



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2013-14

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Actividad física y salud mental en una
Unidad de Hospitalización Breve**

Ángel Pavón Gómez

Setembro de 2014

Directores:

María Calvo Leira

Luis J. Márquez Álvarez

Contenido

1. Introducción	4
1.1. La actividad física y la ocupación humana	4
1.2. Las Unidades de Hospitalización Breve	7
2. Formulación de la pregunta de estudio	9
3. Metodología	10
4. Resultados.....	13
5. Discusión	33
6. Conclusiones	35
7. Bibliografía.....	36

1. Introducción

1.1. La actividad física y la ocupación humana

En la prehistoria, el hombre necesitaba poseer una condición física adecuada para buscar seguridad y sobrevivir, a través de la agilidad, fuerza, velocidad y energía, esto le permitía conseguir alimento y recorrer mayores distancias con menores dificultades.

El culto al cuerpo humano era fundamental en la Grecia antigua, así la educación física estaba considerada como una parte indispensable en la educación intelectual del hombre. Las ciudades estado contaban con ciudadanos soldado que medraban en su posición social a través de éxitos militares. Fue en esta época cuando el médico griego Galeno de Pérgamo propuso la utilización de ejercicios específicos para cada parte del cuerpo y el uso de la medición del ritmo cardíaco como medio para detectar los efectos del ejercicio¹.

Los romanos combinaban el entrenamiento físico con otras habilidades como el estudio, la política, etc. Fueron los primeros en constatar que la actividad física regular favorecía el desarrollo de otras muchas capacidades de la persona¹.

La gimnasia moderna nació a principios del siglo XIX en Suiza y Alemania con deportes como: saltos, carreras y luchas al aire libre, natación, equilibrio, danza, esgrima, escalada y equitación¹.

La actividad física como hoy la entendemos, se origina a través de la sistematización de comportamientos que desde la antigüedad el hombre uso para mejorar sus condiciones para la guerra¹.

En su concepción más moderna, la condición física funcional, aptitud física o forma física (fitness) es definida por Caspersen y Merrit como un “estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo, afrontar las emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar las enfermedades derivadas de la falta de actividad física y

desarrollar el máximo de la capacidad intelectual”². La condición física tiene distintos componentes, algunos tienen una relación directa con la salud y otros, en cambio, sólo son importantes para el rendimiento físico y deportivo. Además, no todos ellos tienen la misma importancia para la salud.

Los componentes más importantes para conservar la salud y la capacidad funcional en la mayoría de las personas son: resistencia cardiorrespiratoria, composición corporal, fuerza muscular y flexibilidad. Estos componentes son denominados por el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional de la AOTA como “características del usuario”, concretamente las define como funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento³.

La actividad física y la salud están ligadas desde los primeros seres humanos que habitaron la tierra, una de las primeras referencias históricas documentadas de esta relación data de la Grecia clásica donde Hipócrates prescribía ejercicio como medida terapéutica a los pacientes diagnosticados de lo que él llamaba “melancolía”, una afección de características similares a la depresión mayor actual¹.

A finales del siglo XVIII el Tratamiento Moral, cuyo principal impulsor fue Philippe Pinel, identifica el trabajo, el ejercicio físico y las manualidades como ejes centrales que garantizan la salud. Del mismo modo, el trabajo y la utilización de actividades cotidianas, de entretenimiento y el ejercicio físico constituyen también la base fundamental del Retiro de York, fundado por Tuke en 1796⁴⁻⁵. Con este movimiento y por diversas influencias contextuales del momento nace la psiquiatría moderna⁵.

La contribución fundamental a la actividad física diaria se debe a actividades cotidianas como andar, transportar objetos, subir escaleras o realizar las tareas domésticas.²

Sin embargo, la sociedad actual no favorece la actividad física debido a factores tales como: la automatización de las fábricas, los sistemas de transporte o la amplia gama de equipos electrónicos en las viviendas.

Elementos que han reducido de forma muy apreciable la necesidad de desarrollar trabajo físico y han fomentado el sedentarismo.²

Se calcula que más de un 70% de la población en los países desarrollados no realiza la suficiente actividad física como para mantener la salud y controlar el peso corporal.² Esta cifra elevada de inactividad física (sedentarismo) es una causa importante de morbilidad y mortalidad.

En comparación con aquellos que son físicamente activos, las personas sedentarias tienen un riesgo sustancialmente mayor de desarrollar diabetes, enfermedades del corazón, presión arterial alta, y un número importante de otras patologías crónicas e incapacitantes.¹⁻⁷

La Terapia Ocupacional es definida como “el arte y la ciencia de ayudar a las personas a realizar las actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y su bienestar a través de la participación en ocupaciones valiosas”⁵. Propugna la idea principal de la existencia de una relación positiva entre salud y ocupación, bajo la perspectiva de que todas las personas son seres ocupacionales³.

El dominio y proceso de terapia ocupacional dirige a los profesionales de esta disciplina, a enfocarse en el desempeño en las ocupaciones que resultan de la interacción dinámica de la persona, sus ocupaciones, el contexto y el ambiente en el que están inmersas³. Los profesionales de terapia ocupacional reconocen que la salud es alcanzada y mantenida cuando los usuarios son capaces de comprometerse en ocupaciones y actividades que permitan la participación deseada o necesaria en el domicilio, la escuela, el centro de trabajo y la vida de la comunidad³⁻⁶.

Con este fin, los terapeutas ocupacionales aplican valores, conocimiento y habilidades para que las personas se comprometan con las actividades diarias u ocupaciones que quieran y necesiten hacer, promoviendo así la

salud y la participación³. Wilcock y Townsend recalcan que los profesionales de terapia ocupacional están comprometidos no sólo con la ocupación sino también con la complejidad de factores que fortalecen y hacen posible el compromiso de la persona y la participación en ocupaciones positivas que promuevan la salud⁴. Por lo tanto, el compromiso con la ocupación como el foco de la intervención de la terapia ocupacional incluye el aspecto tanto subjetivo (emocional y psicológico) y objetivo (físicamente observable) de los aspectos del desempeño³.

Diferentes autores², Definen la actividad física como: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resulte en un gasto de energía añadido al gasto del metabolismo basal (el gasto de energía en situación de reposo). Es decir, se refiere a la energía utilizada para el movimiento, un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las funciones vitales (respiración, digestión y circulación de la sangre, entre otras).

Se entiende, por lo tanto, que la actividad física es una actividad necesaria e intrínseca a la naturaleza humana.

1.2. Las Unidades de Hospitalización Breve

Los dispositivos de salud mental en Galicia los establece la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia y se dividen en dos tipos, dispositivos básicos y dispositivos complementarios.

Dentro de los dispositivos básicos, encontramos las unidades de hospitalización breve o UHB. Son dispositivos destinados al ingreso, tratamiento y cuidado temporal de pacientes con cuadros clínicos agudos. Tratan de conseguir una compensación de los síntomas en el plazo más breve posible, de manera que se produzca una pronta reinserción del individuo en su medio.

El ingreso generalmente se realiza por imposibilidad de abordaje de forma ambulatoria, debido al riesgo para sí o para otros que entraña, la resistencia al tratamiento, la imposibilidad de seguimiento de las pautas terapéuticas en situaciones de ausencia familiar, o bien para estudio diagnóstico.

Las UHB están ubicadas e integradas en el hospital general como un servicio de éste, adaptando sus recursos y funcionamiento a las características de su especialización.

Los objetivos principales a los que está destinada son:

- Evaluación y diagnóstico pluridimensional e interdisciplinar.
- Tratamiento de los usuarios según protocolo establecido para sus patologías.
- Custodia de las personas que necesiten contención específica por el tipo de patología que padecen.
- Atención y apoyo a las familias, implicándolas de forma activa en el proceso terapéutico de su familiar.
- Garantizar la continuidad asistencial mediante una coordinación con el resto de dispositivos de la red de Salud Mental.

2. Formulación de la pregunta de estudio

¿Cómo puede mejorar sobre la persona, desde el ámbito de la Terapia Ocupacional, la implementación de una serie de hábitos y rutinas para mejorar las áreas de ocupación desde el ejercicio físico y su asesoría en el contexto de las UHB?

Para ello, se plantea necesario un paso previo principal como es encontrar evidencias con respecto al tipo de ejercicios que afectan directamente a la salud mental.

El tipo de metodología escogido por su idoneidad es una revisión sistemática.

3. Metodología

Durante los meses de febrero a agosto de 2014 se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el concepto de actividad física, la intervención con esta en el ámbito de salud mental, su relación con la ocupación humana y la salud, y sobre su eficacia en el contexto de las rutinas dentro de las unidades de hospitalización breve.

Las bases de datos de elección han sido:

- **CINAHL:** Base de datos internacional para los profesionales de la enfermería y para estudiantes, profesores e investigadores de otras ramas derivadas.
- **Medline (vía PubMed):** Es un proyecto desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM). Permite el acceso a bases de datos bibliográficas compiladas por la NLM.
- **OTseeker:** Base de datos que contiene resúmenes de revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorios referentes a la terapia ocupacional. Los ensayos han sido evaluados y calificados para ayudar a evaluar su validez e interpretación.
- **Scopus:** Es la mayor base de datos de resúmenes y citas de literatura revisada por expertos y fuentes Web de calidad con herramientas electrónicas para rastrear, analizar y visualizar la investigación, y se incorpora sin interrupciones en el volumen de trabajo de los investigadores.
- **JBI Connect +:** Contiene revisiones producidas por la Colaboración Joanna Briggs en el ámbito de la práctica basada en la evidencia. Las revisiones se centran en el significado de viabilidad pertinencia y efectividad de las intervenciones de salud.
- **Biblioteca Cochrane Plus:** Incluye un gran número de revisiones sistemáticas del campo de la salud en castellano e

inglés que permiten simplificar el proceso de búsqueda y de resultados.

La estrategia de búsqueda se ha basado en la utilización de los siguientes descriptores: “enfermedad”, “salud”, “terapia ocupacional”, “hospitalización breve”, “salud mental”, “psiquiatría”; “deporte”, “actividad física”; y en inglés “health”, “psychiatric”, “antidepressant”, “mental health”; “sport”, “physical activity”. El operador booleano utilizado ha sido “AND” para relacionar los términos.

En la revisión, se han seleccionado las referencias que cumplen los siguientes criterios de inclusión:

1. Se incluirán artículos científicos en los que se estudie a personas con enfermedad mental que reciban tratamiento en alguno de los recursos de salud mental disponibles, principalmente en unidades de hospitalización breve y que sean de edad adulta.
2. Se excluirán de este estudio aquellos artículos que hablen de intervenciones no relacionadas con terapia ocupacional ni con la actividad física como elemento rehabilitador, así como cartas al director, artículos de opinión y editoriales.
3. Los artículos científicos que se tendrán en cuenta estarán tanto en castellano como en inglés.
4. No se tendrán en cuenta los artículos con una antigüedad mayor de 10 años.

De manera adicional al resultado, se tendrá en cuenta el nivel de evidencia que aporta. Los niveles de evidencia se han extraído de la Jerarquía de los estudios por el tipo de diseño y los Grados de recomendación del U.S. Preventive Services Task Force (Tablas I y II).

Tabla I. Jerarquía de los estudios por el tipo de diseño (USPSTF)

Nivel de Evidencia	Tipo de Estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II-2	Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

Tabla II. Significado de los grados de recomendación (USPSTF)

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios)
B	Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios)
C	Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
D	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
I	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.

4. Resultados

Una vez seleccionados los artículos de las bases de datos ya mencionadas, se ha llevado a cabo una lectura crítica de los mismos, escogiendo 24 artículos relevantes.

La Tabla III resume los resultados de acuerdo a los diferentes tipos de estudios y sus niveles de evidencia.

Referencia	Tipo de estudio	Año de publicación	Nivel de evidencia
Sue Lawrence, Mary De Silva, Robert Henley. Deporte y juegos para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Revisión Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2010 Issue 1 Art no. CD007171. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Revisión bibliográfica	2010	IA
Ussher M, West R, Taylor A, McEwen A. Intervenciones con ejercicios para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Revisión bibliográfica	2004	IA
Gillian E Mead, Wendy Morley, Paul Campbell, Carolyn A Greig, Marion McMurdo, Debbie A Lawlor. Ejercicio para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: <i>Biblioteca Cochrane Plus</i> 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2009 Issue 3 Art no. CD004366. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Metátesis	2009	IA

Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Revisión sistemática	2008	IA
Faulkner G, Cohn T, Remington G. Intervenciones para reducir el aumento de peso en la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Revisión sistemática	2008	IA
Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Revisión sistemática	2008	IA
Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Revisión sistemática	2008	IA
Montgomery P, Dennis J. Ejercicios físicos para problemas del sueño en adultos mayores de 60 años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i> , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de <i>The Cochrane Library</i> , 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Revisión sistemática	2008	IA
Krogh J, Speyer H, Nørgaard HC, Moltke A, Nordentoft M. Can exercise increase fitness and reduce weight	Ensayo clínico	2014	II-1B

in patients with schizophrenia and depression? Front Psychiatry. 2014;5:89.			
Lin SS, Sheu SJ, Lee YC, Chiang HH. The physical activity and life healing in psychiatric patients: taijiguan as an example. Hu Li Za Zhi. 2014; 61(4):46-55.	Análisis narrativo	2014	II-2C
Stanton R, Happell B. A systematic review of the aerobic exercise program variables for people with schizophrenia. Curr Sports Med Rep. 2014; 13(4):260-6.	Revisión sistemática	2014	IB
Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2014 Mar 31.	Revisión sistemática y metánlisis	2014	IB
Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A, Geddes J. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2014; 14:117.	Revisión sistemática y metánlisis	2014	IB
Oertel-Knöchel V, Mehler P, Thiel C, Steinbrecher K, Malchow B, Tesky V, Ademmer K, Prvulovic D, Banzer W, Zopf Y, Schmitt A, Hänsel F. Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2014.	Estudio de casos y controles	2014	II-2 ^a
Vancampfort D, Probst M, De Hert M, Soundy A, Stubbs B, Stroobants M, De Herdt A. Neurobiological effects of physical exercise in schizophrenia: a systematic review. Disabil Rehabil. 2014.	Revisión sistemática	2014	IA
Vancampfort D, De Hert M, Vansteenkiste M, De Herdt A, Scheewe TW, Soundy A, Stubbs B, Probst M. The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. Psychiatry Res. 2013; 210(3):812-8.	Estudio correlacional	2013	II-3C
Ozbulut O, Genc A, Bagcioglu E, Coskun KS, Acar T, Alkoc OA, Karabacak H, Sener U, Ucok K. Evaluation of physical fitness parameters in patients with schizophrenia. Psychiatry Res. 2013; 210(3):806-11.	Estudio de casos y controles	2013	II-2B

Manjunath RB, Varambally S, Thirthalli J, Basavaraddi IV, Gangadhar BN. Efficacy of yoga as an add-on treatment for in-patients with functional psychotic disorder. Indian J Psychiatry. 2013; 55(Suppl 3): S374-8.	Estudio de casos y controles	2013	II-2B
Malchow B, Reich-Erkelenz D, Oertel-Knöchel V, Keller K, Hasan A, Schmitt A, Scheewe TW, Cahn W, Kahn RS, Falkai P. The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013; 263(6):451-67.	Revisión sistemática	2013	IB
O'Brien C, Gardner-Sood P, Corlett SK, Ismail K, Smith S, Atakan Z, Greenwood K, Joseph C, Gaughran F. Provision of health promotion programmes to people with serious mental illness: a mapping exercise of four South London boroughs. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2014; 21(2):121-7.	Ensayo clínico	2014	IA
Bassilios B, Judd F, Pattison P, Nicholas A, Moeller-Saxone K. Predictors of exercise in individuals with schizophrenia. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2013 Mar 7:1-28.	Estudio poblacional	2013	IA
Kerling A, Tegtbur U, Ziegenbein M, Grams L, Heinze DR, Sieberer M. Exercise capacity and quality of life in patients with schizophrenia. Psychiatr Q. 2013; 84(4):417-27.	Estudio de casos y controles	2013	II-2A

Sue Lawrence, Mary De Silva, Robert Henley. Deporte y juegos para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 1 Art no. CD007171. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

En este estudio se realizó una búsqueda de artículos relevantes sobre depresión ansiedad y neurosis, para la selección de artículos era necesario que trataran sobre usuarios diagnosticados de trastorno de estrés post traumático mediante los criterios detallados en el DSM IV o CIE 10, además tenían que haber sido participes en actividades deportivas o juegos programados de forma organizada tanto individual como colectivamente.

Ussher M, West R, Taylor A, McEwen A. Intervenciones con ejercicios para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Este estudio hace una comparación de varios ensayos aleatorios que comparan un programa solo de ejercicios para dejar el hábito de fumar, con un programa como complemento a otras terapias para abandonar el hábito del tabaco. Concluye que hay evidencias de que el ejercicio sumado a otras terapias puede ayudar a eliminar hábitos nocivos como es el tabaquismo, aunque sería de ayuda ensayos clínicos con muestras poblacionales más grandes.

Gillian E Mead, Wendy Morley, Paul Campbell, Carolyn A Greig, Marion McMurdo, Debbie A Lawlor. Ejercicio para la depresión

(Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD004366. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Este estudio es una revisión que tiene como objetivo determinar la efectividad del ejercicio en el tratamiento de la depresión. Seleccionaron diversos ensayos controlados con asignación al azar en los que se compara el ejercicio físico con el tratamiento estándar, el tratamiento placebo o sin tratamiento en los adultos mayores de 18 años diagnosticados de depresión. Concluye que el ejercicio parece mejorar los síntomas depresivos aunque de forma moderada e incluso no significativa si no va acompañado de la adecuada terapia farmacológica.

Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Este estudio tiene como objetivo la evaluación de los efectos de las intervenciones con ejercicio físico en la reducción o prevención de la ansiedad o depresión en jóvenes de hasta 20 años de edad. Concluye que hay un pequeño efecto positivo en el tratamiento de los jóvenes con ejercicio físico, pero la diversidad de síntomas que presentan los pacientes de la muestra dificulta obtener unos resultados más fiables.

Faulkner G, Cohn T, Remington G. Intervenciones para reducir el aumento de peso en la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update

Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Esta revisión tiene como objetivo Determinar los efectos de las estrategias farmacológicas (excluye el intercambio de la medicación) y las estrategias no farmacológicas para reducir o impedir el aumento de peso en pacientes con esquizofrenia. Concluye que la pérdida de peso moderada puede lograrse de forma muy exitosa basándose en intervenciones selectivas, farmacológicas y no farmacológicas.

Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Esta revisión tiene como objetivo Evaluar los efectos de las intervenciones para la promoción de la actividad física en adultos de 16 años o más, que no viven en una institución. Esta revisión sugiere que las intervenciones con actividad física tienen un efecto moderado sobre la actividad física y el estado cardiorrespiratorio autoinformado, pero no así para lograr un nivel predeterminado de actividad física por lo que sería de interés crear un hábito y una rutina estable con el fin de mantenerla en el tiempo.

Montgomery P, Dennis J. Ejercicios físicos para problemas del sueño en adultos mayores de 60 años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Este estudio tiene como objetivo la revisión de diversos artículos sobre el tratamiento con ejercicio físico de pacientes que padecen insomnio, se excluyen los pacientes con demencia o depresión pero se incluyen los que poseen otras patologías mentales. Concluye que el tratamiento con hipnóticos es efectivo pero se pueden reducir las dosis de los mismos si se combina con un programa de actividad física adecuado ya que ayuda a mejorar el sueño y la calidad de vida.

Krogh J, Speyer H, Nørgaard HC, Moltke A, Nordentoft M. Can exercise increase fitness and reduce weight in patients with schizophrenia and depression? Front Psychiatry. 2014;5:89.

Se identificaron cinco ensayos que incluyeron pacientes con esquizofrenia (n = 94) y encontramos poca evidencia de que el ejercicio podría aumentar la capacidad cardiovascular o disminuir de peso. Se identificaron nueve ensayos de ejercicio para los pacientes con depresión (n = 892) aumentar el bienestar cardiovascular por 11 a 30% y la fuerza al 33-37%. No se encontró evidencia a favor del ejercicio para reducir peso debido al tamaño de la muestra, sin embargo concluyen que puede ayudar si se mantiene en el tiempo y tiene otros beneficios a nivel mental además de favorecer unos hábitos más saludables.

Lin SS, Sheu SJ, Lee YC, Chiang HH. The physical activity and life healing in psychiatric patients: taijiguan as an example. Hu Li Za Zhi. 2014; 61(4):46-55.

Los datos fueron recogidos a partir de un centro de día psiquiátrico en un hospital universitario en Taipéi. Los 6 pacientes que participaron en este estudio incluyeron 3 con trastornos bipolares y 3 con la esquizofrenia. Investigación narrativa y de grupos de enfoque entrevistas se utilizaron para la recolección de datos cualitativos y el análisis. Los primeros resultados de experiencias de los participantes fueron clasificados en 3

temas: 1. Aprendizaje kung fu en el Taijiquan; 2. Releasing de unión a través de la práctica de Tai Chi Chuan; y 3 Búsqueda de la excelencia a través del aprendizaje de Taijiquan. Los puntos de vista de la enfermedad, el cuerpo y la interacción interpersonal, así como las tres etapas del dilema, la trascendencia / aclimatación y conocimiento para los pacientes psiquiátricos y su mundo de aprendizaje del Taijiquan fueron descritos y los posibles efectos terapéuticos en el cuerpo y la vida diaria de estos pacientes fueron explorados. Las conclusiones después de la familiarización con las medidas posturales y conceptos clave de este ejercicio, el Taijiquan facilita la relajación del cuerpo, mayor percepción, y el equilibrio postural. En consecuencia, este ejercicio estabilizó el estado de ánimo, estado de la enfermedad, y la capacidad para el manejo de las relaciones interpersonales de los participantes y en consecuencia puede mejorar su estado, su calidad de vida y la recuperación de la enfermedad a largo plazo. Los resultados de este estudio recomiendan que el Taijiquan puede ser incluido como una actividad terapéutica para los pacientes psiquiátricos para mejorar su salud y contribuir a su curación y recuperación.

Stanton R, Happell B. A systematic review of the aerobic exercise program variables for people with schizophrenia. Curr Sports Med Rep. 2014; 13(4):260-6.

Varios estudios demuestran los beneficios positivos del ejercicio para las personas con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos; sin embargo no han sido evaluadas las variables del programa de ejercicios que resultan de estos efectos positivos. Por tanto, el objetivo de esta revisión sistemática fue describir las variables del programa de ejercicios aeróbicos que se utilizaron en los ensayos controlados aleatorios y que informaron el efecto positivo del ejercicio en el tratamiento de la esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Los estudios analizaron la frecuencia de ejercicio, intensidad, duración de la sesión, el tipo de

ejercicio, duración de la intervención, la entrega del paciente en el ejercicio, y el nivel y la calidad de la supervisión en el cumplimiento. La calidad del estudio se evaluó mediante la escala Evidence Database Fisioterapia. Tres estudios cumplieron los criterios de inclusión. Encontramos que el ejercicio aeróbico incluyendo cinta de correr a pie y el ejercicio cíclico utilizado como una intervención grupal supervisada dura 30 a 40 minutos por sesión y realizado 3 veces por semana a una intensidad moderada parece ser valioso para las personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Las intervenciones variaron de 10 a 16 semanas. No se informaron eventos adversos en los estudios incluidos. La evidencia sugiere que el ejercicio aeróbico es seguro y beneficioso para las personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2014 Mar 31.

Se seleccionaron los ensayos controlados aleatorios de adultos con un diagnóstico DSM-IV o CIE-10 de una enfermedad mental que no sea la distimia o trastornos de la alimentación. Las intervenciones incluyeron programas de ejercicios, asesoramiento ejercicio, las intervenciones de estilo de vida, el tai chi o yoga físico. Se identificaron treinta y nueve ensayos elegibles. En el meta-análisis primario se encontró un gran efecto de la actividad física en los síntomas depresivos ($n = 20$; diferencia de medias estandarizada (DME) = 0,80). El tamaño del efecto de intervenciones de los ensayos que cumplían con las directrices del ACSM para el ejercicio aeróbico aunque no difirió significativamente de los que no cumplían con estas pautas. El efecto para los ensayos con mayor calidad metodológica fue menor que la observada para los ensayos con calidad metodológica inferior (DME = 0,39 vs 1,35); Sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Un gran efecto fue

encontrado por los síntomas de esquizofrenia (DME = 1.0), un efecto pequeño fue encontrado por antropometría (DME = 0,24), y no se encontraron efectos moderados de la capacidad aeróbica (DME = 0,63) y la calidad de vida (DME = 0,64). La actividad física reduce los síntomas depresivos en las personas con enfermedad mental. Efectos más grandes se observaron en los estudios de menor calidad metodológica. La actividad física reduce los síntomas de la esquizofrenia y mejoró las medidas antropométricas, la capacidad aeróbica y la calidad de vida en las personas con enfermedad mental.

Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A, Geddes J. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2014; 14:117.

Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis de ensayos controlados aleatorios que compararon el efecto de las intervenciones con ejercicio físico en los individuos con enfermedades mentales graves. Ocho ensayos controlados aleatorios fueron identificados en la búsqueda sistemática. Seis ejercicios versus atención habitual. Un estudio evaluó el efecto de un programa de ciclos frente a ejercicios de fortalecimiento muscular y tonificación. El estudio final comparó el efecto de la adición de consejos específicos sobre ejercicios y capacidad de motivación para un programa de caminata sencilla. La revisión encontró que el ejercicio mejora de los niveles de actividad, la diferencia de medias estandarizadas. No se encontró efecto negativo alguno sobre los síntomas de la esquizofrenia. No se encuentra cambio en el índice de masa corporal en comparación con la atención habitual o el peso corporal. Se observó efectos beneficiosos en la ansiedad y los síntomas depresivos, o la calidad de vida en relación con los dominios físicos y mentales. Esta revisión sistemática mostró que las terapias de ejercicio pueden llevar a un modesto aumento en los niveles de actividad de ejercicio y la calidad de vida, pero no hubo ningún cambio perceptible

para los síntomas de la salud mental, el índice de masa corporal y el peso corporal.

Oertel-Knöchel V, Mehler P, Thiel C, Steinbrecher K, Malchow B, Tesky V, Ademmer K, Prvulovic D, Banzer W, Zopf Y, Schmitt A, Hänsel F. Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2014.

Dos grupos de enfermedades (n = 22 pacientes con trastorno depresivo mayor y n = 29 pacientes con esquizofrenia) que fueron agrupados por edad, sexo, duración de la enfermedad y los años de educación. Recibieron entrenamiento cognitivo, ya sea combinado con el ejercicio físico aeróbico o con entrenamiento de relajación mental. Las intervenciones incluyeron 12 sesiones (3 veces por semana) durante un período de tiempo de 4 semanas, con una duración cada una de 75 minutos (30 minutos de entrenamiento cognitivo + 45 min de entrenamiento de relajación cardio entrenamiento / mental). Los parámetros cognitivos y las puntuaciones de las psicopatologías de todos los participantes se pusieron a prueba en las sesiones previas y posteriores a las pruebas y luego se compararon con un grupo control de espera. En el grupo total de pacientes, los resultados indican un aumento en el rendimiento cognitivo en los dominios de aprendizaje visual, memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento, una disminución en el estado de ansiedad y un aumento en la calidad de vida subjetiva entre antes y después de la prueba. Los efectos en los pacientes con esquizofrenia en comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor fueron más significativos para el rendimiento cognitivo, mientras que no hubo efectos tan destacados en comparación con los pacientes con esquizofrenia en los valores de la psicopatología individual. Pacientes con TDM mostraron una reducción significativa en los síntomas depresivos y de ansiedad después del período de intervención. Los

pacientes con esquizofrenia redujeron la gravedad de los síntomas negativos de pre y post-prueba. En suma, los efectos para la formación combinada fueron superiores a las otras formas de tratamiento. El ejercicio físico puede ayudar a reducir los síntomas psicopatológicos y mejorar las habilidades cognitivas. Las rutinas de intervención empleadas en este estudio prometen agregar las opciones de tratamiento psicopatológico y médicos actuales y podría ayudar a la transición a un enfoque multidisciplinario. Sin embargo, una limitación del presente estudio es el corto intervalo de tiempo para las intervenciones (incluyendo 6 semanas antes y después de la prueba).

Vancampfort D, Probst M, De Hert M, Soundy A, Stubbs B, Stroobants M, De Herdt A. Neurobiological effects of physical exercise in schizophrenia: a systematic review. Disabil Rehabil. 2014.

El objetivo de la revisión sistemática era proporcionar un resumen de los efectos neurobiológicos de ejercicio físico para las personas con esquizofrenia. Se llevó a cabo una búsqueda con los artículos de información para elaborar las revisiones sistemáticas y meta-análisis de los estados (PRISMA). Las búsquedas se llevaron a cabo hasta abril 2013 a través de tres bases de datos: Medline, PsycINFO y EMBASE. De los 654 resultados de la búsqueda de datos iniciales, dos estudios informaron en 3 artículos, incluyendo 48 pacientes (seis mujeres) con esquizofrenia, cumplieron con los criterios de elegibilidad. La calidad metodológica de cada estudio fue alta. Los datos sobre los cambios de volumen del hipocampo después del ejercicio físico fueron conflictivos, mientras que los cambios físicos provocados por el ejercicio en otras áreas del cerebro estaban ausentes. Los aumentos en el volumen del hipocampo después del ejercicio físico se correlacionaron con las mejoras en la capacidad aeróbica y la memoria a corto plazo. Las conclusiones afirman que las implicaciones del ejercicio físico para la Rehabilitación de personas con

esquizofrenia pueden contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de rehabilitación.

Vancampfort D, De Hert M, Vansteenkiste M, De Herdt A, Scheewe TW, Soundy A, Stubbs B, Probst M. The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. Psychiatry Res. 2013; 210(3):812-8.

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los procesos motivacionales derivados de la autodeterminación y la continuación de la práctica de actividad física en pacientes con esquizofrenia. En el marco de la Teoría de la Autodeterminación que se usó en el estudio de estos pacientes mediante el examen de la estructura factorial del Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire-2 (BREQ-2) y la investigación de las asociaciones entre la motivación y la actividad física. El objetivo secundario fue estudiar las diferencias en la motivación en función del sexo, el nivel educativo, el establecimiento de tratamiento y estadio de la enfermedad. Un total de 129 pacientes con esquizofrenia aceptaron participar en el estudio. El análisis factorial exploratorio mostró suficiente convergencia con el factor original para la desmotivación y la regulación externa, mientras que las regulaciones identificadas e intrínsecas se analizaron en un solo factor que etiquetaron como "regulación autónoma". Los resultados sugieren que el nivel de autodeterminación de los pacientes puede tener un papel importante en la adopción y el mantenimiento de conductas promotoras de la salud en pacientes con esquizofrenia.

Ozbulut O, Genc A, Bagcioglu E, Coskun KS, Acar T, Alkoc OA, Karabacak H, Sener U, Ucok K. Evaluation of physical fitness parameters in patients with schizophrenia. Psychiatry Res. 2013; 210(3):806-11.

Los objetivos de este estudio fueron comparar la capacidad aeróbica y anaeróbica de ejercicio, la función pulmonar, la composición corporal y los parámetros de distribución de la grasa en pacientes con un grupo de personas con esquizofrenia y un grupo control de personas sanas, para investigar la asociación entre estos parámetros. Sesenta pacientes con esquizofrenia y 60 (30 hombres, 30 mujeres) y (30 varones, 30 mujeres) controles sanos fueron incluidos en el estudio. La capacidad aeróbica máxima se estimó con el protocolo de ejercicio submáximo Astrand, y el rendimiento anaeróbico se determinó con un test de Wingate. La composición corporal se estableció con un analizador de impedancia bioeléctrica. Las pruebas de función pulmonar, espesor del pliegue cutáneo y mediciones de la circunferencia del cuerpo también se llevaron a cabo. La capacidad aeróbica máxima, la potencia anaeróbica máxima, la capacidad anaeróbica y pruebas de función pulmonar (capacidad vital forzada y la ventilación voluntaria máxima) resultaron ser menores en los grupos de esquizofrénicos masculinos y femeninos en comparación con los controles. El porcentaje de grasa corporal, cintura y abdomen, resultaron ser mayores en los pacientes esquizofrénicos de sexo femenino que mujeres del grupo control. Los resultados sugieren que la capacidad aeróbica máxima, la potencia anaeróbica máxima, y la capacidad anaeróbica son bajas en los pacientes con esquizofrenia en comparación con los controles sanos. La baja condición cardiorrespiratoria está relacionada con la función pulmonar reducida y la composición corporal alterada en los pacientes con esquizofrenia.

Manjunath RB, Varambally S, Thirthalli J, Basavaraddi IV, Gangadhar BN. Efficacy of yoga as an add-on treatment for in-patients with functional psychotic disorder. Indian J Psychiatry. 2013; 55(Suppl 3): S374-8.

Este estudio se llevó a cabo en el entorno habitual de los pacientes usando un diseño simple ciego aleatorio controlado.

Un total de 88 pacientes con psicosis fueron aleatorizados en el grupo de terapia de yoga (n = 44) y grupo de ejercicio físico (n = 44). Sesenta pacientes completaron el período de estudio de un mes y medio. Los pacientes que completaron en el grupo de yoga (n = 35) y en el grupo de ejercicio (n = 25) fueron similares en el perfil demográfico, los parámetros de la enfermedad y los resultados de la psicopatología en la línea base. Los dos grupos de tratamiento no tuvieron serias diferencias entre su cuadro clínico al final de 2 semanas. Al final de 6 semanas, los pacientes en el grupo de yoga sin embargo tenían puntuaciones medias más bajas en la Clinical Global Impression Severity (CGIS), Positive and Negative Syndrome Scale (subescala total y general de la psicopatología) y Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). El análisis de medidas repetidas de la varianza detectó una ventaja para el yoga en ejercicio en la reducción de las puntuaciones CGIS y HDRS clínicos. Las conclusiones indican que la inclusión de un programa de ejercicios de yoga o de relajación junto con el tratamiento farmacológico estándar es factible y puede ser beneficiosa incluso en la etapa temprana y aguda de la psicosis.

Malchow B, Reich-Erkelenz D, Oertel-Knöchel V, Keller K, Hasan A, Schmitt A, Scheewe TW, Cahn W, Kahn RS, Falkai P. The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013; 263(6):451-67.

El deterioro cognitivo influye en la calidad de vida del paciente, así como su capacidad para trabajar y tener un empleo. Mientras que la terapia de ejercicio se ha aplicado en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas desde los días de Kraepelin y Bleuler, nunca se han estudiado de forma sistemática los mecanismos subyacentes. Desde principios de 1990, los estudios surgieron examinar el efecto del ejercicio físico en los modelos animales, revelando la estimulación de la neurogénesis, sinaptogénesis y la neurotransmisión. Basado en ese cuerpo de trabajo, los estudios

clínicos han llevado a cabo tanto en seres humanos sanos y en poblaciones de pacientes. Estos estudios difieren en cuanto a las muestras homogéneas de estudio, tamaño de la muestra, el tipo y la duración del ejercicio, las variables de resultados y técnicas de medición. Basándose en su opinión, sacamos conclusiones respecto a las recomendaciones para futuras estrategias de investigación que muestran que los enfoques terapéuticos modernos deben incluir el ejercicio físico como parte de un programa de intervención multimodal para mejorar la psicopatología y los síntomas cognitivos en la esquizofrenia y los trastornos afectivos.

O'Brien C, Gardner-Sood P, Corlett SK, Ismail K, Smith S, Atakan Z, Greenwood K, Joseph C, Gaughran F. Provision of health promotion programmes to people with serious mental illness: a mapping exercise of four South London boroughs. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2014; 21(2):121-7.

Las personas con enfermedad mental grave están en mayor riesgo de desarrollar varias enfermedades de la salud física, lo que contribuye a la reducción de manera significativa la esperanza de vida en comparación con la población general. En vista de ello, el Departamento de Salud de Reino Unido ha establecido la salud física de las personas con problemas de salud mental como una prioridad para la mejora. Además, el gobierno del Reino Unido y las autoridades locales fomentan programas para la promoción de la salud de personas con trastornos mentales graves. Para documentar cuántos y qué tipos de programas de promoción de la salud estaban disponibles para las personas con TMG a través de cuatro ciudades de London South, Reino Unido. Encontraron 145 programas de promoción de la salud que estaban disponibles para las personas con enfermedad mental grave en los cuatro condados, pero con una distribución desigual. También se encontró que ciertos programas establecen unos criterios de admisión que pueden

actuar como una barrera para mejorar la salud. Las personas con enfermedad mental grave, tales como la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y desorden bipolar tienen un riesgo mayor de desarrollar diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, contribuyendo a la reducción de la esperanza de vida significativamente. Como resultado, se ha puesto énfasis en el desarrollo de los Programas de Promoción de la Salud para modificar el riesgo de problemas de salud física en TMG. La conclusión refiere que estos programas de promoción de la salud pueden ayudar a personas con trastornos mentales graves en su día a día mejorando su calidad de vida y contribuyendo a formar unos hábitos de vida favorables para este colectivo.

Bassilios B, Judd F, Pattison P, Nicholas A, Moeller-Saxone K. Predictors of exercise in individuals with schizophrenia. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2013 Mar 7:1-28.

La mortalidad en los individuos con esquizofrenia, incluyendo muertes no atribuibles a los accidentes y el suicidio, es al menos el doble que la de la población general. Si bien el aumento de ejercicio físico podría promover resultados positivos en la salud mental y física de los individuos con esquizofrenia, sólo se ha reportado otro estudio de los determinantes de ejercicio dentro de esta población. Este estudio intenta resolver este vacío en el conocimiento mediante pruebas de la aplicabilidad del modelo transteórico de cambio de comportamiento para predecir el comportamiento del ejercicio en las personas con esquizofrenia. 49 participantes (42 con esquizofrenia y 7 con trastorno esquizoafectivo) de tres centros de salud en Melbourne, Australia, completaron una serie de cuestionarios, una entrevista, las medidas de su nivel de salud física, y se examinaron sus registros médicos. Se utilizaron estas medidas: ejercicio, mediadores del cambio, el estado de salud, los comportamientos de riesgo para la salud, el uso de medicamentos antipsicóticos, la

psicopatología, antecedentes psiquiátricos, y la información demográfica. Variables que se correlacionaron significativamente con la fase de ejercicio fueron incluidos en una serie de análisis de regresión para determinar su poder predictivo relativo de los resultados del ejercicio. Los resultados demostraron que el modelo transteórico y sus medidas asociadas pueden ser válidas para la integración de las intervenciones con el objetivo de promover el ejercicio de los individuos con esquizofrenia, a pesar de los síntomas clínicos. Las rutinas para con personas con alguna psicopatología deben promover el ejercicio y el modelo transteórico puede ser de beneficio para este fin. Las estrategias que promuevan el ejercicio cuando la mala salud autopercebida es visto como una importante barrera son particularmente importantes, como es la reducción del consumo de cafeína y otros comportamientos perjudiciales para la salud.

Kerling A1, Tegtbur U, Ziegenbein M, Grams L, Heinze DR, Sieberer M. Exercise capacity and quality of life in patients with schizophrenia. Psychiatr Q. 2013; 84(4):417-27.

El objetivo de este estudio fue el de resolver la relación entre la capacidad física (PC) y la calidad de vida (CV) en pacientes esquizofrénicos y controles sanos. 31 pacientes (PG: 18 varones, 13 mujeres) y un grupo control (GC) de 50 sujetos sanos (15 hombres, 35 mujeres) participaron. PC fue evaluada como consumo máximo de oxígeno [VO₂ pico, (ml (min kg KG) (- 1))] y la potencia expresada en vatios por kilogramo (W kg (-1)). QoL se evaluó mediante el cuestionario SF-36. Los pacientes con esquizofrenia mostraron una reducción del VO₂ pico (hombres: PG 29 ± 5 vs CG 44 ± 10; mujeres: PG 21 ± 4 vs CG 30 ± 8) y la potencia (varones: PG 2,04 ± 0,47 vs 3,43 ± 0,70 CG ; hembras PG 1,40 ± 0,28 frente a 2,43 ± 0,52 CG). Escalas del cuestionario SF-36 fueron inferiores en el PG. Mientras que en las correlaciones CG fueron encontrados entre el PC y varias subescalas de calidad de vida, este no fue el caso en el PG. El PC

restringido visto en el PG no mostró relación con la valoración de su subjetivamente empeorado QoI, lo que indicaría que hay que evaluar las limitaciones derivadas en los pacientes esquizofrénicos de manera diferente que los sujetos control sanos.

5. Discusión

La actividad física en sí misma no es una ocupación, pero crea una base fundamental a través de la mejora de la condición física de las personas.¹²⁻¹⁴ El ir a hacer la compra, subir las escaleras de casa, llevar a cabo las tareas del hogar, incluso el quedar para tomar un café con un amigo tiene un componente físico que es necesario para ejecutar estas acciones.¹⁵⁻¹⁹ Es decir, sin actividad física no es posible la ocupación.

Las pautas para usar la actividad física como ocupación en una unidad de hospitalización breve se basan en elaborar actividades de forma individual o grupal, con un componente físico de fondo.²⁰ Llevar a cabo intervenciones que mejoren el estado físico del usuario realizando las adaptaciones pertinentes según su perfil psicopatológico para que todos los usuarios puedan participar en el tratamiento. Si un usuario sufre de depresión tendremos que estimularlo para que participe de forma activa en la terapia, si por el contrario se encuentra en un estado maníaco, debemos marcar unos límites y llevar una dinámica más relajada para que pueda formar parte en las actividades planteadas.¹²⁻²⁷

Las pautas que garantizan el éxito en los resultados encontrados sugieren:¹²⁻³³

- Realizar un mínimo de 45 minutos por sesión.
- Involucrar actividades cardiorrespiratorias como ejercicios aeróbicos y ejercicios que tonifiquen los músculos. Esto se emplea como base para otras actividades futuras.
- Ejercicios de flexibilidad que favorezcan la postura corporal.
- Dinámicas tanto individuales como en parejas, de manera rotativa, favoreciendo el contacto de una persona con más de un participante, es decir, aumentando el componente de interacción interpersonal.
- Dinámicas grupales de objetivos lúdicos y de ocio con componentes físicos que impliquen componentes psicológicos y emocionales.

- Rutinas de relajación, que pueden ser combinadas con técnicas de relajación tradicional como yoga, taichí, etc.

Estas pautas siguen tanto una implicación física, como componentes sociales y emocionales, de manera que se plantea a la persona como entidad holística. Su finalidad por tanto, no consiste en un simple mantenimiento de la actividad física, sino en cómo esta se vinculará posteriormente a su vida diaria y a sus ocupaciones.

Para centrar más la atención en el usuario y en la significatividad de las tareas, se pueden plantear dinámicas a los usuarios o incluso proponerles que busquen ellos alguna actividad significativa que se pueda emplear para mejorar la condición física y así también formen parte activa en su intervención.

Por las características de las unidades de hospitalización breve, los fármacos empleados y el perfil de los usuarios, estos suelen pasar mucho tiempo tumbados o con un nivel bajo de actividad, lo que provoca dificultades en el tránsito intestinal. Con una intervención adecuada, usando la actividad física como medio podemos ayudar a mejorar este problema. La actividad física puede actuar sobre aquellos síntomas no psicóticos y algunos derivados de la estancia en las unidades de hospitalización breve que pueden afectar a las necesidades vitales de las personas como el control de esfínteres y sus AVD derivadas.

6. Conclusiones

Las intervenciones de los terapeutas ocupacionales en personas con enfermedades mentales graves pretenden realizar una aproximación a la persona desde un punto de vista holístico, considerando la relación entre el individuo y el entorno como un elemento en el que actuar para proporcionar a la persona una mayor autonomía y mejora en su calidad de vida.

Los diferentes estudios concluyen que la actividad física como medio para fomentar la ocupación y mejorar el nivel de desempeño puede ser efectiva. La experiencia ha demostrado que a través del deporte las personas que padecen una enfermedad mental, minimizan los síntomas de la enfermedad, aumentan la autoestima, perfeccionan habilidades sociales, y permite oportunidades para salir del aislamiento. En definitiva; lo que consigue es mejorar su calidad de vida.

Si a esto combinamos la acción farmacológica y otras terapias adyuvantes, la probabilidad de una mejoría en el contexto de las UHB puede aumentarse en gran medida.

7. Bibliografía

1. Rodríguez López J. Vol. 20 de teoría e historia, Colección verde: Historia del deporte. Ed. Ilustrada. INDE; 2000.
2. Márquez Rosa S, Garatachea Vallejo N, editores. Actividad física y salud. España: Fundación Universitaria Iberoamericana; 2009
3. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez b, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010espa.html>
4. Cantero Garlito PA. La utilización de la actividad en psiquiatría: confluencias, paralelismos y discordancias. [revista en internet] [acceso el 23/07/2014]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/20230/>.
5. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional. Teoría y técnicas. Barcelona: Editorial Masson; 2003.
6. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Rae.es; 2011 [acceso 22/07/2014]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.
7. Blesedell Crepau E, Cohn ES, Boyt Schell BA. Terapia ocupacional. 10ªed. Argentina: EditorialPanamericana; 2008.
8. Richardson C, Faulkner G, McDevitt J, Skrina G, Hutchinson D, Piette J. Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. Psychiatr serv.2005; 56 (3): 324-331.
9. McDevitt J, Snyder m, Miller A, Wilbur J. Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation. J nurs scholarship.2006; 38(1): 50-55.

10. Asztalos M, De Bourdeaudhuij Ilse, Cardon G. The relationship between physical activity and mental health varies across activity intensity levels and dimensions of mental health among women and men. *Public health nutr.* 2009; 13(8): 1207–1214.
11. Iwasaki Y, Coyle C, Shank J. Leisure as a context for active living, recovery, health and life quality for persons with mental illness in a global context. *Health promot int.* 2002; 25(4): 483-494.
12. Sue Lawrence, Mary De Silva, Robert Henley. Deporte y juegos para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD007171. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
13. Ussher M, West R, Taylor A, McEwen A. Intervenciones con ejercicios para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Gillian E Mead, Wendy Morley, Paul Campbell, Carolyn A Greig, Marion McMurdo, Debbie A Lawlor. Ejercicio para la depresión (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD004366. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

16. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Intervenciones para reducir el aumento de peso en la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
17. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
18. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. Montgomery P, Dennis J. Ejercicios físicos para problemas del sueño en adultos mayores de 60 años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
20. Krogh J, Speyer H, Nørgaard HC, Moltke A, Nordentoft M. Can exercise increase fitness and reduce weight in patients with schizophrenia and depression? *Front Psychiatry*. 2014;5:89.

21. Lin SS, Sheu SJ, Lee YC, Chiang HH. The physical activity and life healing in psychiatric patients: taijiguan as an example. *Hu Li Za Zhi*. 2014; 61(4):46-55.
22. Stanton R, Happell B. A systematic review of the aerobic exercise program variables for people with schizophrenia. *Curr Sports Med Rep*. 2014; 13(4):260-6.
23. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2014 Mar 31.
24. Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A, Geddes J. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2014; 14:117.
25. Oertel-Knöchel V, Mehler P, Thiel C, Steinbrecher K, Malchow B, Tesky V, Ademmer K, Prvulovic D, Banzer W, Zopf Y, Schmitt A, Hänsel F. Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014.
26. Vancampfort D, Probst M, De Hert M, Soundy A, Stubbs B, Stroobants M, De Herdt A. Neurobiological effects of physical exercise in schizophrenia: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2014.
27. Vancampfort D, De Hert M, Vansteenkiste M, De Herdt A, Scheewe TW, Soundy A, Stubbs B, Probst M. The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2013; 210(3):812-8.
28. Ozbulut O, Genc A, Bagcioglu E, Coskun KS, Acar T, Alkoc OA, Karabacak H, Sener U, Ucok K. Evaluation of physical fitness parameters in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2013; 210(3):806-11.

29. Manjunath RB, Varambally S, Thirthalli J, Basavaraddi IV, Gangadhar BN. Efficacy of yoga as an add-on treatment for in-patients with functional psychotic disorder. *Indian J Psychiatry*. 2013; 55(Suppl 3): S374-8.
30. Malchow B, Reich-Erkelenz D, Oertel-Knöchel V, Keller K, Hasan A, Schmitt A, Scheewe TW, Cahn W, Kahn RS, Falkai P. The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013; 263(6):451-67.
31. O'Brien C, Gardner-Sood P, Corlett SK, Ismail K, Smith S, Atakan Z, Greenwood K, Joseph C, Gaughran F. Provision of health promotion programmes to people with serious mental illness: a mapping exercise of four South London boroughs. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014; 21(2):121-7.
32. Bassilios B, Judd F, Pattison P, Nicholas A, Moeller-Saxone K. Predictors of exercise in individuals with schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2013 Mar 7:1-28.
33. Kerling A, Tegtbur U, Ziegenbein M, Grams L, Heinze DR, Sieberer M. Exercise capacity and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatr Q*. 2013; 84(4):417-27.