Material de apoyo complementario: Se proporcionará a los usuarios recursos impresos y digitales, como guías informativas, fichas de seguimiento y recordatorios, que les ayuden a reforzar e implementar lo aprendido.

Materiales necesarios:

- Ordenador y proyector para la presentación de contenidos audiovisuales.
- Blocs de notas o cuadernos y bolígrafos para los usuarios.
- Pizarra y rotuladores.
- Hojas de trabajo de las sesiones.
- Material docente de cada sesión por escrito.

Estructura de las sesiones grupales

Todas las sesiones del programa seguirán una estructura común, con la idea de proporcionar unidad y coherencia al desarrollo de los contenidos. Así, al inicio de cada sesión se revisarán las tareas asignadas en la sesión anterior, dejando un espacio para que los participantes puedan compartir sus experiencias y dificultades. A continuación, se presentará el contenido a trabajar durante la sesión. Posteriormente, se aplicarán las técnicas y estrategias de intervención diseñadas para el contenido de la sesión, ya sea en forma de ejercicios prácticos, dinámica de grupo o role-playing. Al finalizar, se asignarán las tareas para casa a realizar antes de la siguiente sesión. Estas buscarán la generalización de las habilidades aprendidas al contexto real de los participantes. Finalmente, se llevará a cabo un cierre donde se repasarán los temas principales tratados en la sesión y se proporcionará feedback a los usuarios sobre su ejecución y sus progresos en el programa.

Estructura de las sesiones intermódulo

Las sesiones intermódulo tienen como objetivo principal reforzar los contenidos abordados a lo largo de las sesiones grupales previas, por medio del repaso de los aspectos más importantes del módulo, y la resolución de las dudas que puedan haber surgido al respecto. Para ello, al comienzo de la sesión se llevará a cabo una revisión de las tareas para casa asignadas previamente, resolviendo las dificultades o dudas que puedan haber experimentado los usuarios durante su realización. A continuación, el profesional hará un resumen de los contenidos más relevantes del módulo, planteando preguntas para verificar que los participantes han interiorizado los conocimientos. Posteriormente, se dejará un espacio para que los usuarios compartan sus dudas o dificultades en relación con los contenidos del módulo. Estas dudas serán resueltas por el profesional o, de ser posible, por sus compañeros, favoreciendo un aprendizaje colaborativo. Una vez resueltas las dudas, el/la psicólogo/a preguntará a los participantes si desean repasar alguna técnica o estrategia en particular. Si la respuesta es afirmativa, se procederá a realizar dicha actividad. En caso contrario, el profesional llevará a cabo una dinámica de repaso general que considere relevante para reforzar los aprendizajes. Para concluir, se llevará a cabo una reflexión sobre lo aprendido en el módulo y su utilidad en el mantenimiento de unos hábitos de vida saludables.

Estructura de las sesiones de seguimiento

Las sesiones de seguimiento se llevarán a cabo en formato grupal, y tendrán una estructura similar a las sesiones grupales del programa. El profesional comenzará la sesión agradeciendo a los participantes su asistencia, con el fin de reforzar su compromiso su cambio de estilo de vida. A continuación, se revisarán las tareas asignadas en la sesión anterior, identificando posibles dificultades que hayan surgido en el periodo entre sesiones, y facilitando una discusión abierta entre los asistentes acerca de las posibles soluciones a aplicar ante estas situaciones. Posteriormente, se repasarán los contenidos trabajados a lo largo del programa, con el objetivo de reforzar los conocimientos y habilidades desarrollados en sesiones anteriores. Al finalizar, se acordarán con los participantes las nuevas tareas a realizar entre sesiones. Finalmente, se llevará a cabo un cierre en el que se resuman los contenidos abordados en el día, y se recuerde la fecha de la próxima sesión de seguimiento.

Desarrollo y contenido de las sesiones grupales

Módulo 0

Sesión grupal

Al tratarse de la primera sesión del programa, la sesión grupal del Módulo 0 tendrá un carácter introductorio. Para ello, en primer lugar, se llevará a cabo una dinámica de presentación titulada “Mapa de Conexiones”, que permitirá a los integrantes del grupo conocerse los unos a los otros y comenzar a crear vínculos más allá del diagnóstico.

Para el desarrollo de la dinámica, antes del inicio de la sesión, se colocará una cartulina o papel en blanco grande en una pared accesible para todos los participantes. Al comenzar la actividad, el profesional a cargo dará una breve explicación acerca de la dinámica y su objetivo principal. Posteriormente, se entregarán rotuladores y post-its a cada uno de los usuarios, y se les pedirá que escriban su nombre en un post-it y lo coloquen en el papel en blanco. Este será su “punto de partida” en el mapa de conexiones. A continuación, cada participante deberá escribir en otros post-its características sobre sí mismo que desee compartir con sus compañeros (hobbies, experiencias, metas, etc.), y pegarlos alrededor de su nombre. Cuando todos hayan terminado, se les animará a conectar los aspectos que tengan en común con otros miembros del grupo, trazando líneas o flechas entre los post-its correspondientes. Una vez que hayan señalado todas las conexiones, el profesional invitará a cada participante a presentarse ante sus compañeros, utilizando la información que escribieron en los post-its. Para concluir la actividad, se llevará a cabo una reflexión grupal sobre el ejercicio. El/la psicólogo/a guiará la conversación animando a los participantes a compartir sus impresiones sobre la dinámica: ¿qué les ha sorprendido más de sus compañeros?, ¿han descubierto puntos en común que no esperaban?, ¿cómo creen que estas conexiones pueden ayudarles durante el programa?, entre otras. Esta reflexión pretende fortalecer la cohesión grupal.

Una vez finalizada la dinámica de presentación, se dará paso a la presentación formal del programa y sus normas. Para ello, se llevará a cabo una exposición de los contenidos principales del programa, la cual está disponible para su consulta en el *Anexo 2*. En esta, se detallarán la estructura, los objetivos y los diferentes módulos del programa, así como lo que se espera de los participantes durante el proceso. Al finalizar la exposición, se dedicará un tiempo a resolver cualquier duda o pregunta que los participantes puedan tener en relación con el programa.

Al final de la sesión, se llevará a cabo una ronda de preguntas en la que los participantes podrán compartir sus expectativas y objetivos personales para el programa.

Así, se pretende que los participantes reflexionen sobre lo que esperan lograr y cómo el programa puede ayudarlos a alcanzar sus objetivos.

Módulo 1. Psicoeducación y adherencia a la medicación

Sesión 1 del módulo 1. Tipos de tratamientos e intervenciones

La primera sesión grupal del Módulo 1 tiene como objetivo que los participantes del programa conozcan los beneficios del tratamiento farmacológico y del resto de intervenciones psicosociales y comunitarias disponibles, con el fin de promover su adherencia a las mismas.

Para ello, la sesión comenzará con la lectura conjunta del apartado “¿Cómo se trata la esquizofrenia?” de la Guía para pacientes y familiares *Afrontando la esquizofrenia* (Díaz, 2013), en el que se explican los tipos de fármacos existentes en la actualidad para el tratamiento de los trastornos psicóticos, su funcionamiento y potenciales beneficios. Este material didáctico puede ser consultado en el *Anexo 3*.

Una vez finalizada la lectura, se llevará a cabo, mediante el procedimiento de lluvia de ideas, un análisis acerca de los tipos de tratamientos e intervenciones que los participantes conocen, ya sea por experiencia propia o por que han oído hablar de ellos. Para ello, se utilizará una pizarra o un papel en blanco grande donde el profesional a cargo irá escribiendo las ideas que vayan surgiendo. Posteriormente, el/la psicólogo/a facilitará una discusión abierta donde los usuarios puedan compartir sus experiencias personales con los distintos tipos de tratamiento, así como los beneficios (directos e indirectos) e inconvenientes que hayan experimentado. Para estimular la discusión, el profesional puede utilizar ciertas preguntas guía tales como “¿Qué tratamientos o intervenciones has probado?”, “¿Cuáles han sido más efectivos para ti?”, “¿Cuáles han sido los cambios que has notado?”, “¿Te has encontrado con algún obstáculo en la adherencia?”.

Tras la puesta en común de sus experiencias personales, se llevará a cabo una dinámica denominada “Construyendo un puente hacia el bienestar”, cuyo objetivo es ilustrar de forma gráfica los beneficios que la intervención farmacológica y psicosocial ha supuesto para los distintos usuarios.

Para llevar a cabo esta actividad, será necesario proporcionar a los participantes papeles y rotuladores de colores. En primer lugar, los participantes deberán escribir en la parte superior de su hoja el título de la actividad, “Mi puente hacia el bienestar”. A continuación, deberán dibujar un puente sobre un río. La estructura del puente simboliza el tratamiento y las intervenciones recibidas hasta llegar al momento actual. En cada

peldaño del puente deberán escribir un beneficio experimentado a raíz de la toma de la medicación antipsicótica o la asistencia a las intervenciones psicosociales. En el río deberán plasmar las dificultades derivadas de su trastorno, y que han sido aliviadas o mejoradas por las terapias recibidas. Una vez completados los dibujos, se invitará a los participantes a compartir sus representaciones, explicando las diferentes etapas que han vivido y los beneficios que han experimentado a lo largo del camino. La actividad finalizará con una reflexión grupal.

Como tarea para la próxima sesión, se les pedirá a los usuarios que traigan los prospectos de los medicamentos que están tomando actualmente, junto a la dosis pautada.

Sesión 2 del módulo 1. Pautas para la toma de medicación

La segunda sesión del Módulo 1 tiene como objetivo proporcionar estrategias a los usuarios para facilitar su adherencia al tratamiento farmacológico. Para ello, lo principal es que los participantes aprendan a identificar y tomar correctamente la medicación antipsicótica.

El/la psicólogo/a comenzará introduciendo el tema de la sesión, resaltando la importancia de conocer los medicamentos y las dosis pautadas para mejorar la adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de recaídas. A continuación, se dará lugar a una discusión grupal en relación con el tema principal. El profesional a cargo puede utilizar preguntas guía tales como “¿Qué pasa cuando no tomáis la medicación?”, “¿y cuando no la tomáis de manera regular?”, con el fin de resaltar la importancia de la toma ajustada de las pautas de medicación. A continuación, se explicarán diversas estrategias que pueden poner en práctica facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico.

En la sesión anterior, pedimos a los usuarios que trajesen a la sesión los prospectos de la medicación que están tomando. Para esta actividad, los usuarios deberán, en primer lugar, leer los prospectos e identificar las características principales de cada medicamento, esto es: nombre, color, forma, formato (cápsulas/comprimidos), tamaño y uso o indicación principal. Se aprovechará para resolver las dudas que puedan surgir, aclarando términos médicos o inquietudes sobre la medicación.

Una vez completada la lectura e identificadas las características principales de los medicamentos, los participantes elaborarán tarjetas de identificación en formato DIN A6. Este tamaño facilitará su transporte, con el fin de que los usuarios puedan llevarlas siempre encima. Estas tarjetas incluirán la información principal de cada medicamento, junto con la dosis pautada, y un espacio para dibujar o pegar una foto de la

cápsula/comprimido. Su objetivo es actuar como un recordatorio visual para ayudar a los participantes a identificar su medicación con mayor facilidad cuando deban tomarla. En el *Anexo 4* encontrarán un ejemplo de tarjeta de identificación de medicamentos.

En segundo lugar, se explicará cómo descargar y utilizar aplicaciones móviles para el recordatorio de la toma de medicación. Estas apps ayudan a mejorar la adherencia, ya que permiten introducir información sobre el medicamento pautado (nombre, apariencia [color y forma], fotografías) y programar alarmas para recordar las tomas. Las tarjetas de identificación y las aplicaciones móviles son dos herramientas eficaces para recordar y facilitar la toma de la medicación, que ofrecen alternativas a los usuarios en función de su familiaridad con las nuevas tecnologías. Para finalizar, se llevará a cabo una breve reflexión sobre cómo cada participante puede adaptar lo aprendido en la sesión a sus características personales para mejorar su adherencia al tratamiento farmacológico.

Como tarea para casa se les pedirá que pongan en práctica una de las dos estrategias aprendidas, y anoten qué dificultades encontraron en su aplicación.

Sesión 3 del módulo 1. Efectos secundarios y cómo aliviarlos

La tercera sesión de Módulo 1 tiene como objetivo que los participantes conozcan los efectos secundarios más comunes de la medicación antipsicótica e identifiquen posibles estrategias para aliviarlos o gestionarlos. Para ello, la sesión comenzará con una breve explicación del tema por parte del profesional a cargo, quien deberá explicar en qué consisten los efectos secundarios más comunes del tratamiento farmacológico, haciendo hincapié en que, si bien estos pueden resultar molestos, es posible desarrollar estrategias para aliviarlos o manejarlos.

Los efectos secundarios más comunes de la medicación antipsicótica pueden ser consultados en la infografía de elaboración propia ubicada en el *Anexo 5*. Este material complementario, además de servir para consulta del profesional, puede ser entregado a los participantes del programa como contenido didáctico, con el fin de facilitar el reconocimiento e identificación de dichos síntomas en caso de presentarse.

A continuación, se dará lugar a una discusión grupal en relación con las experiencias personales de los usuarios con los efectos adversos de la medicación. El/la psicólogo/a puede introducir el debate con una pregunta abierta del tipo “¿Alguien ha experimentado alguno de estos efectos secundarios que hemos mencionado? ¿Cómo los ha manejado hasta ahora?”. La intención de esta actividad es proporcionar a los participantes un espacio seguro en el que poder compartir sus inquietudes acerca de los

efectos secundarios de la medicación, además de validar sus experiencias personales y normalizar este tipo de situaciones.

Una vez finalizado el debate, se dará paso a la realización de una dinámica denominada “Navegando los efectos secundarios”. Cada participante recibirá una tarjeta con uno de los efectos secundarios previamente mencionados. En parejas, deberán reflexionar sobre posibles estrategias o soluciones para aliviar ese efecto secundario. Al finalizar, compartirán las soluciones que consideren más útiles con el grupo. Estas se anotarán en la pizarra bajo el nombre del efecto secundario correspondiente, para que estén visibles para todos. En este momento, los demás participantes podrán aportar sus propias ideas para aliviar ese síntoma. A continuación, el profesional completará las columnas con posibles soluciones adicionales que los usuarios no hayan considerado. Entre estas, podrían incluirse:

- Cambios en el estilo de vida (alimentación, ejercicio, descanso).
- Hábitos de autocuidado (técnicas de relajación, gestión del estrés, etc.).
- Consultar con el equipo médico posibles ajustes o cambios en el tratamiento.

Una vez completada la lista de posibles estrategias, cada participante deberá elaborar un “Plan de Afrontamiento para los efectos secundarios de la medicación”. Para ello, recibirán una hoja con un formato similar al contemplado en el *Anexo 6*, en la que deberán escribir los efectos secundarios que padecen y debajo, tres posibles soluciones que probar cuando este se manifieste. Estas soluciones deberán adaptarse a las características personales y capacidades de cada usuario, por lo que cada plan de afrontamiento será individualizado. La existencia de alternativas ayuda a disminuir la frustración en caso de que la primera opción no funcione.

Como tarea para casa, se les pedirá que pongan en práctica el plan de afrontamiento diseñado, y anoten qué dificultades encontraron en su aplicación.

Sesión 4 del módulo 1. Manejo de situaciones que dificultan la adherencia

La cuarta sesión del Módulo 1 tiene como objetivo principal enseñar a los participantes estrategias que puedan utilizar ante situaciones que ponen en riesgo su adherencia al tratamiento farmacológico. Para ello, en primer lugar, los usuarios deberán identificar dichas situaciones u obstáculos. El/la psicólogo/a los animará a reflexionar acerca de los desafíos específicos que enfrentan en relación con la adherencia a la medicación antipsicótica. Una vez identificados, deberán escribir en un papel uno o dos

obstáculos que hayan experimentado o estén experimentando en la actualidad. Estos conformarán la base de la dinámica principal, denominada “Superando obstáculos”.

Para la primera parte de la actividad, los participantes se dividirán en grupos de dos o tres personas. Cada grupo recibirá uno de los papeles de obstáculos propuestos y, basándose en las preguntas guía de la hoja de trabajo para la solución de problemas (*ver Anexo 7*), deberán proponer posibles soluciones y elegir la que consideren más efectiva. Una vez que todos los grupos hayan alcanzado una solución, se pasará a la segunda parte de la actividad. Por turnos, un miembro de cada grupo deberá compartir con el resto de sus compañeros el obstáculo que les ha tocado, las posibles soluciones que han planteado y la opción elegida, explicando las razones de su decisión. A continuación, todo el grupo deberá representar, mediante un role-playing, la solución elegida. De este modo, se pretenden identificar dificultades que podrían surgir durante su implementación en un contexto real, y proporcionar feedback constructivo sobre la solución propuesta y cómo llevarla a cabo de manera más eficiente.

Como tarea para casa, los participantes deberán escribir en una hoja una situación que hayan experimentado en el periodo entre sesiones y que haya puesto en riesgo su adherencia a la medicación, así como la forma en que le hicieron frente. En caso de no haber encontrado una solución efectiva en el momento, los participantes deberán, a posteriori, aplicar la técnica de solución de problemas aprendida para generar otras alternativas que podrían haber implementado en esa situación.

Módulo 2. Educación nutricional

Sesión 1 del módulo 2. Prevención del sobrepeso y la obesidad

La primera sesión del Módulo 2 tiene como objetivo esclarecer los factores que afectan a la variación del peso corporal, destacando la importancia de adoptar hábitos de vida saludable como estrategia para manejar y prevenir la ganancia de peso. Para comenzar, el/la psicólogo/a introducirá el tema de la sesión: la importancia de la prevención del sobrepeso y la obesidad en personas con esquizofrenia. Explicará la relación que existe entre la medicación antipsicótica y el aumento de peso. Muchos de los medicamentos empleados para el tratamiento de la esquizofrenia, sobre todo los antipsicóticos atípicos, tienen como efecto secundario la ganancia de peso ya que pueden alterar el metabolismo y aumentar el apetito, lo que puede llevar a un incremento en la cantidad de alimentos consumidos y a una mayor acumulación de grasa corporal (Allison et al., 2009; Holt y Peveler, 2009). Este aumento de peso no solo afecta la autoestima y

la calidad de vida, sino que también incrementa el riesgo de desarrollar comorbilidades graves como diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico (Allison et al., 2009; Green et al., 2000). Además, el sobrepeso puede agravar los síntomas psiquiátricos, afectando negativamente la adherencia al tratamiento (Dayabandara et al., 2017; Kurzthaler y Fleischhaker, 2001).

A continuación, enlazando con lo aprendido en el Módulo 1 “Psicoeducación y Adherencia a la medicación”, el profesional destacará la importancia de poner en marcha estrategias para manejar y/o aliviar este efecto secundario de la medicación. Para trabajar la prevención del sobrepeso y la obesidad, el/la psicólogo/a introducirá los principales factores que influyen en la ganancia de peso, esto es, la alimentación, el sueño, la actividad física y el estrés. Se animará a los participantes a reflexionar y compartir con el grupo cómo creen que cada uno de estos factores puede afectar al peso corporal. El profesional irá anotando en la pizarra las ideas que vayan surgiendo, añadiendo cualquier información que pueda faltar. Si bien los cuatro factores son importantes para el control del peso, los aspectos relacionados con la alimentación, la actividad física y el estrés se trabajarán en mayor profundidad en módulos posteriores del programa. Por ello, en esta sesión nos centraremos en el sueño, ya que desempeña un papel fundamental en la regulación del peso corporal. Una calidad adecuada de sueño favorece el equilibrio hormonal, la regulación del apetito y el metabolismo, ayudando así a mantener un peso saludable (Escobar et al., 2013). En relación con esto, se explicarán las pautas básicas de higiene del sueño, como la importancia de mantener una rutina de sueño estable o evitar el consumo de estimulantes o pantallas antes de dormir (*Anexo 9*).

A continuación, se llevará a cabo un ejercicio de autorreflexión en la que cada participante deberá contestar a las siguientes preguntas en su cuaderno:

- ¿Cuántas horas duermo aproximadamente cada noche?
- ¿Me siento descansado/a y con energía cuando me despierto?
- ¿Tengo dificultades para conciliar el sueño o mantenerlo durante la noche?
- ¿Hay factores como la ansiedad, el estrés o la cafeína que afectan a mi descanso?
- De acuerdo con las pautas de higiene del sueño, ¿qué cambios podría hacer en mi rutina para mejorar la calidad de mi descanso?

Después de que los usuarios hayan reflexionado individualmente, el psicólogo/a facilitará una discusión grupal donde cada participante podrá compartir lo que escribió.

Como tarea para casa, deberán escribir un compromiso personal en el que señalen una o dos acciones que planean implementar para mejorar su descanso.

Sesión 2 del módulo 2. Introducción a una alimentación saludable y equilibrada

La segunda sesión del Módulo 2 tiene como objetivo principal que los participantes conozcan los principios de una alimentación equilibrada, así como desmentir creencias erróneas sobre la alimentación. Para ello, el/la psicólogo/a hará una breve introducción al tema principal, destacando la importancia de llevar una alimentación equilibrada para la salud física y mental. Comentará cómo el seguimiento de una dieta variada, que cubra nuestras necesidades nutricionales y energéticas, puede ayudar a nuestro cuerpo y nuestro cerebro a funcionar de manera óptima, así como a mejorar nuestro estado de ánimo y aportarnos la energía necesaria para afrontar el día a día. Además, explicará que llevar una alimentación equilibrada ayuda a prevenir la obesidad y las enfermedades físicas crónicas que esta tiene asociadas (diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, etc.) (Corio y Arbonés, 2009).

Previo a la impartición de los contenidos teóricos, se llevará a cabo una dinámica interactiva sobre mitos de la alimentación, que tendrá como objetivo desmentir algunas creencias populares comunes sobre lo que es, o no, una alimentación saludable. Para ello, emplearemos la herramienta “Kahoot”, un cuestionario interactivo donde los usuarios deberán, a través de sus teléfonos móviles, contestar a diferentes preguntas en formato verdadero o falso. Las preguntas incluidas en el Kahoot “¿Mito o realidad?” pueden ser consultadas en el *Anexo 9*, además del enlace al recurso digital. Al finalizar el cuestionario, se abrirá un espacio de reflexión en el que comentar las respuestas correctas e incorrectas. En este momento, el profesional a cargo deberá recalcar la importancia de desmentir mitos y contrastar la información relativa a las pautas de alimentación, con el fin de poder tomar decisiones informadas.

Una vez finalizada la dinámica, se dará paso a la explicación del contenido teórico. Para ello, el/ la psicólogo/a se apoyará en una presentación digital en la que se expondrán, de manera interactiva y dinámica, los puntos clave a tratar durante la sesión (*Anexo 10*). La exposición finaliza con la explicación del “plato saludable” (Harvard, 2011). En base a este, se llevará a cabo la dinámica “Crear tu Plato Saludable”, para la cual los participantes deberán dibujar un plato en una hoja en blanco y, con recortes de alimentos facilitados por el profesional, crear su propio plato, eligiendo alimentos de cada grupo en las proporciones adecuadas. Cuando todos hayan terminado, cada usuario compartirá el suyo y explicará por qué ha elegido esos alimentos. Se dará feedback de la ejecución.

Como tarea para casa, se invitará a los participantes a reflexionar sobre sus hábitos alimenticios actuales y a pensar en una comida que puedan mejorar para que sea más equilibrada, basándose en lo aprendido durante la sesión.

Sesión 3 del módulo 2. Planificación de menús equilibrados

La tercera sesión del Módulo 2 tiene como objetivo ayudar a los participantes a planificar menús semanales que cubran sus necesidades nutricionales, teniendo en cuenta sus preferencias y posibles restricciones alimentarias. Al inicio de la sesión, el/la psicólogo/a realizará un breve resumen de los conceptos clave trabajados en la última sesión. Este repaso tiene como objetivo principal refrescar los aprendizajes previos y asegurar que los participantes tengan a su disposición la información necesaria para llevar a cabo la actividad de la sesión actual.

Una vez recordadas las bases de una alimentación variada y equilibrada, se procederá a realizar una dinámica titulada “Elaborando un menú variado y equilibrado”. Para ello, se proyectará en la pantalla una “Tabla de planificación del menú semanal equilibrado” (*Anexo 10*), en la que se detallan los grupos de alimentos que sería conveniente que estuviesen presentes en la comida y la cena de cada día de la semana. Por parejas, los participantes deberán planificar el menú de un día de la semana, eligiendo los alimentos que más le gusten de los grupos propuestos. Posteriormente, cada grupo deberá presentar el menú que ha elaborado, explicando sus elecciones. El profesional deberá revisar que las propuestas de menú sean variadas y equilibradas, proporcionando feedback constructivo y proponiendo modificaciones en caso de ser necesario.

Finalmente, se llevará a cabo una discusión grupal sobre la importancia de planificar las comidas (algunas ideas a tratar podrían ser: facilita que se tomen decisiones más saludables y evita las elecciones impulsivas; además, la organización de las comidas y las compras permite ahorrar tiempo y dinero). Esta reflexión servirá como enlace con la siguiente actividad “Planificación de mi menú semanal”.

Un menú semanal debe ser, además de variado y equilibrado, flexible, es decir, debe adaptarse a las preferencias personales, necesidades específicas y posibles restricciones nutricionales de cada individuo (Corio y Arbonés, 2009).

En este taller, los participantes trabajarán de manera individual utilizando una plantilla que les proporcionará el profesional a cargo (*Anexo 12*) para planificar su menú semanal. El/la psicólogo/a guiará a los participantes en la elaboración de sus menús semanales, asegurándose de que incluyan una variedad adecuada de alimentos de todos los grupos

nutricionales. A lo largo de la actividad, se les darán pautas y recomendaciones sobre cómo llevar una alimentación equilibrada y adaptada a sus necesidades. Además, se les proporcionará una lista de frutas y verduras de temporada (*Anexo 13*) para que puedan incorporar en sus menús alimentos frescos disponibles en su entorno.

Como tarea para la próxima sesión, los participantes deberán intentar seguir el menú diseñado durante la actividad, y detectar y apuntar posibles dificultades.

Sesión 4 del módulo 2. Hacer la compra de forma saludable

La cuarta sesión del Módulo 2 tiene como objetivo principal enseñar estrategias a los participantes para hacer compras conscientes y equilibradas, facilitando la toma de decisiones informada que apoyen un estilo de vida saludable. El profesional a cargo comenzará la sesión explicando el contenido teórico a abordar durante la misma, destacando la importancia que tiene conocer la composición de los alimentos que incluimos en nuestra compra para nuestra salud y bienestar. Se explicará la diferencia entre alimentos procesados (aquellos que han sido modificados de su forma original, pero sin que se les añadan ingredientes artificiales o químicos) y ultraprocesados (productos que han pasado por procesos industriales complejos y contienen ingredientes artificiales como saborizantes, colorantes, conservantes, emulsionantes, edulcorantes y otros aditivos), haciendo especial hincapié en que estos últimos han sido diseñados para ser más sabrosos, duraderos y, en muchos casos, económicos, pero a costa de la calidad nutricional (Lane et al., 2024).

Aprender a interpretar las etiquetas nutricionales es fundamental para realizar elecciones informadas y elegir productos que realmente favorezcan una alimentación saludable. Estas etiquetas proporcionan información valiosa sobre los ingredientes, los nutrientes y otros aspectos de los productos que compramos. Según Mosquera (2010), los elementos clave para leer correctamente una etiqueta son los siguientes:

- **Porción:** Es fundamental identificar cuántas porciones contiene el envase y cuál es el tamaño de cada porción. Muchas veces, un solo paquete puede contener más de una porción, lo que puede llevarnos a consumir más cantidad de lo esperado.
- **Ingredientes:**
 - Aparecen de mayor a menor, según la cantidad que contenga el producto.
 - Los productos más saludables suelen tener menos ingredientes, ya que están más cerca de la forma natural del alimento.

-
- Los aditivos artificiales, como colorantes, saborizantes y conservantes no suelen ser ideales para una alimentación saludable. Aparecen con nombres complejos o químicos en la lista.
 - Sucede algo similar con los azúcares añadidos: pueden aparecer con distinto nombre (jarabe de maíz, fructosa, dextrosa, maltosa, sacarosa, etc.). Es recomendable limitar su presencia en la alimentación.
 - Valores nutricionales:
 - Valor energético (Kcal): Energía que te proporciona una porción del producto (generalmente 100g o 100ml). Un producto se considera calórico cuando aporta más de 100Kcal/100g. No obstante, un menor número de calorías no tiene por qué significar que este sea más saludable. Es importante valorar la calidad del producto y los nutrientes que aporta.
 - Grasas: Se especifica la cantidad total de grasas, desglosada en grasas saturadas, grasas trans y, en algunos casos, grasas insaturadas. Es importante reducir el consumo de grasas saturadas y trans, ya que se asocian con enfermedades cardiovasculares. Un producto se considera bajo en grasas si contiene menos de 3g por cada 100g.
 - Carbohidratos o Hidratos de Carbono: Incluye los carbohidratos totales, y los azúcares, naturales y añadidos. Un producto de buena calidad no contiene más de 5g de azúcares añadidos por cada 100g.
 - Proteínas: Son necesarias para el crecimiento y reparación de los tejidos del cuerpo. Pueden ser de origen animal o vegetal.
 - Fibra: La fibra es importante para la salud digestiva y ayuda a regular el azúcar en la sangre. Se recomienda consumir al menos 25-30g de fibra al día. Un producto es fuente de fibra si contiene más de 3g por cada 100g.
 - Sal: El exceso de sal (sodio) puede aumentar la presión arterial y contribuir a problemas cardiovasculares. Un producto suele ser alto en sal si contiene más de 1,25g por cada 100g.

La explicación teórica se complementará con una actividad práctica en la que se proyectarán diferentes etiquetas nutricionales de productos comunes, como cereales, yogur y snacks, para que los participantes las analicen, comparen y discutan en grupo. El objetivo es aprender a identificar la información clave y entender cómo saber si un producto es adecuado para el mantenimiento de una alimentación saludable. En el *Anexo 14* se pueden consultar algunos ejemplos de etiquetas nutricionales a analizar.

A continuación, el/la psicólogo/a introducirá una serie de estrategias para evitar las compras impulsivas. Estas pueden suponer un desafío importante para quienes desean llevar una alimentación saludable. Nuestro entorno está lleno de publicidad y productos altamente tentadores pero poco nutritivos, por lo que evitar estas compras puede marcar la diferencia entre una dieta equilibrada y una poco nutritiva. Una de las estrategias clave para evitar las compras impulsivas es planificar lo que se va a comprar. Esto implica hacer una lista de lo que realmente se necesita y ceñirse estrictamente a ella. La lista debe basarse en las comidas planificadas para la semana y debe incluir solo lo esencial, evitando lo que normalmente compramos “por si acaso”. Además, debería incluir alimentos frescos y de temporada, ya que estos ofrecen un mayor valor nutricional y son más saludables que los ultraprocesados.

Para poner en práctica estas recomendaciones, se llevará a cabo una dinámica en la que los participantes deberán elaborar su propia lista de la compra, basándose en el menú semanal que elaboraron en la sesión anterior. Para ello, tendrán unos minutos para revisar el menú que planificaron. Luego, deberán identificar los ingredientes necesarios para preparar las comidas del menú. Estos ingredientes se organizarán por categorías (frutas, verduras, carnes, lácteos, etc.) para facilitar la compra en el supermercado. Una vez todos los usuarios hayan terminado sus listas, se dará lugar a una discusión grupal en la que se revisarán las listas de la compra elaboradas, y se comentarán las dificultades que hayan podido surgir durante la elaboración.

Al final de la sesión, se invitará a los participantes a compartir un "compromiso saludable", una acción específica que implementarán en su próxima compra, como leer las etiquetas o hacer una lista de la compra basada en un menú planificado.

Sesión 5 del módulo 2: Reconociendo las señales de hambre y saciedad

La quinta sesión del Módulo 2 tiene como objetivo generar conciencia sobre las señales fisiológicas de hambre y saciedad, con el fin de prevenir el comer emocional y promover una relación saludable con la comida. Para ello, el/la psicólogo/a comenzará la explicación abordando la diferencia entre el hambre fisiológica (o real) y el hambre emocional. Para ello, se basará en la información recopilada en el libro *Psiconutrición: Aprende a tener una relación sana con la comida* (2019), de la dietista-nutricionista y doctora en bioquímica Griselda Herrero, y la Psicóloga General Sanitaria Cristina Andrades. Estas autoras señalan que el hambre fisiológica es el hambre natural, que responde a una necesidad biológica del cuerpo para reponer energía. Se caracteriza por

una sensación gradual de vacío en el estómago, ruidos estomacales, falta de concentración y fatiga. Suele ser más controlable, ya que se alivia comiendo alimentos variados, y la sensación de hambre desaparece después de realizar una comida lo suficientemente completa para las necesidades nutricionales de la persona en particular. En cambio, el hambre emocional no responde a ninguna necesidad fisiológica, sino a un deseo de “llenar” vacíos emocionales como el estrés, la ansiedad, la tristeza o el aburrimiento. Se manifiesta como una “necesidad” repentina y urgente de comer ciertos tipos de alimentos, generalmente aquellos ricos en azúcares, grasas o sal, ya que proporcionan al cuerpo una gratificación inmediata. Este tipo de hambre es impulsiva y no sigue un patrón físico de saciedad, lo que puede llevar a comer en exceso y sentirse culpable tras la ingesta. Para complementar la explicación, el/la psicólogo/a puede dividir la pizarra en dos: “Hambre fisiológica” y “Hambre emocional”, e ir apuntando en cada columna las características propias de cada tipo de hambre. De este modo, los participantes podrán ver las diferencias de forma clara y visual, facilitando su comprensión y ayudándoles a identificar mejor las señales de hambre en su vida diaria. Posteriormente, el profesional explicará cómo trabajar el reconocimiento de las señales de saciedad, para que los participantes aprendan a identificar cuándo han comido suficiente y puedan evitar comer en exceso.

Para ello, es necesario prestar atención a las señales físicas que surgen mientras comemos. El cuerpo tiene mecanismos que nos indican cuando hemos alcanzado la saciedad, como la sensación de estar lleno. Prestar atención a estas señales permite identificar el momento en que ya hemos comido suficiente, evitando seguir comiendo por impulso. Una técnica de gran utilidad para esto es el “mindful eating” o “comer con atención plena”. Este enfoque consiste en prestar atención a la experiencia de comer, desde la preparación del alimento, la apariencia, los olores, las texturas y los sabores, hasta las señales físicas de hambre y saciedad. Esa técnica nos ayuda a tomar decisiones más conscientes sobre el qué, cómo y por qué comemos. Para ello, debemos comer sin prisas, en un lugar tranquilo sin muchas distracciones, prestando atención al efecto que tiene la comida sobre los sentidos, y observando las sensaciones físicas y emocionales en respuesta a la ingesta. El objetivo de esta técnica es aprender a reconocer cuándo estamos realmente disfrutando la comida y cuándo ya hemos tenido suficiente (Andrades y Herrero, 2019; Warren et al., 2017).

Una vez explicada la técnica, se llevará a cabo una demostración práctica. Se proporcionará a cada participante un alimento pequeño, como una mandarina. A continuación, se les pedirá que cierren los ojos y aprecien detenidamente detalles como

la forma, la textura, el tamaño y el aroma de la fruta, animándolos a explorarla de forma consciente, como si fuera algo completamente nuevo. Luego, se les pedirá que pelen la cáscara de la mandarina, cojan un gajo y lo introduzcan en la boca, masticándolo lentamente. Deberán prestar atención a la sensación del alimento en su boca, los sabores, las texturas y cómo cambian a medida que lo mastican, centrándose en la experiencia.

Tras unos minutos, se les animará a reflexionar sobre la actividad. Algunas preguntas que pueden guiar la reflexión podrían ser: ¿Cómo se sintieron al comer de esta manera? ¿Notaron alguna señal de saciedad antes de terminar el alimento? ¿En qué momento sintieron que ya habían comido suficiente? ¿Hubo momentos en los que pensaron en comer más, pero no por hambre física? ¿Qué emociones experimentaron durante el ejercicio?

Como tarea para casa, se pedirá a los participantes que identifiquen y registren las situaciones que, durante el período entre sesiones, hayan dificultado su adherencia a una alimentación saludable, así como las estrategias que han utilizado para afrontarlas.

Sesión 6 del módulo 2. Identificación y superación de barreras psicológicas y sociales

La sexta sesión del Módulo 2 tiene como objetivo principal identificar las barreras psicológicas y sociales que afectan al mantenimiento de una alimentación saludable, y explorar estrategias prácticas para superarlas o aliviarlas. Para ello, se enlazará la revisión de la tarea para casa propuesta en la última sesión con la introducción del tema del día: Barreras psicológicas y sociales que dificultan la adherencia a una alimentación saludable. El/la psicólogo/a comenzará la sesión haciendo referencia a cómo nuestra alimentación en muchas ocasiones no depende exclusivamente de lo que comemos, sino que se ve influida por nuestras emociones y nuestro entorno. A continuación, pedirá a los participantes que comenten qué situaciones de la última semana interfirieron con su proceso de adoptar hábitos alimentarios más saludables, y las irá apuntando en la pizarra, clasificándolas en psicológicas y sociales. Una vez todos los participantes hayan aportado sus experiencias, se dará paso a una lluvia de ideas en la que podrán señalar otras situaciones que no se hayan mencionado pero que crean, ya sea por experiencias pasadas o porque sepan de alguien a quien le sucede, que puede afectar al mantenimiento de una alimentación equilibrada. En caso de que los participantes omitan alguna situación que el profesional considere relevante, este puede complementar la lista.

Posteriormente, el/la psicólogo/a formulará una pregunta abierta del tipo “¿qué soléis hacer para manejar estas situaciones?”, con el fin de dar lugar a una discusión

grupal en la que los participantes compartan con sus compañeros las estrategias que les resultan de más utilidad, o detectar estrategias poco efectivas que necesiten ser modificadas. Esta conversación permitirá a cada persona reflexionar sobre sus propias respuestas ante el estrés, la ansiedad o las presiones sociales en relación con la alimentación. El profesional irá apuntando las estrategias y soluciones propuestas por los usuarios en la pizarra, para que sean accesibles para todos.

Para fomentar la propuesta de soluciones creativas, el/la psicólogo/a llevará a cabo una dinámica grupal de solución de problemas. En esta actividad, el profesional seleccionará una o dos situaciones comunes que suelen interferir en la adherencia a hábitos alimentarios saludables (p.ej. “los hábitos alimentarios de mi familia no son saludables” o “mis amigos siempre quedan para comer fuera de casa”). A continuación, pedirá a los participantes que piensen en estrategias o soluciones que les podrían ayudar a superar o aliviar estas barreras. El objetivo es que, a través del intercambio de ideas, cada persona pueda encontrar estrategias que se ajusten a sus circunstancias personales y, además, puedan coger ideas de las soluciones propuestas por otros miembros del grupo. Una vez que se haya completado la lluvia de ideas, se procederá a una discusión grupal en la que los participantes podrán analizar las propuestas y debatir sobre cuáles consideran que son las más eficaces. Finalmente, se votará la estrategia que consideren más adecuada para abordar cada una de las barreras planteadas.

Para finalizar la sesión, el/la psicólogo/a enseñará a los participantes cómo realizar la técnica de relajación de la respiración diafragmática, con el objetivo de proporcionarles una herramienta adicional que puedan utilizar cuando enfrenten situaciones que dificulten su adherencia a hábitos saludables, especialmente aquellas de naturaleza psicológica, como la ansiedad, el estrés o el aburrimiento. La respiración diafragmática es una técnica de relajación profunda que permite activar el sistema nervioso parasimpático, el cual reduce la respuesta de lucha o huida asociada al estrés, promoviendo una sensación de calma y bienestar. El profesional explicará los beneficios de esta técnica, destacando cómo la respiración controlada puede ayudar a disminuir la tensión emocional y física (Hopper et al., 2019). A continuación, guiará a los participantes a través de una práctica dirigida, asegurándose de que comprenden los pasos básicos: inhalar lentamente por la nariz, expandiendo el abdomen (no el pecho), sostener el aire por unos segundos y luego exhalar suavemente por la boca. Se les animará a realizar esta respiración de manera profunda y pausada, repitiéndola varias veces hasta que experimenten una sensación de relajación. Los participantes podrán aplicar esta técnica cuando se enfrenten a situaciones

estresantes, como las presiones sociales o las emociones difíciles relacionadas con la comida, como una forma de centrarse y evitar la toma de decisiones impulsiva.

Como tarea para casa, se animará a los participantes a practicar esta técnica e integrarla en su rutina diaria.

Módulo 3. Promoción de la actividad física adaptada

Sesión 1 del módulo 3. Introducción a la actividad física adaptada

La primera sesión del Módulo 3 tiene como objetivo informar a los participantes acerca de los beneficios de la actividad física sobre la salud, con el propósito de motivarlos a incorporarla en su vida diaria. Al inicio de la sesión, el/la psicólogo/a introducirá brevemente los contenidos del módulo, así como su propósito principal. Podrá aprovechar este momento para preguntar a los participantes qué esperan aprender en este módulo, y qué tipo de actividad física les gustaría explorar. Esta información le resultará de utilidad para adaptar las siguientes sesiones a los intereses y expectativas del grupo, asegurándose de que el contenido a trabajar sea relevante y motivador. Posteriormente, el profesional presentará el tema de la sesión: Efectos positivos de la actividad física en la salud física y mental. Para facilitar la explicación del contenido teórico, se utilizará una presentación digital interactiva (ver *Anexo 15*).

Antes de comenzar a exponer el material, se animará a los participantes a reflexionar sobre el tema, preguntándoles qué beneficios creen que tiene la actividad física sobre la salud física y emocional de las personas. El profesional utilizará las respuestas de los participantes para introducir el contenido teórico de manera progresiva, conectando las explicaciones con las experiencias de los usuarios. Este enfoque interactivo pretende facilitar la comprensión de los contenidos y ayudar a los participantes a integrar la información.

A continuación, se propiciará una discusión grupal sobre las propias experiencias y conocimientos que los usuarios tienen con respecto al tema. El/la psicólogo/a puede comenzar preguntando al grupo acerca de los tipos de actividad física que conocen. Durante esta puesta en común, el profesional aprovechará para aclarar la diferencia entre “actividad física” y “ejercicio físico”, destacando que, aunque ambos conceptos están relacionados, no hacen referencia exactamente a lo mismo.

Según la OMS (2024), la actividad física engloba cualquier tipo de movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que incremente el gasto energético, como caminar, subir escaleras, bailar, o incluso realizar actividades cotidianas como ir a

comprar o hacer jardinería. La actividad física no tiene por qué ser planificada ni estructurada. Por su parte, el ejercicio físico es un tipo específico de actividad física que se realiza de forma intencional, planificada y con el propósito de mejorar o mantener la condición física. Algunos ejemplos son correr, nadar, levantar pesas, practicar yoga u otro deporte (Aznar y Webster, 2006). Es importante destacar que todas las formas de actividad física, sean de mayor o menor intensidad, reportan beneficios para la salud. Da igual si se trata de un paseo o de una sesión de ejercicio intenso: lo importante es que el cuerpo se mantenga en movimiento.

A continuación, el/la psicólogo/a puede preguntar a los participantes: “¿Qué tipo de actividad física realizáis de forma habitual?”, invitándolos a reflexionar sobre su propio nivel de actividad física. Para facilitar esta reflexión, se llevará a cabo una dinámica denominada “Mi Mapa de Movimientos”. De manera individual, los participantes deberán crear una representación gráfica que les permita visualizar las formas en que realizan actividad física en su vida diaria, así como les ayude a identificar en qué momentos del día podrían integrar más movimiento.

Cada participante recibirá una hoja tamaño DIN A3 y rotuladores de colores. En el centro de la hoja, deberá escribir su nombre y dibujar una silueta de su cuerpo. A partir de esta, deberán realizar un "mapa" de sus movimientos diarios. Para ello, tendrán que identificar las actividades físicas que realizan a lo largo del día, desde las más cotidianas (como caminar hasta el supermercado, subir escaleras, hacer tareas del hogar, etc.) hasta aquellas más estructuradas (por ejemplo, estiramientos matutinos, bailar, practicar deportes, etc.). Estos movimientos deberán ser representados gráficamente alrededor de su silueta, utilizando flechas, dibujos o símbolos.

Después de realizar el mapa, los participantes deberán reflexionar sobre los momentos del día en los que podrían incorporar más actividad física, identificando comportamientos sedentarios y pensando en cómo podrían modificarlos. Tendrán que escribir sus ideas en post-its y pegarlos alrededor de su mapa. Cuando todos hayan terminado, se llevará a cabo una puesta en común en la que cada uno compartirá con el grupo las actividades que ya realiza y las ideas que ha propuesto para incrementar su nivel de actividad física. Los compañeros podrán sugerir ideas, fomentando el aprendizaje colaborativo y la creatividad. Esta dinámica permitirá poner en perspectiva el punto de partida de los participantes respecto a la realización de actividad física, así como evaluar posibles áreas de mejora en su rutina diaria. Esto les ayudará a establecer objetivos realistas y adaptados a sus capacidades y limitaciones.

Como tarea para la próxima sesión, se les pedirá que reflexionen y escriban sus metas personales respecto a la actividad física.

Sesión 2 del módulo 3. De la motivación al movimiento: Establecer objetivos realistas

La segunda sesión del Módulo 3 tiene como objetivo principal dotar a los participantes de las estrategias necesarias para superar las barreras internas y externas que dificultan la práctica regular de actividad física. El propósito es ayudarles a incrementar su motivación intrínseca y a establecer metas claras y alcanzables. Para ello, el/la psicólogo/a iniciará la sesión destacando cómo la motivación es un factor clave que nos impulsa a llevar a cabo aquello que nos proponemos. Explicará que la motivación es el motor que nos permite alcanzar nuestras metas y que, a menudo, es lo que nos permite superar los desafíos del día a día. Sin embargo, la motivación puede verse afectada por diferentes factores, tanto internos como externos. Comentaré que en muchas ocasiones existen barreras físicas, emocionales o sociales que interfieren con nuestra motivación y nos dificultan realizar aquello que deseamos, como mantenernos activos.

Posteriormente, se animará a los usuarios a participar en una lluvia de ideas para identificar las barreras que dificultan la realización de actividad física. Durante esta actividad, los participantes compartirán libremente las barreras que conocen, ya sea porque las han experimentado personalmente o porque han sido testigos de ellas en otras personas. El/la psicólogo/a las irá apuntando en la pizarra, clasificándolas en tres categorías: físicas, emocionales y sociales. Se animará a todos los usuarios a aportar sus ideas. Además, el profesional podrá sugerir otras si considera que alguna barrera relevante no ha sido mencionada. Una vez completada la lluvia de ideas, el/la psicólogo/a dividirá a los usuarios en tres grupos, asignando a cada uno una categoría de barreras (físicas, emocionales o sociales). Cada grupo recibirá una hoja de trabajo de solución de problemas (*Anexo 7*), en la que deberán pensar en estrategias y posibles soluciones para superar las barreras que les han sido asignadas. El propósito de esta actividad es que cada grupo piense en cómo las personas pueden afrontar esos desafíos y qué acciones pueden llevar a cabo para superar los obstáculos que puedan surgir.

Tras unos 15 minutos de trabajo grupal, cada grupo presentará sus soluciones y estrategias al resto de participantes. El profesional hará una breve recapitulación de las propuestas, apuntando las ideas clave en la pizarra. A continuación, se abrirá un espacio para que el resto de los participantes puedan aportar sus opiniones y sugerencias adicionales. La idea es que los usuarios se beneficien de las ideas y propuestas de sus

compañeros sobre lo que funciona mejor en diferentes situaciones. Para finalizar, el/la psicólogo/a lanzará una reflexión sobre cómo cada persona podría necesitar una estrategia diferente según su situación personal. Se hará hincapié en que no existe una solución única para todos los problemas, y que lo más importante es encontrar las estrategias que mejor se adapten a nosotros.

A continuación, el profesional explicará que una de las claves para mantener la motivación en cualquier proceso de cambio es establecer metas realistas. Cuando planteamos metas generales, estas suelen ser demasiado ambiciosas, por lo que pueden convertirse en un obstáculo, especialmente si no logramos alcanzarlas rápidamente. Este tipo de metas suelen estar alejadas de nuestro punto de partida, por lo que pueden generar frustración y desánimo cuando no se cumplen. Sin embargo, las metas progresivas y alcanzables, que están bien definidas, nos permiten avanzar paso a paso, lo que genera una sensación constante de éxito y refuerza nuestra motivación. El/la psicólogo/a explicará el concepto de Metas SMART (Doran, 1981), una técnica que ayuda a definir metas de manera efectiva, asegurando que sean claras, alcanzables y motivadoras. SMART, por sus siglas en inglés, es un acrónimo que significa:

- S (Específicas): La meta ha de ser clara y estar bien definida. Deben evitarse generalidades como “hacer ejercicio” y, en su lugar, optar por acciones concretas como “caminar 20 minutos al día”.
- M (Medibles): Se debe poder evaluar el progreso. Por ejemplo, “venir caminando al centro tres días por semana” es una meta que se puede medir.
- A (Alcanzables): La meta debe ser realista y ajustarse a las circunstancias del participante. No debe ser ni demasiado fácil ni fuera de sus posibilidades.
- R (Relevantes): La meta debe ser significativa e importante para los intereses y objetivos de la persona.
- T (Tiempo específico): Es importante fijar un plazo para alcanzar la meta.

La explicación de los criterios SMART podrá complementarse con algunos ejemplos de metas SMART relacionadas con la actividad física, como p.ej., “Caminar durante 20 minutos todos los días durante la próxima semana”. Más tarde, el/la psicólogo/a invitará a los participantes a revisar los objetivos personales que plantearon como tarea para casa la última sesión. A partir de esos objetivos, se les animará a reformular sus metas en formato SMART, siguiendo la estructura que se ha explicado. El profesional ayudará a los usuarios a ajustar sus metas para asegurarse de que cumplen con los criterios establecidos.

Para ayudar a los participantes a visualizar su progreso y mantener alta la motivación, se colgará en el aula una hoja de seguimiento con los nombres de los usuarios y una cuadrícula de casillas vacías a su lado. Cada vez que los participantes alcancen un objetivo intermedio, deberán marcar una de estas casillas con subrayador. Esta técnica de refuerzo positivo servirá para visualizar el progreso, celebrando los pequeños logros del camino. Cada casilla marcada será un recordatorio visual de los esfuerzos realizados, aumentando la sensación de éxito y la motivación.

Como tarea para casa, los participantes deberán intentar cumplir la meta formulada para la próxima semana.

Sesión 3 del módulo 3. Integración de la actividad física en la vida diaria

La tercera sesión del Módulo 3 tiene como objetivo principal integrar la actividad física como un hábito en la vida diaria de los participantes, ayudándoles a diseñar un plan de actividad física personalizado. La sesión comenzará, como de costumbre, con la revisión de la tarea para casa propuesta en la sesión anterior. Los participantes podrán compartir sus experiencias, y reflexionar sobre aspectos como: ¿han logrado alcanzar la meta que se propusieron? ¿Han realizado cambios a mayores? ¿Qué aspectos les han resultado más fáciles de incorporar y cuáles les han resultado más difíciles? ¿Han encontrado algún obstáculo que les haya dificultado o impedido cumplir su objetivo? Esta revisión servirá como puente hacia el tema de la sesión: la integración de la actividad física en la rutina diaria. Al reflexionar sobre sus experiencias, los participantes podrán tomar conciencia de su punto de partida, lo que facilitará la planificación de actividades físicas que se adecúen a sus capacidades y limitaciones.

A continuación, los participantes deberán elaborar un plan de actividad física personalizado, que se ajuste a sus necesidades, características y metas personales. El/la psicólogo/a explicará la importancia de elaborar un plan realista y flexible, que se adapte tanto a la rutina diaria de cada persona como a sus preferencias y limitaciones de salud. El plan deberá incluir metas a corto plazo que sean específicas, medibles, alcanzables, relevantes y que respondan a un criterio temporal (metas SMART), tal como se explicó en la sesión anterior. Estas metas a corto plazo actuarán como escalones intermedios hacia metas a largo plazo o metas finales, que marcarán los objetivos globales del proceso.

Para ello, los participantes se ayudarán de la representación gráfica que realizaron durante la dinámica "Mi Mapa de Movimientos", llevada a cabo en la primera sesión del módulo. Deberán identificar momentos en su rutina diaria en los que puedan incorporar

más actividad física, ya sea realizando ejercicios estructurados, practicando deportes o simplemente incrementando el nivel de actividad en las tareas cotidianas. Es importante que cada participante tenga en cuenta sus capacidades físicas y sus limitaciones a la hora de elegir qué actividades desea incluir en su plan. Este deberá contener los días de la semana en los que pueden realizar actividad física, así como la duración de esta.

Este plan será revisado mensualmente para evaluar los avances y realizar los ajustes necesarios. A medida que los participantes vayan progresando en el proceso de integración de la actividad física en su rutina diaria, será necesario adaptar el plan a sus nuevos logros, desafíos o necesidades. En el *Anexo 16* se incluye un ejemplo de plantilla de Plan de Actividad Física que puede ser entregada a los participantes para orientarles en la elaboración de su plan.

Para facilitar la implementación de las actividades propuestas en el plan de actividad física individual, se explicará a los participantes cómo pueden emplear distintas estrategias de recordatorios que les ayuden a cumplir sus metas diarias. Una opción práctica es colocar post-its en lugares visibles, como en el espejo del baño, la nevera o la puerta de salida, que actúen como recordatorios visuales para realizar la actividad física programada. Otra estrategia de utilidad es la programación de alarmas o notificaciones en el teléfono móvil, que puedan servir como recordatorio de la hora a la que deben comenzar una actividad física específica. Asimismo, existen diversas aplicaciones móviles (como Google Fit o Activity [en Apple Watch] diseñadas para fomentar el ejercicio, las cuales pueden enviar notificaciones regulares o monitorizar el progreso.

Como tarea para casa, los participantes deberán implementar el plan de actividad físico diseñado y detectar posibles dificultades que puedan surgir en su ejecución.

Sesión 4 del módulo 3. Percepción de autoeficacia y bienestar general

La última sesión del Módulo 3 tiene como objetivo trabajar la percepción de autoeficacia de los participantes, abordando las dificultades que hayan podido encontrar al incorporar la actividad física en su vida diaria. Para ello, el/la psicólogo/a comenzará invitando a los usuarios a compartir, de manera voluntaria, cómo se han sentido desde que comenzaron a incorporar la actividad física en su día a día. Se comentarán los cambios tanto físicos como emocionales que han experimentado, así como las dificultades que han encontrado para mantener la rutina y la motivación. A continuación, se recordarán las posibles soluciones que surgieron en la segunda sesión del módulo para manejar los obstáculos detectados.

Posteriormente, se profundizará en las barreras de naturaleza psicológica que pueden estar impidiendo sus avances, como pueden ser una baja percepción de autoeficacia o los pensamientos automáticos negativos. Una baja percepción de autoeficacia (Bandura, 1997) puede hacer que los participantes duden de sus capacidades, generando una especie de "profecía autocumplida" (Merton, 1948) en la que, al no creerse capaces de realizar ejercicio físico, los participantes abandonan la actividad antes de ver resultados. Por su parte, los pensamientos negativos son evaluaciones rápidas y automáticas que surgen en nuestra mente, a menudo de manera irracional o distorsionada. Estos pensamientos pueden resultar muy desmotivadores y, en muchos casos, conducir a la procrastinación o al autosabotaje (Hollon y Beck, 1979). Para abordar las barreras psicológicas, se llevará a cabo un ejercicio de reestructuración cognitiva grupal. Se pedirá a los participantes que escriban en una hoja los pensamientos intrusivos que tienen en relación con la actividad física. A continuación, se abrirá un espacio para que, de forma voluntaria, compartan sus pensamientos con el grupo. Con cada pensamiento, se animará a los demás participantes a ofrecer argumentos racionales que lo refuten o a proponer pensamientos alternativos que les permitan enfrentar esos miedos y limitaciones, favoreciendo una visión más positiva y constructiva sobre su capacidad para realizar actividad física. Esta dinámica pretende cambiar la mentalidad de los participantes hacia una perspectiva más positiva y realista, fortaleciendo su percepción de autoeficacia.

La sesión concluirá con una reflexión sobre la importancia de lo que nos decimos a nosotros mismos en relación con nuestras acciones. Se invitará a los usuarios a escribir en un post-it una afirmación positiva relacionada con su capacidad para realizar actividad física y a colocarla en un lugar visible, con el fin de reforzar su autoeficacia diariamente.

Como tarea para la casa, los participantes deberán identificar y anotar los pensamientos intrusivos que surjan a lo largo de la semana en relación con el mantenimiento de hábitos saludables, e intentar refutarlos. Para facilitar este proceso, se les proporcionará un autorregistro de pensamientos negativos (*Anexo 17*).

Módulo 4. Apoyo psicológico y social

Sesión 1 del módulo 4. Tomando el control: Preparación para la autonomía

La primera sesión del Módulo 4 tiene como objetivo principal fomentar la autonomía en el mantenimiento de hábitos saludables, por medio de una reflexión sobre los avances alcanzados y la identificación de áreas de mejora personal.

Al inicio de la sesión, el/la psicólogo/a presentará el nuevo módulo, destacando que se trata del último del programa antes de las sesiones de seguimiento. El objetivo principal de este módulo es brindar apoyo en la consolidación de los hábitos saludables adquiridos, fomentando la autonomía y ofreciendo acompañamiento frente a las dificultades que puedan surgir. A lo largo de las sesiones, nos centraremos en fortalecer la confianza en las propias capacidades y en proporcionar estrategias para gestionar los desafíos de manera independiente, con el fin de que se sientan preparados para mantener sus nuevos hábitos de salud una vez que el programa haya finalizado.

Para ello, se llevará a cabo una dinámica titulada “Mi viaje hacia la salud: Logros, Aprendizajes y Metas”. Este ejercicio tiene como objetivo fomentar la reflexión sobre los avances realizados durante el programa, reconociendo tanto los logros como los desafíos a los que han hecho frente, con el fin de reforzar su autoeficacia y motivación. Cada participante recibirá una hoja de papel y bolígrafos o rotuladores. Se les pedirá que escriban el título de la actividad en la parte superior de la hoja y, a continuación, reflexionen de manera individual sobre las siguientes preguntas: 1) ¿Cuáles han sido los logros más importantes que he alcanzado durante el programa? 2) ¿Qué estrategias he aprendido que me han ayudado a alcanzar esos logros? 3) ¿Cuáles han sido los mayores desafíos que he enfrentado? 4) ¿En qué aspectos necesito seguir trabajando?

Una vez que los participantes hayan tenido tiempo para reflexionar de forma individual, se invitará a quienes lo deseen a compartir sus respuestas. Se fomentará una discusión grupal en la que se refuerce el sentido de autoeficacia de los participantes. Se les recordará que, aunque han recibido apoyo tanto de los profesionales como de sus compañeros a lo largo del programa, los logros alcanzados son el resultado de su propio esfuerzo y perseverancia. Es importante subrayar que ellos han sido los verdaderos agentes de su cambio, y que las estrategias aprendidas durante el programa han sido fundamentales, pero han sido sus decisiones y acciones las que les han permitido avanzar.

Durante la discusión, se abordará también el tema de la autonomía y la responsabilidad personal. Se destacará que, al finalizar el programa, aunque seguirán contando con el apoyo del equipo del CRPS y de sus compañeros, será crucial que asuman la responsabilidad en el mantenimiento de sus hábitos. Finalmente, en relación con este tema, se invitará a los participantes a reflexionar de forma individual sobre las áreas de su vida en las que son autónomos, y a pensar en cómo pueden aplicar esa misma autonomía al mantenimiento de sus hábitos saludables.

Como tarea para casa, deberán escribir sobre lo que les gustaría lograr en términos de autonomía una vez finalizado el programa, estableciendo metas personales para continuar con sus hábitos de manera independiente.

Sesión 2 del módulo 4. La ruta hacia el éxito: Cómo mantener los hábitos a largo plazo

La segunda sesión del Módulo 4 tiene como objetivo ayudar a los participantes a desarrollar un plan de acción que fomente la autonomía en el mantenimiento de los hábitos de vida saludables una vez finalizado el programa.

Durante la primera parte de la sesión nos centraremos en ayudar a los participantes a redefinir sus metas, para que estas se adapten al usuario una vez finalice el programa. Para ello, comenzaremos revisando la tarea para casa planteada en la sesión anterior, que consistía en reflexionar sobre cómo querían continuar con sus hábitos saludables una vez terminase el programa. Los participantes deberán reflexionar sobre las metas que escribieron en la tarea anterior, teniendo en cuenta los logros que han alcanzado hasta el momento y los desafíos que aún podrían enfrentar. Esta reflexión les permitirá ajustar sus metas de acuerdo con sus necesidades y circunstancias actuales. A continuación, se hará un breve repaso sobre las características de las metas SMART (Específicas, Medibles, Alcanzables, Relevantes y con un Tiempo determinado), explicadas en el módulo anterior. Posteriormente, se pedirá a los participantes que formulen y clasifiquen estas metas a corto (1-3 meses), medio (3-6 meses) y largo plazo (más de 6 meses).

Posteriormente, se animará a los usuarios a reflexionar y anotar los recursos internos y externos que pueden utilizar para mantener la adherencia a los hábitos saludables una vez finalizado el programa. Comenzarán identificando los recursos internos, como las cualidades personales que han desarrollado a lo largo del programa o las estrategias aprendidas para gestionar aspectos como los estados emocionales adversos, la alimentación y la actividad física. Luego, se les pedirá que identifiquen los recursos externos que tienen a su disposición, como su red de apoyo social, que incluye familiares, amigos, terapeutas y profesionales de la salud, así como las herramientas digitales o físicas que les ayudan a recordar y reforzar sus hábitos saludables.

Una vez que los participantes hayan reflexionado y anotado sus metas personales y los recursos disponibles, comenzarán a elaborar su plan de acción para el mantenimiento de hábitos saludables, utilizando la plantilla que les proporcionará el profesional (*Anexo 18*). Este plan será personalizado, e incluirá no solo los hábitos que desean seguir manteniendo, sino también las acciones concretas que llevarán a cabo para asegurar su

continuidad a largo plazo. Además, se les animará a apuntar qué recursos de los reconocidos previamente pueden utilizar para alcanzar cada uno de sus objetivos. El propósito de esta actividad es que cada participante elabore un plan realista, alcanzable y flexible que le permita mantener sus hábitos saludables de manera autónoma y sostenible una vez finalizado el programa.

Como tarea para casa se animará a los participantes a reflexionar y apuntar los obstáculos o situaciones que podrían dificultar el cumplimiento de su plan de acción.

Sesión 3 del módulo 4. Habilidades sociales y de afrontamiento

La tercera sesión del Módulo 4 tiene como objetivo principal promover el afrontamiento de situaciones sociales que puedan dificultar el mantenimiento de hábitos saludables por medio del entrenamiento en habilidades sociales.

Al inicio de la sesión, el/la psicólogo/a animará a los participantes a reflexionar sobre cómo nuestras relaciones interpersonales pueden influir de manera positiva o negativa en la adherencia a hábitos saludables. Se explicará que, mientras que el apoyo social puede facilitar la implementación y el mantenimiento de estos hábitos, las presiones sociales o influencias negativas pueden actuar como obstáculos.

A continuación, se destacará cómo las habilidades sociales) pueden ser una herramienta de gran utilidad para manejar estas situaciones. Concretamente, saber decir "no" y establecer límites son habilidades fundamentales para resistir presiones externas. El/la psicólogo/a explicará cómo ser asertivo/a, es decir, defender nuestros derechos a la vez que respetamos los de los demás, puede ayudarnos a evitar hacer cosas que no queremos. Esta reflexión servirá como base para introducir el contenido didáctico de la sesión, un taller de entrenamiento en habilidades sociales. Para su impartición, el profesional se apoyará en una presentación digital (ver *Anexo 19*) que servirá para guiar el desarrollo de la explicación.

Tras la explicación de los contenidos teóricos, se llevará a cabo una dinámica de role-playing en la que los participantes tendrán la oportunidad de poner en práctica las habilidades aprendidas. En esta actividad, los usuarios representarán situaciones de conflicto interpersonal en las que deban defender sus derechos y establecer límites. Para asegurar que la actividad sea relevante se invitará a los participantes a sugerir escenas basadas en situaciones reales que hayan vivido o que podrían enfrentar en su día a día. En caso de no haber sugerencias, el/la psicólogo/a llevará preparadas algunas situaciones comunes que pueden dificultar la adherencia a hábitos saludables. Se pedirán voluntarios

para interpretar las escenas. De no ofrecerse nadie, el profesional propondrá a los participantes. Durante cada representación, se buscará que los usuarios utilicen las técnicas que se han trabajado previamente. Al finalizar cada escena, se abrirá un espacio para que el resto de los compañeros y el/la psicólogo/a den feedback constructivo. De ser necesario, se podrá repetir la escena para incorporar las sugerencias y lograr una mejor ejecución de las habilidades.

Para finalizar, se llevará a cabo un breve repaso de las habilidades sociales y de afrontamiento trabajadas, destacando la importancia de ser asertivo y poner límites en nuestras relaciones interpersonales. Se animará a los participantes a poner en práctica las técnicas aprendidas en su vida diaria y comentar los resultados en la próxima sesión.

Sesión 4 del módulo 4. Prevención de recaídas en hábitos poco saludables

La cuarta sesión del Módulo 4 tiene como objetivo ayudar a los participantes a identificar posibles desencadenantes de recaídas en hábitos poco saludables y desarrollar planes de acción para prevenirlas. Al inicio de la sesión, el/la psicólogo/a introducirá el tema principal. Si bien la prevención de recaídas es una técnica que se utiliza principalmente en el tratamiento de conductas adictivas, sus principios y estrategias son aplicables a otros procesos de cambio de comportamiento, como la adopción de hábitos saludables (Head y Brookhart, 1997). La explicación didáctica abordará la diferencia entre "caída" y "recaída", destacando que una caída no necesariamente conduce a una recaída. Según Brownell et al. (1986) una caída es una interrupción puntual en el progreso hacia el mantenimiento de un comportamiento, que no implica necesariamente una pérdida total de control. Las caídas son parte del proceso, y pueden convertirse en oportunidades de aprendizaje. En cambio, una recaída es un retorno permanente a los hábitos previos que se trataban de modificar.

A continuación, el profesional explicará que existen señales que nos pueden ayudar a detectar cuándo estamos en riesgo de recaer en viejos hábitos, como situaciones emocionalmente complicadas (estrés, tristeza o ansiedad), cambios en la rutina diaria, o la exposición a tentaciones externas (eventos sociales, etc.). Se llevará a cabo una lluvia de ideas donde los participantes podrán sugerir, de manera colectiva, factores internos y externos que podrían desencadenar una recaída en sus hábitos anteriores. Durante esta actividad, el/la psicólogo/a guiará la conversación, animándolos a pensar en situaciones pasadas que hayan influido en su comportamiento y a reconocer patrones de riesgo. A medida que surjan las ideas, las irá apuntando en la pizarra para tener un registro visual

que ayude a la reflexión grupal. Este ejercicio tiene como propósito incrementar la consciencia respecto a las situaciones de riesgo personal, para que puedan anticiparse y realizar acciones para mantener sus hábitos saludables. En base a las ideas propuestas, se realizará un ejercicio grupal de resolución de problemas, en el que los participantes sugerirán posibles estrategias a aplicar frente a los desencadenantes identificados. Estas estrategias se anotarán en la pizarra junto a los desencadenantes correspondientes, creando así un registro visual que facilite su consulta y aplicación posterior.

A continuación, se llevará a cabo una dinámica en la que los usuarios tendrán la oportunidad de elaborar su propio Plan de Prevención de Recaídas personalizado. Para ello, se les entregará una plantilla estructurada para guiarlos en el proceso (ver *Anexo 20*). Este plan incluirá estrategias prácticas y adaptadas a cada situación, como técnicas de manejo del estrés, métodos de autocuidado o formas de pedir apoyo. El/la psicólogo/a proporcionará orientación durante el proceso, asegurándose de que los planes sean realistas, alcanzables y adecuados a las necesidades individuales de cada participante.

Una vez todos los participantes hayan terminado su plan, se llevará a cabo una pequeña reflexión a modo de cierre en la que se les recordará que esta es una herramienta que deben revisar y ajustar regularmente, en función de sus circunstancias vitales. Se hará hincapié en que, aunque puedan surgir desafíos, tienen las herramientas necesarias para enfrentarlos, lo que contribuirá a fortalecer su confianza en sus propias capacidades.

Como tarea para casa, se les pedirá que registren durante la semana cualquier situación o desencadenante que haya puesto a prueba su capacidad para mantener hábitos saludables, así como las acciones que llevaron a cabo para manejar esa situación.

Sesión 5 del módulo 4. Evaluando el progreso y preparándonos para el futuro

La última sesión del Módulo 4 tiene como objetivo fomentar el compromiso de los participantes con su plan de acción individual para mantener los hábitos saludables de forma autónoma. Al comenzar, se dedicará un espacio a reflexionar sobre los logros alcanzados durante del programa, así como las posibles áreas de mejora detectadas. Para ello, se llevará a cabo una dinámica titulada "El Árbol de los Logros", que es una adaptación de la técnica del árbol de la autoestima. Antes de empezar la actividad, el profesional colocará una hoja grande en la pared y dibujará un árbol con sus raíces, tronco, ramas y frutos. Las raíces representan las cualidades y habilidades que los participantes han desarrollado a lo largo el programa. Entre ellas, podemos incluir las habilidades de afrontamiento, la motivación o la percepción de autoeficacia. El tronco simboliza las

acciones concretas que los participantes han puesto en práctica para desarrollar y mantener sus hábitos de vida saludables. Las ramas reflejan las áreas de mejora. Por último, los frutos representan las metas a futuro que los usuarios quieren alcanzar. Para el desarrollo de la actividad, cada participante deberá reflexionar sobre su proceso de cambio y escribir en post-its de distintos colores sus aprendizajes, logros y metas. Cuando todos los participantes hayan colocado sus post-its en el árbol, se llevará a cabo una breve reflexión grupal. Se les animará a compartir un logro significativo que hayan alcanzado durante el programa, así como un desafío o área en la que aún quieran seguir trabajando. De esta manera, se pretende que los participantes reconozcan y celebren sus avances, a la vez que entiendan que los cambios de hábitos son un proceso continuo, y que requieren de esfuerzo y constancia para mantener sus logros a largo plazo.

A continuación, se llevará a cabo una revisión de los planes de acción individuales para garantizar que los usuarios tengan claros sus objetivos y las acciones a realizar para alcanzarlos. El propósito de esta revisión es que se sientan seguros de los pasos a seguir para mantener sus hábitos saludables, evidenciando los recursos (internos y externos) que tienen a su disposición para alcanzar sus metas.

Para terminar, el/la psicólogo/a realizará una reflexión en la que destacará que, aunque el programa ha sido un acompañamiento importante, cada participante tiene la capacidad y las herramientas necesarias para seguir adelante de forma autónoma. Como parte del cierre emocional y motivacional, se llevará a cabo una actividad simbólica, como puede ser la entrega de un diploma de finalización en el que se reconozca el esfuerzo y la dedicación de cada participante. Finalmente, se abrirá un espacio para que los usuarios compartan cómo se sienten al finalizar el programa, qué han aprendido a lo largo de las sesiones y cómo visualizan su vida a partir de ahora en relación con el mantenimiento de un estilo de vida saludable.

Evaluación de resultados

Los resultados del programa se evaluarán por medio de distintos indicadores agrupados en cuatro categorías: estado físico, hábitos de vida saludable, calidad de vida y mantenimiento de los cambios a medio-largo plazo.

En relación con el estado físico, el programa de prevención del sobrepeso y la obesidad será evaluado como exitoso en caso de darse una reducción o mantenimiento del peso corporal en parámetros saludables, medido a través del índice de masa corporal.

Respecto a los hábitos de vida saludable, se buscará una mejora significativa en los hábitos alimentarios de los participantes, medida a través del aumento de la puntuación inicial en el cuestionario MEDAS (Martínez-González et al., 2010), con un mayor consumo informado en los autorregistros de alimentos saludables como frutas, verduras y grasas saludables, y una reducción del consumo de alimentos ultraprocesados. Asimismo, se pretende encontrar un incremento significativo en los niveles de actividad física, evaluados por medio del IPAQ (Craig et al., 2003; adaptación española de Viñas et al., 2012), así como una reducción de los comportamientos sedentarios informados en los autorregistros de actividad física.

En cuanto a la evaluación de la calidad de vida, se valorará el efecto del programa mediante un incremento en las puntuaciones del SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992; adaptación española de Alonso et al., 1995), especialmente en las dimensiones de salud general, salud mental y vitalidad.

Finalmente, para comprobar la sostenibilidad de los resultados a largo plazo, se comprobará el mantenimiento de los resultados obtenidos desde la finalización de la fase de intervención, que serán comparados con los obtenidos durante y tras la finalización de la fase de seguimiento. Para que el programa sea considerado un éxito, se espera encontrar puntuaciones estables o una mejora progresiva en los resultados de los cuestionarios de los participantes, que reflejen una continuidad en los hábitos saludables adquiridos.

Para medir el grado de satisfacción de los participantes en relación con los distintos aspectos del programa se les administrará, una vez finalizada la fase de seguimiento, un cuestionario de satisfacción (ver *Anexo 21*). La información recogida en este servirá para identificar puntos fuertes y áreas de mejora, con el fin de adaptar la intervención a las necesidades de los participantes y mejorarla en futuras aplicaciones.

Discusión

La relevancia de la propuesta de intervención presentada radica en el alto riesgo que presentan las personas con esquizofrenia de desarrollar obesidad, así como las enfermedades físicas crónicas que esta lleva asociadas, como son la diabetes tipo 2 o la hipertensión (Allison et al., 2009; Green et al., 2000). Estas condiciones no sólo afectan a la calidad de vida de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, sino que también reducen su esperanza de vida hasta en veinte años (Vancampfort et al., 2013). La ganancia de peso en esta población está asociada a múltiples factores, siendo los más relevantes los efectos secundarios de los antipsicóticos, los estilos de vida sedentarios y las dietas poco saludables (Seeman, 2016).

Los estudios disponibles acerca de esta problemática se centran en el abordaje de la obesidad una vez que esta ya se ha desarrollado. Estos programas de intervención evidencian limitaciones importantes, principalmente en relación con el mantenimiento de los resultados a largo plazo. Es por esto por lo que diversos autores han señalado la necesidad de abordar este desafío de manera preventiva, ya que se ha identificado una ventana crítica en los primeros meses del tratamiento con antipsicóticos en la que el riesgo de aumento de peso es mayor (Agarwal et al., 2023; Allison et al., 2009; Álvarez-Jiménez, 2009). No obstante, al realizar la búsqueda bibliográfica para el desarrollo del presente trabajo tan sólo se encontró un estudio que evaluara la eficacia de un programa de prevención de la obesidad en personas con esquizofrenia. Esta escasez de investigación fue uno de los principales motivos por los que se optó por la realización del diseño de una propuesta de un programa de prevención que intentase superar las limitaciones previas.

Fortalezas

Una de las principales limitaciones detectadas en los estudios llevados a cabo en relación con esta problemática fue la dificultad para mantener los resultados a largo plazo. La corta duración de las intervenciones, que en muchos casos no superaban los tres meses, dificulta la consolidación de los hábitos adquiridos (Faulkner et al., 2003; Green et al., 2014). En respuesta a esta limitación, se ha diseñado un programa estructurado en dos fases, cada una de ellas con una duración de seis meses. Durante la fase de intervención se pretende abordar no solo aquellos aspectos relacionados con la alimentación y la actividad física, sino también con la psicoeducación y la adherencia a la medicación, y el

desarrollo de estrategias para el mantenimiento de los hábitos saludables adquiridos, incluida la prevención de recaídas. La segunda fase, de seguimiento, ha sido diseñada para brindar apoyo adicional a los participantes, ayudándoles a identificar y buscar posibles soluciones ante los desafíos que puedan surgir durante la consolidación de sus hábitos de vida saludable.

En segundo lugar, distintos autores identificaron la baja adherencia a las sesiones iniciales como una barrera recurrente en los programas de intervención (Green et al., 2014; Gudzone et al., 2023; Walburg et al., 2023). Para solventar esta limitación, se ha propuesto una sesión informativa previa al inicio del programa, en la que se explicarán los objetivos, contenidos y beneficios potenciales del programa a los potenciales participantes. Este primer encuentro busca generar expectativas realistas y aclarar posibles dudas, así como facilitar una mayor disposición al cambio y un mayor compromiso con el programa. Asimismo, la exploración de la disposición al cambio durante las sesiones de evaluación también favorece la personalización de la intervención, con el fin de aumentar la adherencia.

Otra de las características distintivas de este programa es que no se centra exclusivamente en el control del peso corporal, sino que pone el foco de la intervención en la adopción de hábitos de vida saludables. Este enfoque busca evitar la frustración que puede generar las fluctuaciones del peso, la cual ha sido causa de abandono en otros programas (Gudzune et al., 2023).

Finalmente, además de estar diseñado para tratar de solventar las limitaciones detectadas en estudios previos, el programa propuesto en este Trabajo de Fin de Máster responde a la necesidad de crear intervenciones coste-eficientes. Las sesiones diseñadas se adaptan a la estructura de trabajo de un CRPS. Además, los recursos necesarios para su implementación se encuentran disponibles en los centros, por lo que su puesta en marcha no supondría un gasto adicional. Por último, los beneficios potenciales son importantes: la prevención de enfermedades crónicas asociadas a la obesidad no solo mejora la calidad de vida y aumenta la esperanza de vida de las personas con esquizofrenia, sino que también reduce el gasto sanitario a largo plazo al prevenir la aparición de patologías físicas crónicas comórbidas.

Limitaciones

En cuanto a las posibles limitaciones identificadas durante el desarrollo del programa de prevención, destacan las siguientes:

En primer lugar, la dificultad que enfrentan las personas diagnosticadas de esquizofrenia para acceder de manera temprana a la atención en un centro de rehabilitación psicosocial, debido a la burocracia del proceso de solicitud de plaza y a las listas de espera posteriores. Concretamente, para solicitar plaza en un CRPS es necesario entregar una Hoja de Solicitud (*Anexo 22*), junto con un informe clínico del facultativo de referencia del Servicio de Psiquiatría, y un informe social. De acuerdo con la legislación vigente, la decisión pasará por una Comisión de Valoración que podrá aceptar o rechazar la petición. Una vez autorizada la plaza, será el CRPS el que se ponga en contacto con el usuario una vez se encuentre disponible una plaza. La duración aproximada del circuito de derivación puede ser de hasta seis meses/un año. Esta demora en el acceso a la atención puede dificultar la intervención durante el periodo crítico de intervención, interfiriendo en los resultados del programa.

Asimismo, la falta de adherencia inicial al recurso puede suponer un hándicap para el desarrollo efectivo del programa. Previo al diagnóstico, las personas con esquizofrenia suelen atravesar largos períodos de aislamiento social, por lo que la adopción de una rutina puede resultar difícil para ellos. Esta falta de consistencia en la adherencia al recurso puede interferir en los resultados del programa, al no dar continuidad a los contenidos impartidos durante el mismo.

Finalmente, la imposibilidad de poner en marcha el programa en un contexto real dificulta la comprobación de su eficacia y relevancia. En caso de implementación, sería necesario realizar una evaluación continua basada en los resultados obtenidos y la satisfacción de los participantes, con el fin de adaptar la intervención a las necesidades cambiantes y mejorarla en futuras aplicaciones.

Conclusiones

La obesidad es un problema de salud pública creciente, especialmente prevalente en personas diagnosticadas de esquizofrenia. Sus repercusiones van más allá de la salud física, afectando también a la salud mental de aquellos que la padecen. En esta población en particular, las altas tasas de sobrepeso y obesidad están asociadas, entre otros, con los efectos secundarios de la medicación antipsicótica. El tratamiento farmacológico, si bien esencial para el abordaje de los síntomas positivos del trastorno, implica numerosos efectos secundarios que afectan a la calidad de vida de los pacientes. Es por esto por lo que resulta de gran importancia que los planes de intervención planteados busquen, además de la ausencia de sintomatología productiva, la recuperación integral de la persona para que esta pueda llevar una vida plena. En esta línea, el presente Trabajo de Fin de Máster aboga por un enfoque integral en la atención a la salud de las personas con esquizofrenia, planteando un programa de prevención que combina el manejo de los síntomas clínicos con la atención a los efectos secundarios físicos de los tratamientos farmacológicos, con el fin de promover su bienestar físico y mental a largo plazo.

La puesta en marcha de programas como el propuesto en estas páginas, destinado a la prevención del sobrepeso y la obesidad y adaptado a las características específicas de las personas con TMG, podría suponer beneficios significativos tanto para los pacientes como para la sociedad. En lo relativo a la salud física de las personas con esquizofrenia, la prevención de la obesidad eliminaría el principal factor de riesgo modificable para diversas enfermedades crónicas, como son la diabetes tipo 2 y la hipertensión, responsables de algunas de las principales causas de muerte prematura en esta población. En lo que a salud mental se refiere, además de mejorar la calidad de vida, la prevención de la obesidad podría tener efectos sobre la integración social de las personas con esquizofrenia, mejorando su autoestima y reduciendo el estigma asociado a estos trastornos.

Asimismo, la implementación del presente programa resultaría sostenible a largo plazo. Su diseño se adapta al funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial existentes, por lo que su aplicación no supondría gastos adicionales en materiales o personal.

En conclusión, este programa tiene el potencial de mejorar la salud física y mental de las personas con esquizofrenia, al tiempo que se presenta como una intervención que podría ser coste-eficiente y sostenible a largo plazo. No obstante, sería necesario diseñar futuras investigaciones que evaluaran los resultados obtenidos tras su aplicación y su impacto a largo plazo, así como la optimización de sus recursos y estrategias para maximizar sus beneficios.

Referencias Bibliográficas

- Afzal, M., Siddiqi, N., Ahmad, B., Afsheen, N., Aslam, F., Ali, A., Ayesha, R., Bryant, M., Holt, R., Khalid, H., Ishaq, K., Koly, K. N., Rajan, S., Saba, J., Tirbhowan, N. y Zavala, G. A. (2021). Prevalence of Overweight and Obesity in People with Severe Mental Illness: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.769309>
- Agarwal, S. M., Stogios, N., Faulkner, G. E. J. y Hahn, M. (2023). Pharmacological Interventions for the Prevention of Antipsychotic-Induced Weight Gain in People with Schizophrenia: A Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 49(4), 833-835. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad037>
- Allison, D. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L., Blumenthal, J. A., Fabricatore, A. N., Daumit, G. L., Cope, M. B., Riley, W. T., Vreeland, B., Hibbeln, J. R. y Alpert, J. E. (2009). Obesity Among Those with Mental Disorders. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 341-350. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.11.020>
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 0(104), 771-776.
- Álvarez-Jiménez, M., Martínez-García, O., Pérez-Iglesias, R., Ramírez, M. L., Vázquez-Barquero, J. L. y Crespo-Facorro, B. (2009). Prevention of antipsychotic-induced weight gain with early behavioural intervention in first-episode psychosis: 2-year results of a randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 116(1), 16-19. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.10.012>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Andrades, C. y Herrero, G. (2019). *Psiconutrición: aprende a tener una relación saludable con la comida*. Almuzara.
- Andreasen, N. C. y Carpenter, W. T. (1993). Diagnosis and classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 199-214.
- Aznar, S. y Webster, T. (2006). Conceptos importantes en materia de Actividad Física y de Condición Física. En Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia: Guía para todas las personas que participan en su educación*.

-
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Brownell, K. D. (2003). *The Learn Program for Weight Management*. Amer Health Publishing Company.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E. y Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41(7), 765–782. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.765>
- Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S. y Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Carrera, Y. (2017). Cuestionario Internacional de la Actividad Física (IPAQ). *Revista Enfermería del Trabajo*, 7(11), 49-54.
- Casagrande, S., Jerome, G., Dalcin, A., Dickerson, F., Anderson, C., Appel, L., Charleston, J., Crum, R., Young, D. , Guallar, E., Frick, K., Goldberg, R., Oefinger, M., Finkelstein, J., Gennusa, J., Fred-Omojole, O., Campbell, L., Wang, N. y Daumit, G. L. (2010). Randomized trial of achieving healthy lifestyles in psychiatric rehabilitation: the ACHIEVE trial. *BMC Psychiatry*, 10(1).<https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-108>
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E. y Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 706-713. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.008>
- Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research And Therapy*, 39(5), 499-511. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00065-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00065-6)
- Corio, R. y Arbonés, L. (2009). Nutrición y salud. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 35(9), 443-449. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(09\)72843-6](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(09)72843-6)
- Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., Smith, N., Bitter, I., Gorwood, P., Taipale, H. y Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*, 21(2), 248-271.<https://doi.org/10.1002/wps.20994>
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U. yngve, A., Sallis, J. F. y Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000078924.61453.fb>

-
- Dayabandara, M., Hanwella, R., Ratnatunga, S., Seneviratne, S., Suraweera, C. y De Silva, V. (2017). Antipsychotic-associated weight gain: management strategies and impact on treatment adherence. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2231-2241 <https://doi.org/10.2147/ndt.s113099>.
- Doran, G. T. (1981). There's a SMART Way to Write Management's Goals and Objectives. *Journal Of Management Review*, 70, 35-36.
- Escobar, C., González, E., Velasco-Ramos, M., Salgado-Delgado, R. y Angeles-Castellanos, M. (2013). La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 133-142.
- Faulkner, G., Soundy, A. A. y Lloyd, K. (2003). Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(5), 324-332. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00218.x>
- Gourzis, P., Katrivanou, A., & Beratis, S. (2002). Symptomatology of the Initial Prodromal Phase in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(3), 415-429. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006950>
- Green, A. I., Patel, J. K., Goisman, R. M., Allison, D. B. y Blackburn, G. (2000). Weight gain from novel antipsychotic drugs: need for action. *General Hospital Psychiatry*, 22(4), 224-235. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(00\)00081-5](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(00)00081-5)
- Green, C. A. yarborough, B. J. H., Leo, M. C. yarborough, M. T., Stumbo, S. P., Janoff, S. L., Perrin, N. A., Nichols, G. A. y Stevens, V. J. (2014). The STRIDE Weight Loss and Lifestyle Intervention for Individuals Taking Antipsychotic Medications: A Randomized Trial. *American Journal of Psychiatry*, 172(1), 71-81. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020173>
- Gudzune, K. A., Jerome, G. J., Dalcin, A. T., Gao, R., Mace, E., Fink, T., Minahan, E. yuan, C., Xie, A., Goldsholl, S., Gennusa, J. V. y Daumit, G. L. (2023). Scaling a behavioral weight-loss intervention for individuals with serious mental illness using the enhanced replicating effective programs framework: A preconditions phase proof-of-concept study. *Obesity Science & Practice*, 9(6), 618-630. <https://doi.org/10.1002/osp4.690>
- Häfner, H. (2019). From Onset and Prodromal Stage to a Life-Long Course of Schizophrenia and Its Symptom Dimensions: How Sex, Age, and Other Risk Factors Influence Incidence and Course of Illness. *Psychiatry Journal*, 2019, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2019/9804836>
- Head, S., & Brookhart, A. (1997). Lifestyle modification and relapse-prevention training during treatment for weight loss. *Behavior Therapy*, 28(2), 307-321. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(97\)80049-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(97)80049-4)

-
- Hollon, S. D. y Beck, A. T. (1979). Cognitive Therapy of Depression. En P. H. Kendall y Hollon, S. D. (Eds.) *Cognitive-Behavioral Interventions. Theory, Research, and Procedures* (pp. 153-203). Academic Press.
- Holt, R. I. G. y Peveler, R. C. (2009). Obesity, serious mental illness and antipsychotic drugs. *Diabetes Obesity and Metabolism*, 11(7), 665-679.
<https://doi.org/10.1111/j.1463-1326.2009.01038.x>
- Hopper, S. I., Murray, S. L., Ferrara, L. R. y Singleton, J. K. (2019). Effectiveness of diaphragmatic breathing for reducing physiological and psychological stress in adults: a quantitative systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), 1855-1876. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003848>
- Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) (2000). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*.
- Kurzthaler, I. y Fleischhacker, W. W. (2001). The clinical implications of weight gain in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 7, 32-37.
- Lane, M. M., Gamage, E., Du, S., Ashtree, D. N., McGuinness, A. J., Gauci, S., Baker, P., Lawrence, M., Rebholz, C. M., Srour, B., Touvier, M., Jacka, F. N., O'Neil, A., Segasby, T. y Marx, W. (2024). Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *British Medical Journal*, e077310.
<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077310>
- Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Turró-Garriga, O., Pericot-Nierga, P., López-Pousa, S. y Vilalta-Franch, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer: Realidades e investigación en demencia*, 43, 4-11.
- Mantilla, S. y Gómez-Conesa, A. (2007). El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 10(1), 48-52.
[https://doi.org/10.1016/s1138-6045\(07\)73665-1](https://doi.org/10.1016/s1138-6045(07)73665-1)
- Marco, M. T., Rufino, M., Anta, M. B. y Martínez, C. E. (2021). Adherencia a la dieta mediterránea en tutores y residentes de una Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Tenerife. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria/Nutrición Clínica, Dietética Hospitalaria*, 41(1). <https://doi.org/10.12873/411marco>
- Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvado, J., Ros, E., Covas, M. I., Fiol, M. y Estruch, R. (2010). Cohort Profile: Design and methods of the PREDIMED study. *International Journal of Epidemiology*, 41(2), 377-385. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq250>

-
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. y Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>
- Merton, R. K. (1948). The Self-Fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193. <https://doi.org/10.2307/4609267>
- Mosquera, G. (2010). *Guía para los consumidores sobre rotulado nutricional de alimentos envasados*. Convenio de cooperación técnica y financiera N°233 de 2009 entre el Ministerio de la Protección Social, Acción Social, Unicef y Programa Mundial Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas.
- Mueser, K. T. y McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363(9426), 2063-2072. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)16458-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)16458-1)
- National Institute for Health and Care Excellence (2023). *Obesity: identification, assessment and management. Clinical guideline*. NICE 2024.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MOCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of The American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Ojeda, N., del Pino, R., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. y Peña, J. (2016). Test de evaluación cognitiva de Montreal: Normalización y estandarización de la prueba en población española. *Revista de Neurología*, 63(11), 488-496. <https://doi.org/10.33588/rn.6311.2016241>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 26 junio). *Actividad Física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2020. *Más personas activas para un mundo sano*. <https://doi.org/10.37774/9789275320600>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). 5B81 Obesidad. En *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (11.ª ed.)*.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). 6A20 Esquizofrenia. En *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (11.ª ed.)*.
- Owen, M. J., Sawa, A. y Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86-97. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01121-6)

-
- Rodríguez-Bores, L., Saracco-Álvarez, R., Escamilla-Orozco, R. y Fresán, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(6), 517.
<https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.062>
- Royuela, A. y Macías, J. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, 9, 81-94.
- Saldaña, C. (2023). Obesidad, trastorno por atracón y síndrome de ingesta nocturna. En M.A. Vallejo y L. Vallejo-Slocker (Eds.), *Manual de terapia de conducta. Tomo II* (pp. 211-298). Dykinson.
- Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Lamuela-Raventós, R., Ros, E., Salaverria, I., Fiol, M., Lapetra, J., Vinyoles, E., Gómez-Gracia, E., Lahoz, C., Serra-Majem, L., Pintó, X., Ruiz-Gutierrez, V. y Covas, M. (2011). A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women. *Journal of Nutrition*, 141(6), 1140-1145.
<https://doi.org/10.3945/jn.110.135566>
- Seeman, M. (2017). Obesity in Schizophrenia. *Journal of Obesity Management*, 1(1), 10-24.
<https://doi.org/10.14302/issn.2574-450x.jom-16-1039>
- Sorgente, A., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Re, F., Simpson, S., Perona, S., Rossi, A., Cattivelli, R., Innamorati, M., Jackson, J. B. y Castelnuovo, G. (2017). Web-Based Interventions for Weight Loss or Weight Loss Maintenance in Overweight and Obese People: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e229. <https://doi.org/10.2196/jmir.6972>
- Srihari, V. H., Phutane, V. H., Ozkan, B., Chwastiak, L., Ratliff, J. C., Woods, S. W. y Tek, C. (2013). Cardiovascular mortality in schizophrenia: Defining a critical period for prevention. *Schizophrenia Research*, 146 (1-3), 64-68.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.014>
- Stevens, H., Smith, J., Bussey, L., Innerd, A., McGeechan, G., Fishburn, S. y Giles, E. (2023). Weight management interventions for adults living with overweight or obesity and severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, 130(3), 536-552. <https://doi.org/10.1017/s0007114522003403>
- Storch, A., Speyer, H., Nørgaard, H. C. B., Hjorthøj, C., Krogh, J., Mors, O. y Nordentoft, M. (2018). Associations between clinical and psychosocial factors and metabolic and cardiovascular risk factors in overweight patients with schizophrenia spectrum disorders –

-
- Baseline and two-years findings from the CHANGE trial. *Schizophrenia Research*, 199, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.047>
- Tandon, R., Nasrallah, H. A. y Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>
- Vancampfort, D., Wampers, M., Mitchell, A. J., Correll, C. U., De Herdt, A., Probst, M. y De Hert, M. (2013). A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry*, 12(3), 240-250. <https://doi.org/10.1002/wps.20069>
- Van Os, J., Kenis, G. y Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203-212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Viñas, B. R., Barba, L. R., Ngo, J. y Majem, L. S. (2012). Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 254-257. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.013>
- Walburg, F. S., Van Meijel, B., Hoekstra, T., Kol, J., Pape, L. M., De Joode, J. W., Van Tulder, M. y Adriaanse, M. (2023b). Effectiveness of a Lifestyle Intervention for People with a Severe Mental Illness in Dutch Outpatient Mental Health Care. *JAMA Psychiatry*, 80(9), 886. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1566>
- Walburg, F. S., Van Meijel, B., Van Tulder, M. W. y Adriaanse, M. C. (2019). Cost-effectiveness of a lifestyle intervention for people with a serious mental illness (SMILE): design of a pragmatic cluster-randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2132-5>
- Ware, J. y Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-83.
- Warren, J. M., Smith, N. y Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272-283. <https://doi.org/10.1017/s0954422417000154>

Índice de Figuras

Figura 1. Cronograma del Programa de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad.....23

Índice de Tablas

Tabla 1. Objetivos y estructura del Programa de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad
.....22

b. Actividad Física

- i. Antes del tratamiento, ¿realizaba actividad física regularmente?
 - Tipo de actividad: _____
 - Frecuencia: _____
- ii. ¿Ha cambiado su nivel de actividad física desde el diagnóstico/inicio del tratamiento farmacológico?

c. Sueño

- i. Horas de sueño habituales antes del diagnóstico:
- ii. ¿Ha tenido cambios significativos en el sueño desde el inicio del tratamiento?
- iii. ¿Toma medicación para dormir?
- iv. Calidad del sueño actual (1 a 10):

4. Exploración de los criterios de inclusión y exclusión

a. Antecedentes personales

- i. ¿Cuál era su peso y estatura antes de iniciar el tratamiento?
 - Peso previo: _____
 - Estatura previa: _____
- ii. ¿Padece alguna enfermedad médica crónica significativa?

5. Motivación hacia el Programa

- a. ¿Qué espera lograr participando en este programa?:
- b. En una escala de 1 a 10, ¿qué tan motivado/a se siente para realizar cambios en sus hábitos alimenticios o de actividad física?:
- c. ¿Qué cree que podría dificultar su participación en el programa?:
- d. ¿Qué apoyos considera que necesita para tener éxito?:

6. Cierre de la Entrevista:

- a. ¿Tiene preguntas o inquietudes sobre el programa?:

Anexo 2

Presentación del programa

Programa de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad



Objetivos del programa

- Desarrollar conciencia y motivación sobre la importancia de la salud física y mental
- Reducir las barreras psicosociales que contribuyen al sobrepeso y la obesidad
- Adquirir hábitos de vida saludable

¿Qué vamos a trabajar?

Módulo 1. Psicoeducación y Adherencia a la medicación
¿Cómo me ayuda la medicación a encontrarme mejor?

Módulo 3. Promoción de la actividad física adaptada
¿Cómo incorporo la actividad física a mi día a día?

Módulo 2. Educación Nutricional
¿Cómo puedo mejorar mi alimentación?

Módulo 4. Apoyo Psicológico y Social
Y ahora, ¿cómo mantengo los cambios?

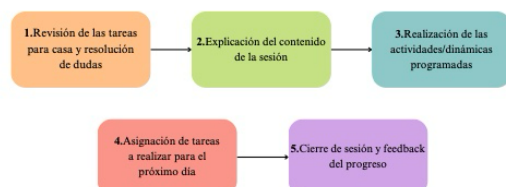
¿Cómo lo vamos a trabajar?

- Sesiones semanales de 90 minutos de duración
- Durante 12 meses (6 de intervención y 6 de seguimiento)
- Tareas para casa
- Trabajo en grupo durante las sesiones
- Sesiones intermódulo para repasar lo aprendido

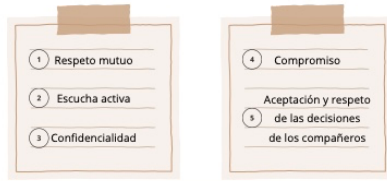
¿Cómo lo vamos a trabajar?

Sesión Informativa	M.0: Individual	M.0: Individual	M.0: Grupal 1	M.1: Grupal 1
M.1: Grupal 2	M.1: Grupal 3	M.1: Grupal 4	Intermódulo	M.2: Grupal 1
M.2: Grupal 2	M.2: Grupal 3	M.2: Grupal 4	M.3: Grupal 5	M.2: Grupal 6
Intermódulo	M.3: Grupal 1	M.3: Grupal 2	M.3: Grupal 3	M.3: Grupal 4
Intermódulo	M.4: Grupal 1	M.4: Grupal 2	M.4: Grupal 3	M.4: Grupal 4
M.4: Grupal 5	Intermódulo	M.0: Individual	SEGUIMIENTO	

Estructura de las sesiones grupales



Normas del grupo



Nota: La presentación original puede ser consultada en la siguiente URL:

https://www.canva.com/design/DAGcEgx6obY/6x0CH_W4S59uGcxq5AHIIQ/view?utm_content=DAGcEgx6obY&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=unique_links&utm_id=hefaafb9437

Anexo 3

Apartado “¿Cómo se trata la esquizofrenia?”

EL TRATAMIENTO

10. ¿Cómo se trata la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una **enfermedad crónica**, es decir, que va a acompañar al paciente toda la vida y que **necesita de un tratamiento farmacológico**.

Actualmente sabemos que siguiendo un tratamiento farmacológico eficaz durante el tiempo necesario podemos controlar los síntomas y conseguir una estabilidad. Para ello es necesario que el paciente entienda y acepte que **la medicación es fundamental para evitar recaídas en su enfermedad**, para que no se produzca un empeoramiento en su pronóstico y pueda tener una vida lo más normal posible.



29

EL TRATAMIENTO

Adicionalmente, también disponemos de tratamientos psicológicos y de rehabilitación (también conocidos como psicoeducación) que ayudan a que el paciente conozca los detalles de su enfermedad y la forma de afrontarla; así podemos conseguir que el paciente se encuentre mejor emocionalmente y en sus relaciones con los demás para poder llegar a un manejo integral del paciente.

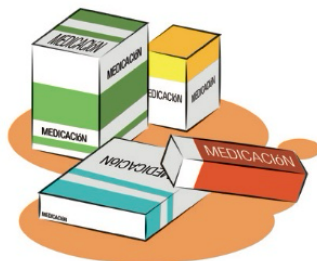


30

EL TRATAMIENTO

LOS MEDICAMENTOS

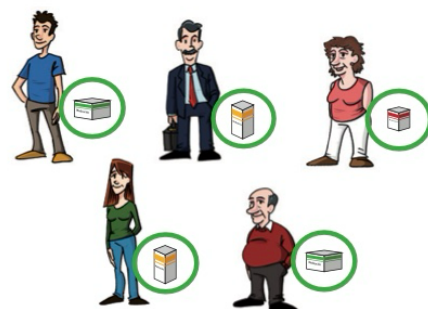
En la actualidad existen medicamentos muy eficaces para tratar muchos de los síntomas de la enfermedad. Es muy importante que conozca los diferentes tratamientos disponibles para tratar su enfermedad, así como que entienda las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, para que pueda intervenir conjuntamente con su equipo terapéutico en la decisión del tratamiento más adecuado para su situación personal.



31

EL TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico para el paciente debe ser **individualizado**, en cuanto al tipo de medicación, combinación y cantidades; sabemos que encontrar la medicación más adecuada en ocasiones requiere tiempo por lo que debe haber una buena comunicación y alianza entre psiquiatra y paciente para elegir la mejor opción de tratamiento.



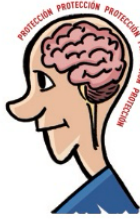
En cualquier caso, seguir el tratamiento de forma correcta es fundamental para facilitar un mejor pronóstico de la enfermedad. Como veremos más adelante, es muy frecuente que el tratamiento deba **mantenerse de forma continuada** por un largo periodo de tiempo, y el hecho de abandonarlo por voluntad propia puede ser el desencadenante principal de recaídas con consecuencias muy perjudiciales para el paciente.

32

LOS ANTIPICÓTICOS

Son fármacos que protegen al cerebro frente al desequilibrio químico que en él se producen, normalizan las funciones cerebrales alteradas y previenen las recaídas al regular el sistema nervioso central. Actualmente, disponemos de una amplia variedad de antipsicóticos y el objetivo es conseguir la dosis óptima de un fármaco que produzca una mayor mejoría clínica con los menores efectos secundarios.

Dentro de los antipsicóticos disponemos de dos grandes grupos:



- Antipsicóticos típicos o convencionales

Los primeros antipsicóticos que se comenzaron a utilizar aparecieron en los años 50 y fueron los denominados convencionales o típicos cuya principal ventaja era el control sobre la **simptomología positiva** de la enfermedad, aunque tenían importantes inconvenientes como sus **efectos adversos** (rigidez, inquietud, temblores...) y que **no eran efectivos sobre los síntomas negativos** (apatía, falta de motivación, falta de interés por relacionarse...), o incluso los empeoraban, ni tampoco mostraban eficacia en el control de la **simptomología cognitiva** (atención, comprensión, reflexión...). Ejemplos de fármacos que actualmente pertenecen a este grupo son Haloperidol, Clozapina, Clopromacina, Zuclopentixol, Flufenazina y Perfenazina.

33

- Antipsicóticos atípicos

Actualmente se utilizan como primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia los antipsicóticos denominados atípicos debido a las grandes ventajas que muestran sobre los anteriores, ya que **actúan no solo sobre los síntomas positivos, sino también** porque han demostrado eficacia sobre **los síntomas negativos y cognitivos** y producen muchos **menos efectos secundarios**.

Existen dos tipos de antipsicóticos atípicos: los de administración diaria y los de administración prolongada (algunos se administran solo una vez al mes). La aparición de estos fármacos ha supuesto para los pacientes y sus familias una mejoría en cuanto a su calidad de vida, con un mejor funcionamiento social, laboral y vital.

a) Antipsicóticos atípicos de toma diaria

Dentro de los tratamientos de toma diaria nos encontramos los siguientes fármacos: paliperidona, risperidona, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, amisupride y ziprasidona. Si bien estos fármacos son eficaces en el control de los síntomas, **no es fácil tomarse una medicación todos los días** (incluso algunos de estos fármacos varias veces al día) y sabemos que la mayor parte de los pacientes tras el primer episodio psicótico **abandonan ese tratamiento, cayendo en un nuevo episodio**.

34

b) Antipsicóticos atípicos de liberación prolongada

En los últimos años han surgido unas nuevas presentaciones del tratamiento antipsicótico para **optimizar el tratamiento diario a un tratamiento de liberación prolongada**. Este tratamiento consiste en administrar el fármaco por **vía intramuscular** al paciente de forma que se vaya liberando lenta pero paulatinamente manteniendo su efecto durante varias semanas hasta una nueva administración. **El objetivo es facilitar el cumplimiento del tratamiento por el paciente de la forma más cómoda** y que interfiera lo mínimo posible con la vida del paciente, liberando al paciente de la molestia del tratamiento diario con pastillas. Ejemplo de estos fármacos son: palmitato de paliperidona, risperidona inyectable de larga duración y pamoato de olanzapina

Los tratamientos atípicos de larga duración permiten controlar los síntomas con la misma eficacia que las opciones de toma oral, pero con una administración espaciada en el tiempo, aunque algunos se administran cada dos semanas, ya están disponibles medicamentos que **se administran sólo 1 vez al mes**, permitiendo tratar al paciente con **únicamente 12 tomas al año**. Igualmente, al liberarse el fármaco de forma más suave y sostenida, es habitual que produzcan menos efectos adversos que las formulaciones de toma oral diaria, y que por tanto sea mejor percibido y aceptado por el paciente.

A pesar de ser un tratamiento inyectable, la administración es muy poco molesta, en algunos de los tratamientos incluso se administra con una **pequeña inyección en el hombro** (músculo deltoides) del mismo modo que se hace con las vacunas.



36

Nota: Extraído de:

Díaz, M. (2013). *Afrontando la esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares*. Enfoque Editorial S.C.

Anexo 4

Tarjeta de identificación de medicamentos

Tarjeta de identificación de medicamentos




NOMBRE

COLOR

FORMATO Cápsula / Comprimido

FORMA

UTILIDAD

PAUTA   

Anexo 5

Infografía “efectos secundarios más comunes de la mediación antipsicótica”



Nota: La bibliografía empleada para la elaboración de la infografía es la siguiente:

Gila, J. A. y Chamorro, L. (2004). Efectos adversos asociados al tratamiento con antipsicóticos atípicos. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha*, 2, 1-4.

Anexo 6

Plan de Afrontamiento de los efectos secundarios de la medicación

Plan Individual de Afrontamiento

EFFECTO SECUNDARIO

¿QUÉ PUEDO HACER CUANDO APARECE?

1

2

3

Anexo 7

Hoja de trabajo para la solución de problemas

Solución de problemas

<p>1 ¿Cuál es el problema?</p>	<p>3 ¿Qué posibles soluciones hay para mi problema?</p>	<p>4 ¿Cuál es la mejor?</p>
<p>2 ¿Cuál es mi objetivo?</p>		<p>5 ¿Cómo puedo llevarla a cabo?</p>

Anexo 8

Pautas de higiene del sueño

Los 10 mandamientos de la higiene del sueño para adultos, creados por la *World Sleep Society*:

1. Establecer un horario regular para irse a dormir y despertarse.
2. Si tiene la costumbre de tomar siestas, no exceder los 45 minutos de sueño diurno.
3. Evitar la ingestión excesiva de alcohol 4 horas antes de acostarse, y no fumar.
4. Evitar la cafeína 6 horas antes de acostarse. Esto incluye café, té y muchos refrescos, así como chocolate.
5. Evitar los alimentos pesados, picantes o azucarados 4 horas antes de acostarse. Un refrigerio ligero antes de acostarse es aceptable.
6. Hacer ejercicio regularmente, pero no justo antes de acostarse.
7. Usar ropa de cama cómoda y acogedora.
8. Encontrar una configuración de temperatura de sueño cómoda y mantener la habitación bien ventilada.
9. Bloquee todo el ruido que distrae y elimine la mayor cantidad de luz posible.
10. Reserve su cama para dormir y el sexo, evitando su uso para el trabajo o la recreación general.

Bibliografía:

Granados, A. D. (2018, 16 marzo). *Los 10 mandamientos de la higiene del sueño para adultos (por la World Sleep Society)*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/los-10-mandamientos-de-la-higiene-del-sueno-para-adultos-por-la-world-sleep-society>

Anexo 9.

Kahoot “Mito o realidad?”

1. Comer carbohidratos engorda.

- a. Verdadero.
- b. Falso. (correcta)

Justificación: Los carbohidratos son una fuente importante de energía y son necesarios para el buen funcionamiento del cuerpo, especialmente para el cerebro y los músculos. El consumo de carbohidratos de calidad, como los provenientes de frutas, verduras y granos enteros, contribuye a una dieta equilibrada y saludable

Micha, R., Peñalvo, J. L., Cudhea, F., Imamura, F., Rehm, C. D. y Mozaffarian, D. (2017). Association Between Dietary Factors and Mortality from Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States. *JAMA*, 317(9), 912. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0947>

2. No es bueno comer fruta por la noche. Tiene mucho azúcar y engorda.

- a. Verdadero.
- b. Falso. (correcta)

Justificación: El principal factor que influye en cómo el cuerpo maneja los nutrientes es el total calórico diario y la calidad de la dieta, no el momento del día en que se consumen los alimentos.

Hall, K. D. y Guo, J. (2017). Obesity Energetics: Body Weight Regulation and the Effects of Diet Composition. *Gastroenterology*, 152(7), 1718-1727. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.01.052>

3. Comer fruta entera es más saludable que hacerlo en forma de zumo.

- a. Verdadero. (correcta)
- b. Falso.

Justificación: La fruta entera contiene fibra, que ayuda a regular el azúcar en sangre, mejora la saciedad y favorece la digestión, mientras que en los zumos se pierde la mayor parte de esta fibra, lo que provoca una absorción más rápida de los azúcares y un mayor índice glucémico

Dennis, E. A., Flack, K. D. y Davy, B. M. (2009). Beverage consumption and adult weight management: A review. *Eating Behaviors*, 10(4), 237-246. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.07.006>

-
4. Las grasas son malas para la salud y deben evitarse a toda costa.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso. (correcta)

Justificación: Existen dos tipos principales de grasas: grasas insaturadas (monoinsaturadas y poliinsaturadas) y grasas saturadas. Las grasas insaturadas, que se encuentran en alimentos como el aceite de oliva, los aguacates, los frutos secos y los pescados grasos, son beneficiosas para la salud cardiovascular. Estas grasas ayudan a reducir el colesterol LDL (colesterol "malo") y pueden disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas.

Sacks, F. M., Lichtenstein, A. H., Wu, J. H., Appel, L. J., Creager, M. A., Kris-Etherton, P. M., Miller, M., Rimm, E. B., Rudel, L. L., Robinson, J. G., Stone, N. J. y Van Horn, L. V. (2017). Dietary Fats and Cardiovascular Disease: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation*, 136(3).

<https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000510>

5. Saltarse comidas ayuda a perder peso.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso. (correcta)

Justificación: Tener comidas regulares ayuda a mantener los niveles de glucosa en sangre estables, lo que reduce los antojos y la sensación de hambre excesiva. Esto facilita el control del apetito y puede ayudar a las personas a tomar decisiones alimentarias más saludables.

Varady, K. A. (2016). Meal frequency and timing: impact on metabolic disease risk. *Current Opinion in Endocrinology Diabetes and Obesity*, 23(5), 379-383.

<https://doi.org/10.1097/med.0000000000000280>

6. Las dietas estrictas son la única manera de perder peso.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso. (correcta)

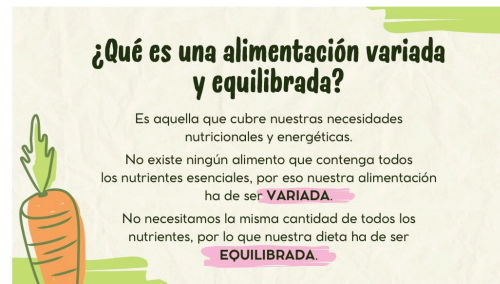
Justificación: Las dietas estrictas suelen ser difíciles de mantener a largo plazo, lo que a menudo lleva al efecto yo-yo (recuperación del peso perdido). Los enfoques más moderados, como el control gradual del tamaño de las porciones y el desarrollo de hábitos de vida saludable como una alimentación equilibrada, son más efectivos a largo plazo para lograr una pérdida de peso sostenible sin poner en riesgo la salud.

Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A., Samuels, B. y Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist*, 62(3), 220-233. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.3.220>

URL: <https://play.kahoot.it/v2/lobby?quizId=2109491b-e023-4b9a-8ebc-17d699e5e825>

Anexo 10

Presentación "Alimentación variada y equilibrada"





“Derechos de autor © 2011 Universidad de Harvard. Para más información sobre El Plato para Comer Saludable, por favor visite la Fuente de Nutrición, Departamento de Nutrición, Escuela de Salud Pública de Harvard, <http://www.thenutritionsource.org> y Publicaciones de Salud de Harvard, health.harvard.edu.”

(Fuente: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/healthy-eating-plate/translations/spanish/>)

Nota: La presentación original puede ser consultada en la siguiente URL:

https://www.canva.com/design/DAGccT-2Jmo/3SOVF0QWuHnpHXOLA-02Lg/view?utm_content=DAGccT-2Jmo&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniqueinks&utm_id=hd1e30e6f88

Nota: La bibliografía empleada para la elaboración de la presentación es la siguiente:

Corio, R. y Arbonés, L. (2009). Nutrición y salud. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 35(9), 443-449. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(09\)72843-6](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(09)72843-6)

Fundación Dieta Mediterránea (s.f.). *¿Qué es la dieta mediterránea?* Consultado en <https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>

Fundación Española de la Nutrición (s.f.). *Grupos de alimentos*. Consultado en <https://www.fen.org.es/storage/app/media/flipbook/Grupos-Alimentos/index.html#p=1>

Trichopoulou, A., Martínez-González, M. A., Tong, T. Y., Forouhi, N. G., Khandelwal, S., Prabhakaran, D., Mozaffarian, D. y De Lorgeril, M. (2014). Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Medicine*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-112>

Anexo 11.

Tabla de planificación del menú semanal equilibrado

Tabla de planificación del menú semanal equilibrado

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Almuerzo						
Verdura Patata Huevo Fruta	Ensalada Legumbres Cerdo o pescado Yogurt	Verdura Pasta Pescado Fruta	Hortalizas Arroz Carne blanca Fruta	Verdura Legumbres Pescado Yogurt	Verdura Patata Marisco Fruta	Hortalizas Pasta Carne Fruta
Cena						
Verdura Pan o cereales Jamón, atún o pollo Lácteo	Verdura Arroz Pescado Fruta	Ensalada Patata Huevo Lácteo	Verdura Pasta Pescado Lácteo	Verdura Patata Pescado Fruta	Ensalada Cereales Huevo Lácteo	Ensalada Pan Queso Fruta o yogurt

Nota: Extraído de

<https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/659/Tabla%20menu%20semanal%20equilibrado.pdf?1362136799>

Anexo 12.

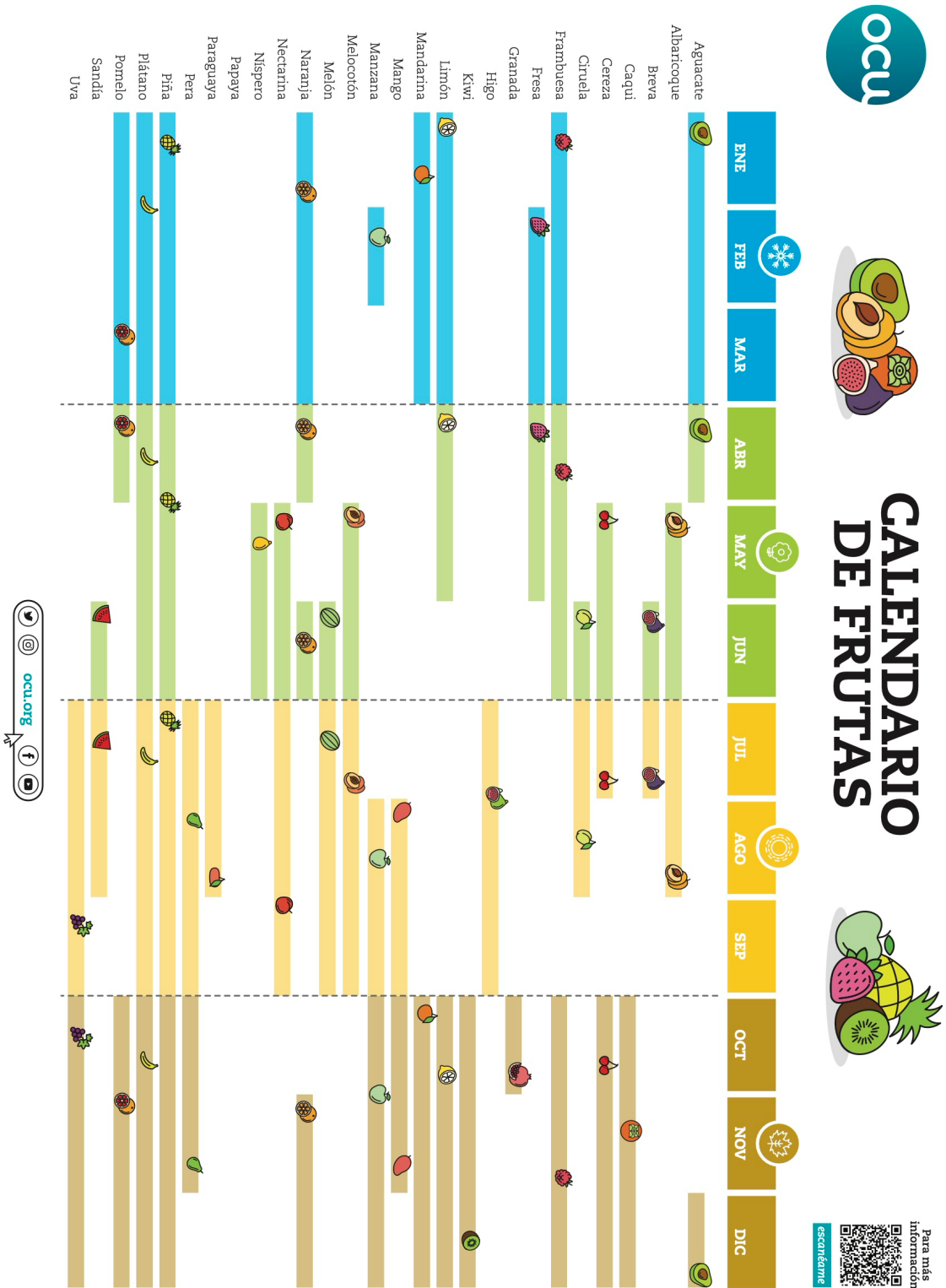
Plantilla para la planificación de un menú semanal

Plan Menú Semanal

	Desayuno	Media mañana	Comida	Merienda	Cena
LUNES					
MARTES					
MIÉRCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SÁBADO					
DOMINGO					

Anexo 13.

Lista de frutas y verduras de temporada

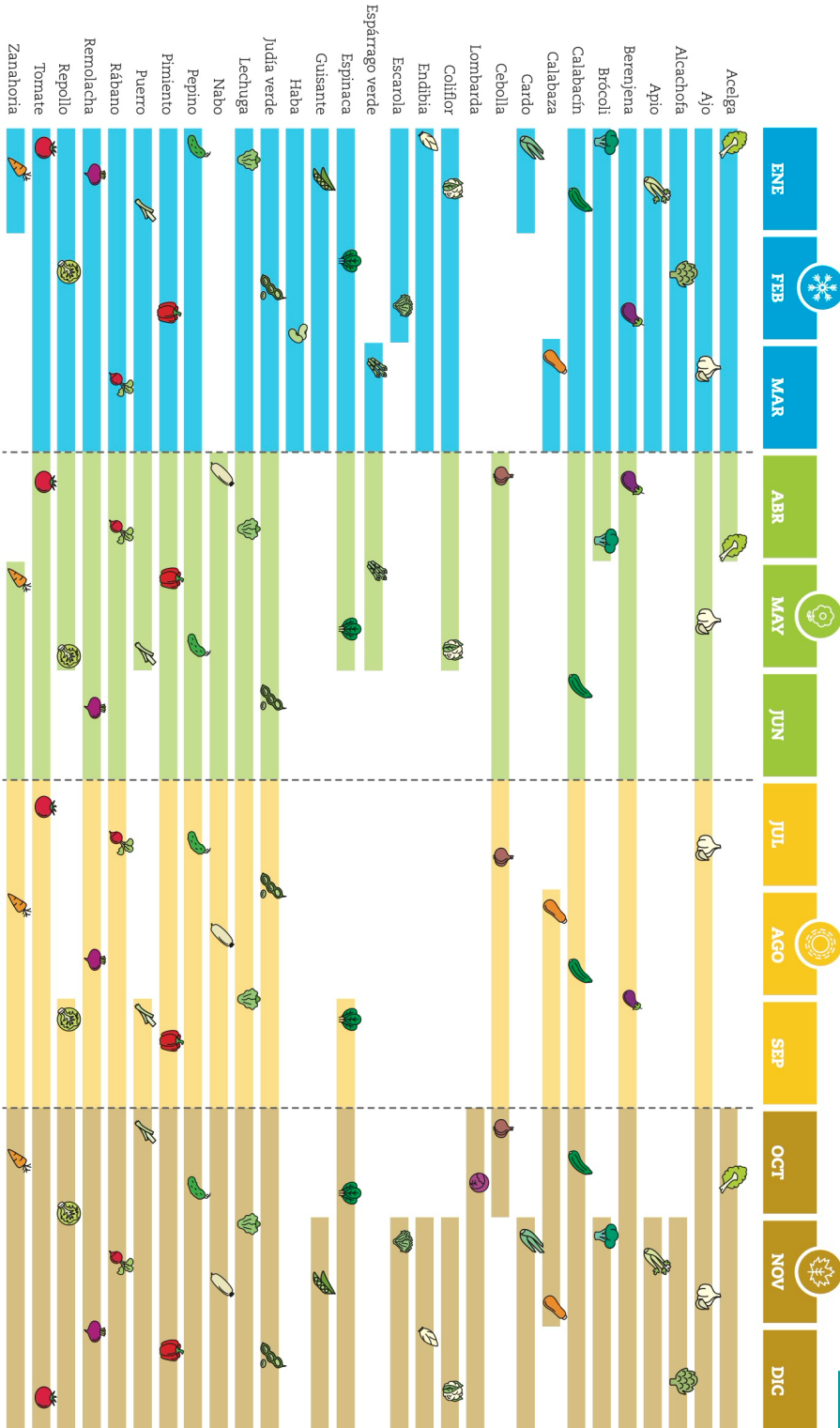




CALENDARIO DE VERDURAS



Para más información escanéame



Nota: Gráfico elaborado por la Organización de Consumidores y Usuarios de España (OCU).

Extraído de:

<https://www.ocu.org/alimentacion/alimentos/calculadora/calendario-de-frutas-y-verduras>

Anexo 14.

Ejemplos de etiquetas nutricionales

LECHE UHT SEMIDESNATADA SIN LACTOSA

Ingredientes:
Leche semidesnatada de vaca y lactasa.

Origen de la leche: Galicia, España

— INFORMACIÓN NUTRICIONAL —
Valores nutricionales medios:

	100ml	Por porción 250ml	1 Porción/IR*
Valor energético	192 KJ 46Kcal	480 KJ 114Kcal	5,7%
Grasas/Lípidos: de las cuales saturadas:	1,6g 1,1g	4g 2,8g	5,7% 13,8%
Hidratos de carbono: de los cuales azúcares:	4,7g 4,7g	11,8g 11,8g	4,5% 13,1%
Fibra alimentaria:	0g	0g	
Proteínas:	3,1g	7,8g	15,5%
Sal:	0,13g	0,33g	5,4%

*Ingesta de Referencia para un adulto medio (8.400kJ/2.000kcal)
Número de porciones de este envase: 4

TOMATE FRITO

INGREDIENTES

E Tomate, aceite de girasol, azúcar, almidón modificado de maíz, sal, cebolla, ajo y conservador (sorbato potásico).

P Tomate, óleo de girassol, açúcar, amido modificado de milho, sal, cebola, alho e conservante (sorbato de potássio).

100 g

Valor	321 kJ
Energético/Energía	77 kcal
Grasas/Lípidos	3,5 g
de las cuales/dos quais:	
- Saturadas/Saturados	0,3 g
Hidratos de Carbono	9,5 g
de los cuales/dos quais:	
- Azúcares/Açúcares	6,9 g
Proteínas	1,5 g
Sal	1,0 g

Comparación de dos productos:

E QUESO FUNDIDO RALLADO.
PRODUCTO PASTEURIZADO.

P QUEIJO FUNDIDO RALADO.
PRODUTO PASTEURIZADO.

INGREDIENTES

E Queso, proteínas de **leche**, **mantequilla**, almidones modificados, **nata** de (vaca, oveja y cabra), sal, sales de fundido (E-452, E-340, E-332 y E-330), conservador (E-202), aroma natural y antiaglomerante (E-460ii). **SIN GLUTEN, SIN HUEVO**. Contiene **queso** de vaca, oveja y cabra.

P Queijo, proteínas do **leite**, **manteiga**, amidos modificados, **nata** de (vaca, ovelha e cabra), sal, sais de fusão (E-452, E-340, E-332 e E-330), conservante (E-202), aroma natural e antiaglomerante (E-460ii). **SEM GLÚTEN, SEM OVO**. Contém **queijo** de vaca, ovelha e cabra.

100 g	
Valor	1182 kJ
Energético/Energía	284 kcal
Grasas/Lípidos	20 g
de las cuales/dos quais:	
- Saturadas/Saturados	13 g
Hidratos de Carbono	7,0 g
de los cuales/dos quais:	
- Azúcares/Açúcares	<0,5 g
Proteínas	19 g
Sal	1,5 g

Peso Neto/Líquido:
400 g e

E QUESO MOZZARELLA RALLADO

P QUEIJO MOZZARELLA RALADO

INGREDIENTES

E Leche pasteurizada de vaca, coagulante microbiano, fermentos lácticos, sal. Antiaglomerante (almidón). Sin gluten. Origen de la leche: (UE).

P Leite de vaca pasteurizado, coagulante microbiano, fermentos lácticos, sal. Antiaglomerante (amido). Isento de glúten. Origem do leite: (UE).

CONSERVACIÓN/CONSERVAÇÃO

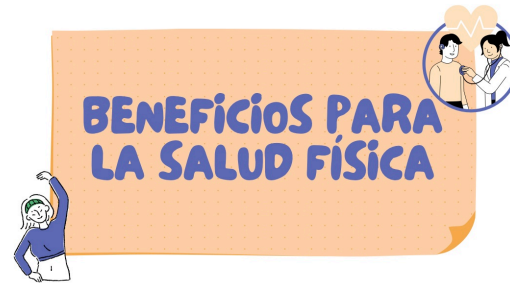
E Conservar en frío entre 0 °C y 8 °C. Envasado en atmósfera protectora. Una vez abierto, conservar el producto en refrigeración y consumir antes de 2 días.

P Conservar no frigorífico entre 0 °C e 8 °C. Embalado em atmosfera protetora. Uma vez aberto, conservar o produto em refrigeração e consumir no prazo de 2 dias.

100 g	
Valor	1176 kJ
Energético/Energía	283 kcal
Grasas/Lípidos	21 g
de las cuales/dos quais:	
- Saturadas/Saturados	13 g
Hidratos de Carbono	2,5 g
de los cuales/dos quais:	
- Azúcares/Açúcares	0,8 g
Proteínas	21 g
Sal	1,0 g

Anexo 15.

Beneficios de la actividad física



LA ACTIVIDAD FÍSICA AYUDA A...



Mejorar la salud cardiovascular

Fortalece el corazón, mejora la circulación sanguínea y reduce el riesgo de enfermedades cardíacas.

LA ACTIVIDAD FÍSICA AYUDA A...



Mejorar la salud cardiovascular

Fortalece el corazón, mejora la circulación sanguínea y reduce el riesgo de enfermedades cardíacas.



Fortalecer músculos y huesos

Mejora la fuerza muscular, la flexibilidad y la densidad ósea.

LA ACTIVIDAD FÍSICA AYUDA A...



Mejorar la salud cardiovascular

Fortalece el corazón, mejora la circulación sanguínea y reduce el riesgo de enfermedades cardíacas.



Fortalecer músculos y huesos

Mejora la fuerza muscular, la flexibilidad y la densidad ósea.



Controlar el peso y el metabolismo

Mantiene un peso saludable, reduciendo el riesgo de obesidad y sus complicaciones.



LA ACTIVIDAD FÍSICA AYUDA A...



Reducir el estrés y la ansiedad

Libera endorfinas, conocidas como las "hormonas de la felicidad".

LA ACTIVIDAD FÍSICA AYUDA A...



Reducir el estrés y la ansiedad

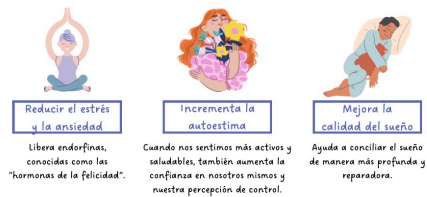
Libera endorfinas, conocidas como las "hormonas de la felicidad".



Incrementa la autoestima

Cuando nos sentimos más activos y saludables, también aumenta la confianza en nosotros mismos y nuestra percepción de control.

LA ACTIVIDAD FÍSICA AYUDA A...



Nota: La presentación original puede ser consultada en la siguiente URL:

https://www.canva.com/design/DAGc1Fz7Wr0/ctLu55dLW1d0aNj2X81v9g/view?utm_content=DAGc1Fz7Wr0&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=unique_links&utlId=h7d6c08ff35

Nota: La bibliografía empleada para la elaboración de la presentación es la siguiente:

Matsudo, S. M. (2012). Actividad física: pasaporte para la salud. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23(3), 209-217. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70303-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70303-6)

Anexo 16.

Plan de Actividad Física

PLAN
de Actividad Física

FECHA

OBJETIVOS

A CORTO PLAZO	A LARGO PLAZO

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES
JUEVES	VIERNES	SÁB/DOM

Anexo 17.

Autorregistro de pensamientos intrusivos

Fecha y hora	¿Qué estaba haciendo? ¿Con quién?	¿Qué pensé?	¿Cómo me sentí en relación con ese pensamiento?	¿Qué hice en consecuencia?	Pensamiento alternativo	¿Cómo me habría sentido/habría actuado si hubiese pensado así?

Anexo 18.

Plantilla Plan de Acción para el mantenimiento de Hábitos Saludables

PLAN *de Acción para el mantenimiento de Hábitos Saludables*

OBJETIVO 1

¿CÓMO PUEDO LLEVARLO A CABO?

①

②

¿CON QUÉ RECURSOS CUENTO?

OBJETIVO 2

¿CÓMO PUEDO LLEVARLO A CABO?

①

②

¿CON QUÉ RECURSOS CUENTO?

Anexo 19.

Presentación Taller de Habilidades Sociales

HABILIDADES SOCIALES



Las **habilidades sociales** son una serie de **conductas** (y también de **pensamientos** y **emociones**), que aumentan nuestras posibilidades de **relacionarnos** de manera satisfactoria y de conseguir que los demás no nos impidan **lograr nuestros objetivos**.



Estilos de comunicación

INHIBICIÓN

No pedir lo que queremos o necesitamos;

Pedirlo **sin convencimiento**, **disculpándonos** o utilizando un lenguaje no verbal que muestre **inseguridad** y dé a entender que esperamos que rechacen nuestra petición o que no nos hagan caso.



AGRESIVIDAD

No respetar los derechos de los demás;

Exigir lo que pedimos utilizando la **coerción**, la **manipulación** o la **hostilidad**.



ASERTIVIDAD

Defender nuestros derechos personales **respetando** al mismo tiempo, los de los demás.



Defender nuestros deseos y necesidades de forma **ASERTIVA**



¿Qué hacer cuando los demás no acceden a nuestras peticiones?



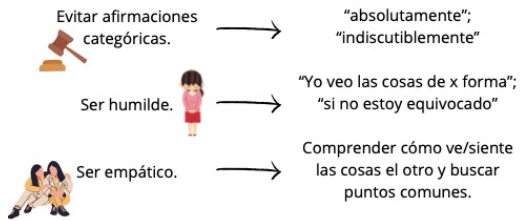
SER PERSISTENTES

TÉCNICA DEL DISCO RAYADO

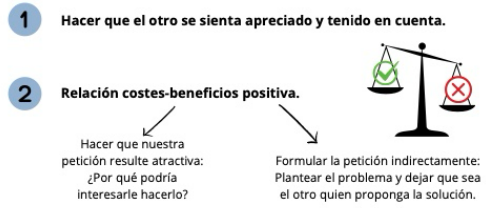
Repetir nuestra petición todas las veces que haga falta, **sin** prestar atención a otros temas ajenos al que nos interesa; **enfadarnos** o levantar la voz; dejarnos convencer; dar demasiadas **explicaciones** de por qué hacemos la petición, o sentirnos **culpables** por hacerla.



SER FLEXIBLES



PREDISPONER A LOS DEMÁS A NUESTRO FAVOR



Decir que NO y poner límites



¿Cómo rechazar peticiones?



¿Por qué hacemos cosas que no queremos? ??



Rechazar peticiones sirve para:

Defender derecho asertivo: <i>ser tu propio juez</i>	Seguridad en uno mismo y autoestima	Sentirte responsable de tomar tus propias decisiones
Defenderte de quienes no te respetan	No dejarte llevar por lo que te perjudica	No enfadarte o guardar rencor
No sentirte mal contigo mismo	No implicarte en situaciones desagradables para ti	Aceptar que los demás pueden rechazar tus peticiones

Lo primero que necesitamos para rechazar peticiones es...

Creer que tenemos derecho a decir



¿A qué debemos atender?

1

Asegurarse de hemos entendido la petición

Preguntar, reformular, pedir que nos lo expliquen...



2

Piensa si quieres acceder o no

Valora las repercusiones que puede tener, en tus objetivos a corto y largo plazo; si va de acuerdo a tus valores o necesidades... acceder a la petición o rechazarla.

3

No tienes que responder de inmediato

Si no estás seguro de tu respuesta puedes exponerlo, pedir aclaraciones o solicitar un tiempo para pensártelo...



Sé breve, claro y amable

No des muchos rodeos

Deja claras tus condiciones

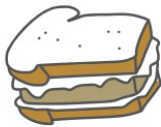
Expresa lo que piensas y sientes

Sé empático



La técnica del sándwich

Di algo positivo *antes* y *después* de rechazar la petición:



Gracias por invitarme.
Hoy no me viene bien,
pero podemos quedar otro día.

¿Qué hacer si siguen insistiendo?

Ofrece razones, no excusas

Defiende tu postura con firmeza

Di simplemente que no, con o sin explicaciones

Permanece en silencio o cambia de tema

Reexamina el problema y quizá llega a un acuerdo

Usa la técnica del *disco rayado*

Nota: La presentación original puede ser consultada en la siguiente URL:

https://www.canva.com/design/DAGdB2faqDU/ldR7ahfCeDe2bp0vcYickA/view?utm_content=DAGdB2faqDU&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=unique_links&utm_id=had22c11e99

Nota: La bibliografía empleada para la elaboración de la presentación es la siguiente:

Roca, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional* (4.^a ed.). Acde Ediciones.

Anexo 20.

Plantilla Plan de Prevención de Recaídas

PLAN de
Prevención de Recaídas

DESENCADENANTE

¿CÓMO PUEDO HACERLE FRENTE?

① _____

② _____

③ _____

DESENCADENANTE

¿CÓMO PUEDO HACERLE FRENTE?

① _____

② _____

③ _____

DESENCADENANTE

¿CÓMO PUEDO HACERLE FRENTE?

① _____

Anexo 21.

Encuesta de satisfacción

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Programa de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad

Califique cada ítem con relación a su satisfacción con el programa:

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Neutral	Satisfecho	Muy satisfecho
El contenido del programa fue claro y fácil de entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las actividades planteadas fueron útiles y relevantes para mi situación personal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibí el apoyo necesario por parte del profesional a cargo para poder seguir el programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El programa me ayudó a mejorar mis hábitos de alimentación y actividad física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy satisfecho/a con los resultados del programa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, considero que el programa ha sido útil para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué ha sido lo que más te ha gustado del programa?

¿Y lo que menos?

Propuestas de mejora:

Anexo 22.

Hoja de Solicitud de plaza en CRPS

Solicitud de Plaza en Unidades de apoyo comunitario (CRPL o Piso protegido).

Nombre del solicitante:

DNI:

Domicilio:

Solicita plaza en la Unidad de Apoyo Comunitario:

- CRPL
- Piso protegido

Fdo:

Lugar y Fecha:

EN CASO DE MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD LEGAL:

Nombre del tutor del paciente:

DNI:

Domicilio:

Nombre del paciente:

DNI:

Domicilio:

Solicita plaza en la Unidad de Apoyo Comunitario:

- CRPL
- Piso protegido

Fdo (tutor):

Lugar y Fecha:

Apéndice: Listado de Acrónimos

CRPS. Centro de Rehabilitación Psicosocial.

IPAQ. Cuestionario Internacional de Actividad Física.

MEDAS. Escala de Adherencia a la Dieta Mediterránea.

MMSE. Mini Mental State Examination.

MoCA. Evaluación Cognitiva Montreal.

PANSS. Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia.

SF-36. Cuestionario de Salud Short Form-36.

TC. Terapia de Conducta.

TCC. Terapia Cognitivo-Conductual.