



PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA PERSONAS CON SALUD MENTAL SEVERA



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS

GRADO EN CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Centro: ADIEM

Alumna: María Climent Gosp

Tutora académica: Alba Roldan Romero

Curso: 2017/2018

ÍNDICE

| | |
|---|--------------------------------------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2. OBJETIVOS DEL TRABAJO | 4 |
| 3. MÉTODO | 4 |
| 3.1 Participantes: | 4 |
| 3.2 Descripción del test:..... | 5 |
| 3.3 Procedimiento:..... | 6 |
| 3.4 Análisis de los datos: | ¡Error! Marcador no definido. |
| 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: | 7 |
| 4.1 Limitaciones del estudio:..... | 8 |
| 5. BIBLIOGRAFÍA: | 9 |
| 6. ANEXOS | ¡Error! Marcador no definido. |



1. INTRODUCCIÓN

La definición de **salud** más importante e influyente en la actualidad es la declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), plasmada en el preámbulo de su Constitución: “La salud es un estado de completo Bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Como se puede observar, la salud mental es un componente integral y esencial de la salud. Así, una definición más clara y precisa de **salud mental** sería “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a sus comunidades” (OMS, 2018). Con lo que respecta al significado de enfermedad mental, ésta se define como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que se ven afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje o el lenguaje. Esta condición dificulta la adaptación de la persona al entorno cultural y social en que vive y crea lo que se conoce como malestar subjetivo (Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Menta, 2008). En conclusión, salud mental es el bienestar absoluto psíquico y social mientras que un trastorno mental implica la pérdida de dicho bienestar por motivos de distinta índole.

Respecto a la prevalencia de los trastornos mentales comunes en las consultas de Atención Primaria en España, se ha registrado como muy alta y afecta a personas en edad laboral. El 49.2% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria de toda España cumplen los criterios diagnósticos para al menos un probable trastorno de ansiedad, depresión o somatización (Roca, Gili, Garcia-Garcia, Salva, & Vives, 2009). En el ámbito de la investigación prácticamente todos los estudios relacionados con enfermedad mental y actividad física se han realizado en hospitales, por tanto, cabe destacar que la intervención llevada a cabo se ha realizado en un centro de rehabilitación, fuera de los centros de salud.

El principal diagnóstico dentro de las diversas enfermedades mentales severas es el trastorno de esquizofrenia que suele ir ligado a una adicción, este tipo de asociación es lo que se denomina patología dual. La esquizofrenia es una enfermedad psicótica que incluye sintomatología positiva y negativa lo suficientemente grave como para causar disfunción social y ocupacional durante un período de al menos seis meses. La sintomatología positiva refleja un exceso o una distorsión de las funciones normales y se manifiesta en síntomas tales como delirios, alucinaciones y lenguaje y conducta desorganizados. Los síntomas negativos reflejan una reducción o pérdida de las funciones normales, que consisten en síntomas como aplanamiento afectivo, apatía, aislamiento social y deterioro cognitivo (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014). La definición promulgada por la Sociedad Española de Patología Dual establece que “la patología dual es la denominación aplicada, en el campo de la salud mental, para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental” (Sociedad Española de Patología Dual, 2005). La sintomatología descrita anteriormente se desencadena por lo que se denomina sustancia psicoactiva, este tipo de sustancias ejercen una acción concreta en la vida psíquica del individuo. Las más típicas y conocidas son, por un lado, las “drogas ilegales” como la cocaína, el cannabis; y las “drogas legales” por otro, tales como el tabaco, el alcohol y medicamentos que presentan un potencial tóxico y crean dependencia. Estas sustancias tienen la capacidad de producir dependencia psíquica (deseo exacerbado) e incluso, en algunas ocasiones, física, cuya manifestación es la tolerancia (necesidad progresiva de aumentar la dosis) acompañada o no de abuso (incapacidad de privarse de alguna cosa) (Satué, 2013).

Los problemas que pueden afectar a las personas con enfermedad mental severa se presentan tanto a nivel físico (movilidad, coordinación, equilibrio, fuerza, resistencia, flexibilidad y dolor corporal), psicológico, cognitivo (memoria, atención, concentración, velocidad de procesamiento de información, aprendizaje y resolución de problemas) como social (cooperación y relacionarse) (Satué, 2013).

La rehabilitación psiquiátrica pretende ayudar a la superación o disminución de estos problemas físico-cognitivo-sociales. La actividad física representa un nuevo modelo flexible potencialmente susceptible a ser incorporado como un complemento positivo a esta práctica rehabilitadora. El deporte mejora la salud física y el bienestar, aumenta la sociabilidad, la autoeficacia y la autoestima. También es bien aceptado y bien tolerado por los usuarios (Corretti, 2011). Las diferencias en la condición física de las personas con trastorno mental que practican actividad física y las que no lo hacen, son significativas, concretamente en lo que se refiere a la fuerza muscular y el equilibrio, con un mejor rendimiento para aquellos sujetos físicamente activos (Perez-Cruzado, 2017). Por tanto, las personas físicamente activas tienden a presentar un riesgo reducido de caídas y fracturas debido a sus niveles más altos de aptitud física (Perez-Cruzado, 2017). Para describir el equilibrio estático de la población con SMI la literatura disponible propone el Flamingo Balance Test, que pertenece a la batería EUROFIT (Vancampfort et al., 2012; Vancampfort et al., 2015). Para la evaluación del equilibrio dinámico, no hay literatura que aporte datos para esta población específica, sin embargo, el Timed & Go Test (TUG), ha sido propuesto como un test de campo fiable y útil para medir en poblaciones con riesgo de padecer problemas de salud mental (Kear, Guck, & McGaha, 2017). En definitiva, por lo que se puede extraer de la literatura, se observa que las personas con enfermedad mental presentan problemas a nivel motor, constituyendo el ejercicio una buena práctica para alcanzar la mejora física y el aumento del equilibrio, procurando, así, prevenir el riesgo de caídas.

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

- Diseñar un programa de AF que mejorase el equilibrio estático y dinámico en la población SMI.
- Incrementar la adherencia de los participantes a la AF.

3. MÉTODO

3.1 Participantes:

En la intervención fueron reclutados unas 6 personas con patología dual, es decir, adicción más un trastorno mental asociado (esquizofrenia), en el cual 1 era hombre y 5 mujeres, con edades comprendidas entre 25 y 56 años, con una altura de 172,8 cm (± 10) y un peso de 73,3 (± 15 kg), con una ingesta de entre 2 y 3 medicamentos de carácter antipsicótico y una duración media desde el diagnóstico dual de 17 años (± 8 años). Además, todos los participantes de estudio presentan un perfil de actividad física inactivo. Un criterio de exclusión en el taller donde se realizó la intervención fue que los usuarios que realizaban actividad física más vigorosas no participaron en el programa debido a las normas del centro.

3.2 Descripción del test:

Durante la intervención se midió a un grupo de 6 personas mediante dos tests de campo, uno para el equilibrio estático, utilizando el Flamingo balance test (FB) y el otro, para el equilibrio dinámico, utilizando el Timed Up & Go (TUG).

Flamingo Test

El primer test mide el equilibrio en la pierna dominante. El participante debe colocarse a la pata coja sobre un haz de metal sin zapatillas, agarrándose la pierna que no va a ser medida y que esta flexionada por el tobillo. Este debe encontrar el equilibrio ayudado por la mano del medidor, una vez encontrado se suelta del medidor y se pone en marcha el cronómetro. Se debe pausar el cronómetro cada vez que la persona pierda el equilibrio y apoye el pie de la pierna flexionada en el suelo. Este se vuelve a iniciar donde se paró, cuando vuelva a recuperar el equilibrio. Se contabilizarán el número de caídas o pérdidas de equilibrio en 60 segundos desde que se inició el equilibrio. Si hay más de 15 caídas en los primeros 30 segundos, el test será finalizado y la puntuación dada al participante es de cero (Vancampfort et al., 2012).



Figura 1. Flamingo sin barra

Timed Up & Go test (TUG)

El Timed Up & Go (TUG) fue desarrollado para medir la movilidad y el riesgo de caídas. Tiene una buena fiabilidad y sensibilidad específica para medir el riesgo de caídas. Este test mide en segundos el tiempo que tarda un individuo en levantarse de una silla, andar una distancia de 3 metros, girar y volver a la silla, donde tiene que sentarse de nuevo. El individuo necesita llevar ropa cómoda (chándal) y no recibe ayuda para realizar este test. No se puede correr. Se usa un cronómetro. Este test varía en función de la población estudiada, pero generalmente se acepta como bueno un tiempo menor a 14 segundos (Kear et al., 2017).

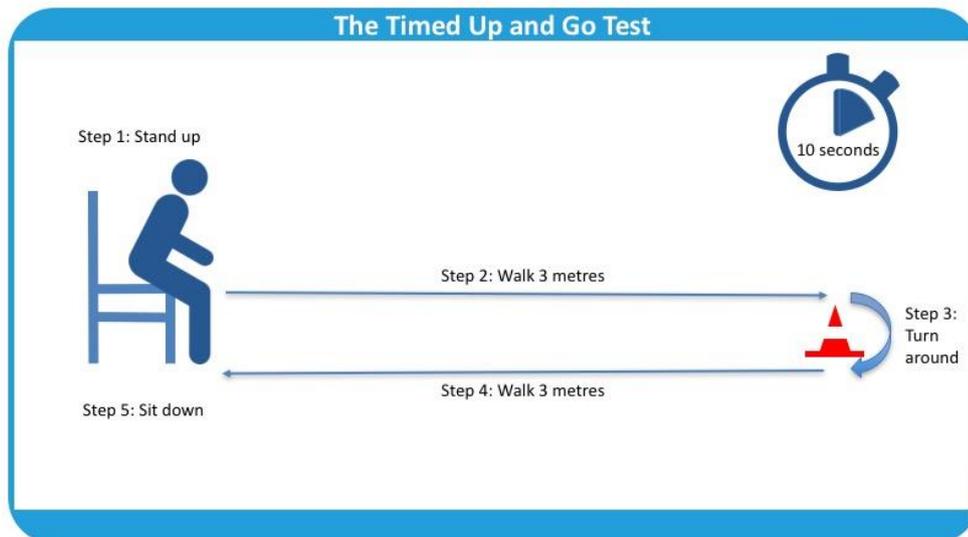


Figura 2. Time Up and Go Test.

3.3 Procedimiento:

En el programa de actividad física para mejorar el equilibrio se realizaron dos mediciones, una al inicio de la intervención y el otro al finalizar la misma, tres meses más tarde.

Las mediciones se realizaron por la mañana en pareja, antes de nada, se le colocó una pegatina con sus iniciales para tener una herramienta para identificar a los usuarios que participaron en las mediciones y se les explicó el procedimiento, las normas que se debían seguir y se les preguntó si lo entendían. Además, se intentó que tanto en el Pre y el Post todos los usuarios fueran con la misma pareja.

En el apartado de anexos (figura 4), se presenta la distribución del trabajo planteado para personas con patología dual a lo largo de tres meses en los que trabajan tres días por semana durante una hora. El objetivo principal es prevenir el riesgo de caídas, por tanto, se intercalan los contenidos principales, es decir, se realiza una sesión de fuerza (Core y miembro inferior) más equilibrio, intercala con otra sesión de coordinación. Todo ello con el fin de trabajar aquello que se quiere mejorar a lo largo de la intervención, es decir, disminuir el riesgo de caídas y ganar estabilidad corporal, que se encuentra afectada debido a los medicamentos y el deterioro asociado a dichas patologías; lo que conlleva a un aumento significativo de la probabilidad de sufrir caídas por los usuarios.

Además, hay otros contenidos secundarios que tienen importancia en la programación, es decir, el trabajo cognitivo debido a que presentan un importante deterioro mental y el trabajo del esquema corporal ya que no tienen conciencia de su cuerpo y de cómo funciona. Así pues, las sesiones realizadas se han dividido en cinco bloques de trabajo: condición física y salud (trabajo de fuerza y resistencia cardiorrespiratoria), psicomotricidad (circuitos para mejorar la coordinación), juegos y deportes adaptados, expresión corporal y sensibilización visual y auditiva. Estos bloques se presentan con el fin de que el usuario en la intervención presente una motivación óptima mediante la variabilidad de actividades y se sienta competente. En las siguientes imágenes se presentan algunos de los ejercicios que se emplearon para trabajar en personas con esquizofrenia:

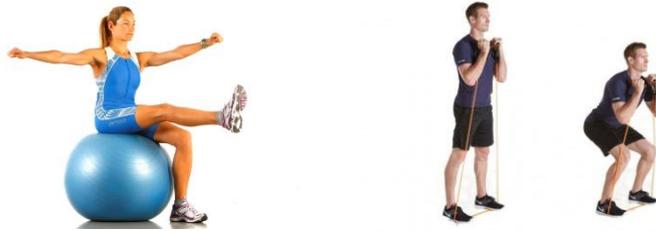


Figura 3. Ejemplos de ejercicios.

Otro aspecto a tener en cuenta es que los programas de actividad física deben ser atractivos con el objetivo de aumentar la adhesión de las personas con salud mental. Por tanto, en este programa se ha optado por la variabilidad de actividades y el uso de la música con el fin de obtener una mayor participación. Se realizó un registro a lo largo de los tres meses y se obtuvo una asistencia de los participantes de un 85-90% en las sesiones, es decir, se obtuvo un porcentaje elevado de participación.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La marcha y el equilibrio se ven afectados en personas con salud mental severa debido a los problemas que les causa la propia patología y los efectos secundarios de los medicamentos que ingieren. El realizar un programa de actividad física enfocado en trabajar la fuerza de miembros inferiores durante 3 meses parece ser efectivo para mejorar el equilibrio dinámico (TUG) en usuarios con esquizofrenia. Los resultados obtenidos en el test de equilibrio estático parecen no ser fiables, especialmente el Flamingo en barra. Los usuarios con SMS tienden a presentar un importante deterioro del equilibrio y por ello, la realización de este test supone un gran reto motivador para ello. Así, sería recomendable identificar otros instrumentos que sean válidos, fiables y viables para medir el equilibrio estático en esta población.

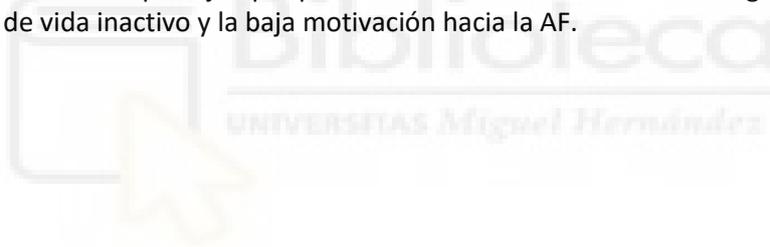
En definitiva, se observa que las personas con enfermedad mental presentan problemas a nivel motor, constituyendo el ejercicio una buena práctica para alcanzar la mejora física que repercute en la mejora de la capacidad de equilibrio dinámico, procurando así prevenir el riesgo de caídas y, el bienestar general. Este último aspecto fue recogido a través de una pequeña encuesta que se realizó con el fin de recopilar feedback por parte de los usuarios para darle un valor extra a los resultados cuantitativos extraídos del trabajo, algunos de los comentarios que se extrajeron fueron los siguientes: “El ejercicio favorece a tener sensaciones positivas, evita el cansancio, invita a la evasión, produce un estado de relajación, disminuye la ansiedad y aumenta la autoestima”, “Antes me sentía cansado, ahora ese cansancio ha disminuido”, “Ya no me tropiezo tanto, estoy más ágil”, “Estoy más alegre, más activa”, “Las sensaciones que me ha producido son tranquilidad, estado eufórico, alegría, evasión...”, “La música me ha facilitado la actividad física porque me produce alegría, felicidad, motivación”, “Disfruto más realizando ejercicio físico en grupo que solo porque se coopera, se establecen vínculos de amistad, se crea complicidad entre los compañeros; el deporte es mejor todos juntos”, “Después del ejercicio me siento más tranquilo, libero tensiones, siento bienestar, me noto más concentrado, relajado, despeja la cabeza, te desahogas”. Y la principal conclusión fue: “Se debe practicar ejercicio”.

Desde un enfoque profesional, los sectores que trabajan con personas con enfermedad mental no tienen conciencia de la importancia y de los beneficios que produce la actividad física en su rehabilitación, por tanto, intervenciones como la expuesta se presentan como un campo de trabajo muy interesante sobre el que especializarse para desempeñar nuestra labor. En este sentido, sería interesante plantear diversos programas para este tipo de poblaciones y mejorar su calidad de vida.

Para concluir, desde el punto de vista del profesional a cargo de la intervención, este tipo de prácticas suponen un aprendizaje continuo, día a día, participando y haciendo participar a los usuarios. Trabajar con poblaciones especiales, es decir, personas con diferentes condiciones de salud, aporta nuevas formas de conocimiento y ofrece la oportunidad de aplicar lo aprendido a lo largo de la carrera pudiendo llevarlo a cabo sin limitaciones. Además, intervenciones en este tipo de poblaciones permiten observar y valorar cualidades que deben ser ciertamente consideradas como son la flexibilidad y la adaptabilidad de los usuarios. Entender los beneficios que produce la actividad física tanto a nivel físico como psicológico en estas poblaciones es clave para que los profesionales encargados de estas poblaciones especiales tengan en cuenta que el graduado en Ciencias de la Actividad Física tiene mucho que aportar a este sector y puede ser un instrumento esencial en la rehabilitación de personas con enfermedades mentales.

4.1 Limitaciones del estudio:

- Falta de experiencia de la muestra participando en estudios científicos, lo cual llevaba cierta dificultad a la hora de explicar los test y llevar a cabo las mediciones.
- Dificultad para en condiciones similares en el Pre y en el Post debido a la propia idiosincrasia del centro.
- Falta de test validados para medir el equilibrio estático como dinámico en esta población.
- Dificultad para que las personas con enfermedad mental se adhieran hábitos saludables como por ejemplo practicar actividad física de forma regular debido a su estilo de vida inactivo y la baja motivación hacia la AF.



5. BIBLIOGRAFÍA:

Artículos de revistas:

Brief, G., Screening, F., & Test, G. O. (n.d.). Assessment Protocols for Standardized Balance Tests, 1–8.

Campo-Arias, A., Herazo, E., & Oviedo, H. (2012). Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 659–671.

Corretti, C. M. (2011). Sport in Psychiatric Rehabilitation: A Tool in Pre-Acute, Post-Acute and Chronic Phase. *International Journal of Clinical Medicine*, 568-569.

Hopkins, W. G. (2000). Measures of reliability in sports medicine and science. *Sports Medicine*, 30(1), 1-15.

Kazdin, A. E. (2008). Evidence- Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146–159.

Kear, B. M., Guck, T. P., & McGaha, A. L. (2017). Timed up and go (TUG) test: Normative reference values for ages 20 to 59 years and relationships with physical and mental health risk factors. *Journal of Primary Care and Community Health*, 8(1), 9–13.

Perez-Cruzado, D., Cuesta-Vargas, A. I., Vera-García, E., & Mayoral-Cleries, F. (2017). Physical fitness and levels of physical activity in people with severe mental illness: A cross-sectional study. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 9(1), 1–6.

Roca, M., Gili, M., García-García, M., Salva, J., & Vives, M. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 52–58. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.0>

Vancampfort, D., Probst, M., Sweers, K., Maurissen, K., Knapen, J., Willems, J. B., ... De Hert, M. (2012). Eurofit test battery in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: Reliability and clinical correlates. *European Psychiatry*, 27(6), 416–421.

Arostegui, I., & Núñez, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). *ESTADÍSTICA ESPAÑOLA*, 147 a 192.

Sitio webs:

Sociedad Española de Patología Dual. (2005). Obtenido de Sociedad Española de Patología Dual: <http://www.patologiadual.es>

Confederación Salud Mental España (2018). Obtenida de la Confederación Salud Mental España: <https://consaludmental.org/>

Organización Mundial de la Salud (2013). Obtenida de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Libros:

Dsm-, D. E. L., & Edición, Q. (2014). Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición. Asociación Americana de Psiquiatría, 1–25.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Panamericana.

(FEAFES), C. E. (2008). *Guía de estilo. Salud mental y medios de comunicación*. . Galicia: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

Mental Health & Drugs_capitulo.pdf. (n.d.).



6. ANEXOS

| OBJETIVOS | MESOCICLO | FEBRERO | | MARZO | | | | | | | | | ABRIL | | | | | |
|----------------------|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | MICROCICLO | SEMANA 4 | | SEM 1 | SEM 2 | | | SEM 3 | | | SEM 4 | | | SEM 3 | SEM 4 | | SEM 5 | |
| | DÍAS | 26 | 26 | 1 | 5 | 6 | 8 | 12 | 12 | 15 | 19 | 20 | 22 | 12 | 17 | 19 | 24 | 26 |
| | N° SESIONES | Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Sesión 4 | Sesión 5 | Sesión 6 | Sesión 7 | Sesión 8 | Sesión 9 | Sesión 10 | Sesión 11 | Sesión 12 | Sesión 13 | Sesión 14 | Sesión 15 | Sesión 16 | Sesión 17 |
| | EQUILIBRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COORDINACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FUERZA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESISTENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLEXIBILIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNICIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESQUEMA CORPORAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HABILIDADES SOCIALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Figura 4. Planificación.