

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y
RECOMENDACIONES SOBRE
ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA
Y ACTIVIDAD FÍSICA



PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Análisis de situación y Recomendaciones sobre
Alimentación Equilibrada y Actividad Física

PROMOCIÓN de la salud en personas con trastorno mental grave : análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física / [coordinación, Evelyn Huizing ... et al. ; grupo de trabajo, José Antonio Irles Rocamora ... et al.]. – [Sevilla] : Consejería de Salud, [2011]

39 p. : tablas, gráf. ; 30 cm

1. Trastornos mentales 2. Promoción de la salud 3. Educación alimentaria y nutricional

4. Ejercicio 5. Andalucía I. Huizing, Evelyn

II. Irles Rocamora, José Antonio

III. Andalucía. Consejería de Salud

WM 40



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

COORDINACION:

Plan Integral de Salud Mental de Andalucía – PISMA

Evelyn Huizing
Leonor Padilla Obrero

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental- FAISEM

Luis Fernández Portes
Valle Jimeno Luque
Inmaculada Zurita Márquez

Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada

Jesús Muñoz Bellerín

Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía -PICA

Rosa de la Fuente González

GRUPO DE TRABAJO

Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética- SANCYD

José Antonio Irles Rocamora
Juana M^a Rabat Restrepo
Isabel Rebollo Pérez

Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de la Universidad de Granada

Manuel Delgado Fernández
Ana Carbonell Baeza
Virginia A. Aparicio García-Molina
Jonatan Ruiz Ruiz
Francisco B. Ortega Porcel

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria- ASANEC

Remedios López Fernández

Plan Integral de Salud Mental de Andalucía – PISMA

Rocío Echavarri González
Margarita Sánchez Hernández
Martín Toledano García
Francisca Valdivia Romero

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental- FAISEM

Juan Manuel León Villanueva
Andrés López Pardo
Clara Mena Ortiz
Felipe Soto Galán

Federación Andaluza de Usuarios/as de Salud Mental- “En Primera Persona”

Miguel Ángel Rafael González
M^a Dolores Romero Jimeno

Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental- FEALES

José Antonio López García
María del Prado Díaz del Castillo Hernández

ÍNDICE

ABREVIATURAS	8
PRESENTACIÓN	9
1. INTRODUCCIÓN	11
2. JUSTIFICACIÓN	13
2.1. CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)	13
2.2. SALUD FÍSICA EN PERSONAS CON TMG.....	13
2.3. IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ESTADO DE SALUD.....	14
2.3.1. ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA	14
2.3.2. ACTIVIDAD FÍSICA (AF).....	15
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN EL COLECTIVO DE PERSONAS CON TMG DE ANDALUCÍA.....	16
3. 1. ALIMENTACIÓN EN PERSONAS CON TMG: PROBLEMAS MÁS FRECUENTES	16
3.1.1. PROBLEMAS FISIOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A UNA INCORRECTA ALIMENTACIÓN.....	16
3.1.2. RIESGO DE ACCIDENTES	16
3.1.3. HÁBITOS ALIMENTARIOS INADECUADOS	17
3.1.4. FALTA DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA.....	17
3.1.5. ORGANIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LAS COMIDAS.....	17
3.2. ORGANIZACIÓN DE LAS COMIDAS EN DISPOSITIVOS SANITARIOS DEL SAS Y DISPOSITIVOS RESIDENCIALES DE FAISEM	17
3.2.1. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE SALUD MENTAL DEL SAS	18
3.2.2. DISPOSITIVOS RESIDENCIALES DE FAISEM - CASAS HOGAR Y VIVIENDAS SUPERVISADAS.....	18
3.2.3. DISCUSIÓN	20
3.3. PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS CON TMG USUARIAS DE CTSM, DISPOSITIVOS RESIDENCIALES DE FAISEM Y ASOCIACIONES	20
3.3.1. RESULTADOS	21
3.3.2. DISCUSIÓN	23
4. RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON TMG.....	24
4.1. RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA.....	24
4.2. RECOMENDACIONES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA.....	27
5. CATÁLOGO DE INTERVENCIONES	32
5.1. FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	32
5.2. INTERVENCIONES EN LOS DISPOSITIVOS	32
5.2.1. ORGANIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LAS COMIDAS.....	32
5.2.2. HÁBITOS ALIMENTARIOS	32
5.2.3. OFERTA Y SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES FÍSICAS.....	32
5.3. RECURSOS MATERIALES NECESARIOS.....	33
5.4. CONEXIÓN CON OTRAS REDES Y RECURSOS	33
5.5. INTERVENCIONES SANITARIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA.....	33
6. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	35
7. GLOSARIO DE TÉRMINOS DE ACTIVIDAD FÍSICA	38
8. ENLACES DE INTERÉS	39

ABREVIATURAS

AE: alimentación equilibrada

AF: actividad física

CH: Casa Hogar (FAISEM)

CTSM: Comunidad Terapéutica de Salud Mental (SAS)

FAISEM: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental

PAFAE: Plan para la Promoción de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada

PISMA: Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

SAS: Servicio Andaluz de Salud

TMG: Trastorno Mental Grave

VS: Vivienda Supervisada (FAISEM)

PRESENTACIÓN

Esta guía que presentamos es parte de una serie de documentos sobre alimentación, actividad física y salud de la Secretaría General de Salud Pública, que se enmarcan dentro del Plan de Promoción de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada (PAFAE) con el objetivo de dar respuesta transversal a las actuaciones de promoción de la salud en los planes integrales.

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

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

Esta guía ha sido elaborada con la participación de profesionales de los ámbitos de salud y de apoyo social, expertos en nutrición y actividad física, personas usuarias y familiares, y pretende ser una herramienta práctica a la hora de promover la actividad física y la alimentación equilibrada en la población con trastorno mental grave.

Para que las recomendaciones que contiene fueran ajustadas a la realidad de nuestra población, el trabajo ha partido del análisis de la situación de las comunidades terapéuticas de salud mental del Servicio Andaluz de Salud, y en los recursos residenciales de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental y en las asociaciones de usuarios/as y familiares

La guía va dirigida tanto a profesionales de los servicios de salud y los dispositivos de apoyo social, como a las propias personas usuarias y sus familias. Incluye un catálogo de intervenciones que facilitará el desarrollo de estrategias desde los diferentes ámbitos de actuación, y un conjunto de anexos y enlaces de interés que pretenden ser instrumentos de apoyo a la hora

de llevar a la práctica las recomendaciones. La mayoría de éstos se pueden utilizar desde cualquier ámbito del entorno de las personas con trastorno mental grave, aunque otros van dirigidos preferentemente al ámbito profesional.

Quiero felicitar a todas las personas que han hecho posible este documento, que contribuye a la mejora de la salud de las personas con trastorno mental grave. Especialmente, porque aporta una nueva visión, frente a creencias erróneas, que pone en valor la importancia de la promoción de la salud en personas con alguna enfermedad mental, equiparándolas al resto de la población.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Salud Pública y Participación

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe suficiente conocimiento para afirmar que las personas que presentan enfermedades mentales y, en particular trastornos mentales graves, tienen asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, mayores tasas de mortalidad para determinadas patologías y una esperanza de vida menor que la población general.

Este aumento de la morbilidad se debe en muchos casos a la aparición de patologías concurrentes, cuya prevención, diagnóstico y tratamiento se ve dificultada por el hecho de padecer una enfermedad mental. Los elementos que contribuyen a favorecer este tipo de trastornos físicos asociados son múltiples. Los estilos de vida no saludables, influenciados por factores relacionados con la propia enfermedad, incorporan factores de riesgo para la salud. También los tratamientos farmacológicos, tan necesarios para la buena evolución de la enfermedad mental, pueden contribuir a la aparición de patologías vinculadas al síndrome metabólico. Y además, la menor accesibilidad de estas personas a una atención sanitaria continuada y adecuada a sus necesidades, debida principalmente al estigma asociado a la enfermedad mental, algo que afecta tanto a profesionales sanitarios como a pacientes, aumenta esta morbilidad.

Posiblemente, todos estos factores, así como sus interacciones, constituyan la base de un peor estado de salud en las personas con Trastorno Mental Grave (en adelante, TMG).

Todo esto aconseja desplegar acciones de promoción de la salud en personas con TMG y articular mecanismos de coordinación y cooperación entre diferentes agentes y organismos, que permitan desarrollar las medidas educativas, terapéuticas y preventivas de manera integral

Merecen una especial mención, por la importancia de la orientación a la promoción de la salud y su bienestar, las personas que sufren un primer episodio de psicosis. Es en esta fase cuando se establecen las pautas de afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias, siendo un momento crítico para ayudar a generar respuestas saludables, integrando estrategias preventivas y de promoción que favorezcan el mantenimiento de la salud y la calidad de vida.

Con este propósito, en el marco del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA), la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de

Salud viene trabajando desde 2008, conjuntamente con el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, el Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía (PICA) y el Plan de Calidad de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, en el desarrollo de las líneas de promoción de la salud para las personas con TMG y en la puesta en marcha de acciones concretas que reviertan en la mejora de su salud.

En este documento se abordan principalmente los elementos relacionados con los estilos de vida, procurando un acceso a programas y actividades de promoción de la salud en igualdad de condiciones que el resto de la población. Para ello es necesario adecuar las posibles intervenciones a las características de esta población, y ampliar la sensibilización y formación de las propias personas afectadas, sus familiares y profesionales de su entorno.

Al estar enmarcado en las líneas de trabajo del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE), este documento aborda estas áreas concretas para la población con TMG. Aquellos otros factores relacionados con estilos de vida, como son los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y otras drogas), la sexualidad, la higiene personal, el sueño y descanso, las relaciones personales y sociales, y el afrontamiento de los cambios vitales y del estrés, no se contemplarán en este trabajo.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Siguiendo el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (Consejería de Salud, 2006), al hablar de Trastorno Mental Grave (TMG) se hace referencia a un conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes, pero que además, presentan una serie de problemas comunes derivados de la discapacidad producida por la enfermedad. El impacto del TMG, así entendido, es enorme en cuanto a la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familiares.

En la literatura especializada se encuentran numerosas definiciones de TMG. Todas hacen referencia, además del diagnóstico clínico y la duración del trastorno, al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada.

El Proceso Asistencial Integrado TMG de la Consejería de Salud, instrumento de referencia para la gestión de los servicios sanitarios públicos de Andalucía, contempla las actuaciones desde que la persona demanda una asistencia hasta que ésta termina, teniendo en cuenta la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. En él se incluyen en la definición de TMG una serie de categorías diagnósticas con una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas, con duración prolongada de más de dos años, que producen afectación en una o más áreas del funcionamiento personal y social, y que necesitan un abordaje desde la complejidad. Los criterios citados hacen referencia a las siguientes categorías diagnósticas: esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes: F20 - F29 (salvo el F 23), trastornos del humor (afectivos): F31, 33.2, 33.3, y trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto: F 60.0, 60.1, 60.3.

Es importante resaltar que estos diagnósticos son una condición necesaria, pero no suficiente. Es decir, hay muchas personas con uno de estos diagnósticos que no están incluidas en el Proceso Asistencial Integrado TMG, al no tener afectadas las áreas funcional y social, por lo que no necesitan un abordaje complejo.

La complejidad del abordaje se concreta no solo en los diferentes tratamientos farmacológicos y psicológicos disponibles, sino en la necesidad de intervención en el entorno más cercano del paciente y en otros sectores que le conciernen: necesidades sociales básicas, formación, inserción laboral, disponibilidad de recursos para el ocio, etc.

El Proceso Asistencial Integrado TMG también incluye a la persona que presenta inicialmente alguna de las manifestaciones sintomatológicas psicóticas o prepsicóticas y que tiene por tanto riesgo de evolucionar de forma prolongada, presentar discapacidad y necesitar un abordaje complejo de atención, como puede ser en un primer episodio de psicosis.

2.2. SALUD FÍSICA EN PERSONAS CON TMG

Preocuparse por la salud física de las personas con TMG supone tener una especial sensibilidad, una visión más completa de los problemas, una actitud que trasciende lo exclusivamente mental, y una práctica que permite abordar la promoción de estilos de vida saludables y la prevención y control de las patologías somáticas, que incrementan la discapacidad y la mortalidad prematura en esta población. Pero es necesario aclarar que la evidencia científica que existe actualmente sobre la correlación de mayores tasas de problemas somáticos y de mortalidad para determinadas patologías, se ha obtenido principalmente de estudios realizados en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Aunque la prevalencia de enfermedades orgánicas está poco estudiada en personas con trastorno bipolar, los datos disponibles sugieren que presentan valores más elevados. El Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar (2008) considera que este trastorno se asocia a un notable deterioro de la salud física, debido a las dificultades derivadas de un acceso adecuado a los servicios de prevención y tratamiento primarios de salud, a factores inherentes a la propia enfermedad, a una menor concienciación de hábitos saludables y al efecto de algunos tratamientos farmacológicos.

Por este motivo parece adecuado generalizar las actuaciones para promover la salud física de todas las personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado TMG, independientemente del diagnóstico clínico.

La esquizofrenia se ha asociado históricamente con una mayor vulnerabilidad y mayores tasas de comorbilidad física, así como con un exceso de mortalidad. En concreto se ha demostrado que el 50% de las personas con esquizofrenia presenta al menos una enfermedad física o psiquiátrica comórbida. Entre las enfermedades físicas más frecuentes se encuentran enfermedades cardiovasculares, metabólicas, endocrinas, neurológicas, infecciosas y trastornos por abuso de sustancias.

Paralelamente, el interés en las implicaciones de la elevada comorbilidad física ha ido creciendo. Algunos

autores llaman la atención sobre el hecho de que la comorbilidad física de las personas con esquizofrenia pasa frecuentemente inadvertida y por tanto es infratratada, por lo que en general presentan un elevado riesgo de no recibir los cuidados de salud adecuados. Es una realidad que las personas con esquizofrenia tienen un menor acceso a los cuidados médicos, consumen menos cuidados y son peores cumplidores con los tratamientos que la población general.

Las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica en colaboración con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, realizaron un estudio publicado en 2008 con el objetivo de desarrollar un consenso español sobre la salud física de pacientes con esquizofrenia y las intervenciones necesarias para disminuir tanto la sobremorbilidad como la sobremortalidad de estas personas. Con posterioridad, la AETS editó en Julio de 2009 un estudio destinado a analizar de manera sistemática la evidencia científica que sustenta el concepto de que existe una mayor morbilidad y mortalidad por causas físicas en estos pacientes, y a examinar sus causas.

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

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

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

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

dades somáticas. El riesgo de morir por estas últimas es bastante superior al de la población general, muestra una tendencia creciente y se asocia especialmente con:

- Enfermedades respiratorias (42'4%).
- Enfermedades cardiovasculares (38%).
- Cáncer (18'5%).

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

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

Los estudios mencionados con anterioridad consideran que las personas con TMG suelen conocer los riesgos, aunque en muchas ocasiones no se preocupen lo suficientemente de ellos, por lo que habrá que desarrollar actuaciones para reducir los factores de riesgo modificables. Se sabe que estas personas responden aceptablemente a los programas educativos para modificar su actitud, por lo que se recomienda desarrollar intervenciones psicoeducativas complementarias a otras como el establecimiento de sistemas apropiados para monitorizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías de mayor impacto, la sensibilización de los profesionales sanitarios y la coordinación entre los servicios de salud mental y los de Atención Primaria que atienden a cada paciente. (Ver también punto 5.5 del Catálogo de Intervenciones)

2.3. IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ESTADO DE SALUD

2.3.1. Alimentación Equilibrada

Una alimentación saludable contiene cantidades suficientes de calorías y nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo óptimo del organismo en cada

etapa de la vida y para prevenir deficiencias o excesos nutricionales. Además, aporta carbohidratos, proteínas y grasas en proporciones adecuadas para reducir el riesgo de enfermedades crónicas y es esencial para llevar una vida activa y productiva.

La dieta debe ser variada y debe garantizar el aporte no sólo de los nutrientes requeridos, sino también, el consumo de cantidades suficientes de componentes alimentarios que, aunque no sean nutrientes, tienen efectos biológicos e influyen en la salud y en la vulnerabilidad a las enfermedades, como son la fibra alimentaria, el caroteno beta y sustancias fitoquímicas que se encuentran exclusivamente en los vegetales.

Se sabe que los factores genéticos, ambientales y culturales pueden afectar a la salud, pero existe evidencia científica de que el modelo alimentario es uno de los principales factores determinantes del nivel de salud, tanto individual como colectivo.

Por este motivo, y según el Comité de expertos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003, los conocimientos actuales justifican la puesta en marcha de estrategias preventivas que incluyan una alimentación equilibrada en las distintas fases de la vida para reducir los riesgos en la población.

La elección de alimentos depende no solo de las necesidades energéticas y de nutrientes que tiene el ser humano, sino que hay otros aspectos que influyen en las preferencias alimentarias: disponibilidad de alimentos, políticas económicas, tradiciones culturales y religiosas, ideas sobre la salud, razones de comodidad, publicidad, etc.

Asimismo, la alimentación representa el placer; y el compartir, jugando la familia y las personas más cercanas un importante papel en la selección de los alimentos y la planificación de menús. Existen diferentes maneras de combinar los alimentos para hacer dietas saludables y apetitosas que contribuyan a mantener el placer por la comida.

Estudios recientes ponen de manifiesto la bondad de la dieta mediterránea, caracterizada por un consumo elevado de verduras, frutas, pescado y aceite de oliva, que es el patrón tradicional de alimentación en Andalucía.

Sin embargo, desde los años 70, nos hemos alejado sustancialmente de dicho patrón, evolucionando hacia

un modelo menos cardiosaludable, con altos contenidos en grasas saturadas y colesterol. Esto unido a un aumento del comportamiento sedentario y otros estilos de vida no saludables, justifica la puesta en marcha de actuaciones que modifiquen estos hábitos.

2.3.2. Actividad Física (AF)

En la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS del año 2004 se recomienda que las personas se mantengan físicamente activas durante toda la vida. Según el tipo y la intensidad de la actividad física se logran diferentes resultados de salud; al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada con una frecuencia casi diaria reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, así como cáncer de colon y de mama. Igualmente el fortalecimiento de la musculatura y el entrenamiento para mantener el equilibrio permiten reducir las caídas y mejorar el estado funcional de las personas mayores.

Esta actividad física de intensidad moderada se corresponde con caminar de forma rápida, practicar ciclismo, natación o jardinería. La recomendación puede lograrse acumulando periodos de no menos de 10 minutos a lo largo del día, aunque periodos más cortos podrían tener también beneficios para la salud. Un buen ejemplo de esto es el uso de escaleras en lugar de ascensor. Sin embargo, para reducir el sobrepeso las personas tendrían que aumentar el tiempo de actividad física diaria hasta los 45–60 minutos.

Las recomendaciones para adultos son válidas para las personas mayores y están especialmente indicadas las actividades que promuevan la mejora de la fuerza, la coordinación y el equilibrio.

Con respecto a la salud mental, se sabe que la actividad física tiene importantes beneficios. De acuerdo con los resultados de los diferentes estudios realizados, existe evidencia científica más fuerte para la protección contra los síntomas de la depresión y la disminución cognitiva asociada al envejecimiento. Algunos resultados también han aportado pruebas que sugieren que la actividad física reduce los síntomas de ansiedad y la falta de sueño, así como los sentimientos de angustia y fatiga, y aumenta el bienestar. Los estudios más actuales apuntan a que la práctica regular de actividad física de intensidad moderada-vigorosa consigue mayores beneficios de salud mental cuando se compara con la actividad física de bajo nivel o un estilo de vida sedentario. (ver tabla 1).

TABLA 1. BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LA PRÁCTICA REGULAR DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.

EVIDENCIA CIENTÍFICA DE MODERADA A FUERTE
Protección contra síntomas de depresión
Protección contra disminución cognitiva asociada al envejecimiento (aparición de demencia)
EVIDENCIA CIENTÍFICA MODERADA
Reduce síntomas de ansiedad
Mejora el sueño
Reduce sentimientos de angustia y fatiga
Mejora el bienestar

Al tener asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, las personas con TMG pueden verse beneficiadas de la práctica regular de actividad física, considerando la evidencia científica actual de los beneficios sobre la población adulta (Tabla 2).

TABLA 2. BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LA PRÁCTICA REGULAR DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS ADULTAS.

EVIDENCIA CIENTÍFICA FUERTE Y CONSISTENTE
Menor riesgo de muerte prematura
Menor riesgo de enfermedad coronaria
Menor riesgo de infarto de miocardio
Menor riesgo de hipertensión arterial
Mejora general del perfil lipídico
Menor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2
Menor riesgo de síndrome metabólico
Menor riesgo de desarrollar cáncer de colon
Menor riesgo de desarrollar cáncer de mama
Prevención de la ganancia de peso (sobrepeso y/u obesidad)
Pérdida de peso, especialmente cuando se combina con reducción de la ingesta
Mejora general de la condición cardiovascular y muscular
Prevención de caídas
Reducción de los niveles de depresión y ansiedad
EVIDENCIA CIENTÍFICA DE MODERADA A FUERTE
Reducción de la adiposidad abdominal
EVIDENCIA CIENTÍFICA MODERADA
Menor riesgo de fractura de cadera
Menor riesgo de cáncer de pulmón
Menor riesgo de cáncer de útero
Ayuda al mantenimiento del peso tras una dieta
Incrementa la densidad mineral ósea
Mejora la calidad del sueño

Fuente: Consejería de Salud. Guía de recomendaciones para la promoción de la actividad física

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN EL COLECTIVO DE PERSONAS CON TMG DE ANDALUCÍA

3.1. ALIMENTACIÓN EN PERSONAS CON TMG: PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

El análisis de situación se centró en las personas con TMG que están en dispositivos de media y larga estancia, Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM) del Servicio Andaluz de Salud, y Casas Hogar (CH) y Vivendas Supervisadas (VS) de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), identificándose las dificultades y problemas más importantes.

3.1.1. Problemas fisiopatológicos asociados a una incorrecta alimentación

La alimentación es importante para cualquier persona, pero lo es aún más para aquellas que tienen problemas de salud física o presentan factores de riesgo para desarrollar una enfermedad. Existe evidencia científica de que una alimentación equilibrada, acompañada de otros hábitos saludables como la actividad física o el no consumo de tóxicos (incluido el tabaco), disminuye los factores de riesgo para enfermar y/o para prevenir complicaciones, una vez instaurada la enfermedad.

Como ya se ha visto en la justificación, las personas con TMG presentan con frecuencia sobrepeso y obesidad, así como mayores tasas que la población general de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, enfermedad coronaria, cerebrovascular y enfermedades respiratorias, entre otras. Esto está influenciado por los efectos secundarios del tratamiento psicofarmacológico y por factores relacionados con la propia enfermedad, pero también por los hábitos de vida inadecuados, como la alimentación desequilibrada, el sedentarismo y el tabaquismo; de ahí la importancia de lograr estilos de vida saludables.

3.1.2. Riesgo de accidentes

Los problemas de atragantamiento son muy frecuentes en estas personas y, a veces, tienen consecuencias graves. Parece que están relacionados con factores como la masticación deficitaria por problemas derivados de un mal estado bucodental y con hábitos alimentarios inadecuados, tales como una ingesta muy rápida de los alimentos por ansiedad o malas costumbres.

También se pueden presentar alergias alimentarias e interacciones específicas entre psicofármacos y alimentos que influyen en la salud y bienestar de las personas.

3.1.3. Hábitos alimentarios inadecuados

Los malos hábitos alimentarios de las personas con TMG juegan un papel importante en su salud, al igual que en la población general. La ingesta entre horas de alimentos con poco aporte nutritivo puede ser perjudicial para la salud, por lo que sería aconsejable que no se mantuviera.

Este hábito puede estar relacionado con muchas variables, como por ejemplo, el fácil acceso a máquinas de golosinas, refrescos azucarados, alcohol, aperitivos y bollería, el uso de la comida como gratificación, la falta de actividades alternativas al aburrimiento y los problemas económicos.

Estos alimentos proporcionan más calorías que nutrientes y suelen reducir el apetito. Por tanto su repercusión es doble: aportan una ingesta inadecuada de alimentos saludables para una alimentación equilibrada y aumentan excesivamente la cantidad de calorías necesarias, por lo que su consumo habitual dificulta una alimentación sana. Además, su alto contenido en azúcares y grasas poco saludables, supone un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas como obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

También en los hábitos influyen otras variables como el tiempo que se dedica a las comidas, la organización de las mismas, la participación de las personas implicadas en tareas como poner la mesa, la utilización de cubiertos de material adecuado, el servir los platos de forma secuenciada versus presentarlos todos a la vez en bandejas individuales, y la forma de estar en la mesa (sentarse bien, masticar adecuadamente, comer despacio, conversar, etc.).

3.1.4. Falta de conocimiento sobre alimentación equilibrada

Se detectan unos conocimientos limitados en nutrición y alimentación equilibrada, tanto entre profesionales de salud mental, como entre las propias personas usuarias y sus familiares.

Además, parece que existen todavía muchos mitos y creencias erróneas sobre la alimentación, por lo que habría que insistir en la desmitificación de los mismos.

Es importante que las personas que trabajan o conviven con las personas con TMG sepan confeccionar menús equilibrados y dar consejos apropiados en nutrición y actividad física.

Con respecto a las personas usuarias se hace especial hincapié en la importancia de incorporar el concepto de la educación entre iguales, a modo de ayuda mutua, ya que la información aportada por un igual llega mejor.

3.1.5. Organización y presentación de las comidas

Para fomentar una alimentación equilibrada es fundamental hacer los menús atractivos, variados y procurar una buena presentación, especialmente en las dietas.

En las comidas servidas por el hospital se observa una monotonía importante puesto que no están pensadas para pacientes con ingresos de larga duración. En estos casos, la elección del menú por parte de las personas usuarias y la individualización de las comidas en caso de necesidad, parecen medidas oportunas.

3.2. ORGANIZACIÓN DE LAS COMIDAS EN DISPOSITIVOS SANITARIOS DEL SAS Y DISPOSITIVOS RESIDENCIALES DE FAISEM

Con respecto a la alimentación es importante diferenciar entre las dos entidades y los distintos dispositivos, ya que cada cual posee sus propias características intrínsecas. Las CTSM y las CH, al tener en común que son recursos donde viven las personas en colectividad durante un tiempo prolongado, estrechamente supervisadas y tratadas por un equipo de profesionales, tienen una organización parecida y, tanto en la calidad de las comidas como en la forma de presentación de las mismas, siguen un modelo organizativo similar. Ambas disponen para la provisión y elaboración de las comidas de dos fórmulas: dispositivos con cocina propia o servidos por catering. Además en las CTSM existe la posibilidad de recibir las comidas a través del hospital al que estén adscritas.

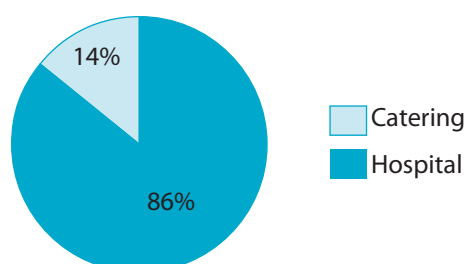
En las VS, la presencia de los y las profesionales no es permanente, por lo que la monitorización de la alimentación en todas sus facetas es más compleja. Hay distintas formas de organización de las comidas: o bien las personas residentes elaboran sus propias comidas con la ayuda de monitores/as en la compra de los alimentos y en su preparación, o bien acuden a comedores públicos, a mesones cercanos a su vivienda, o a la casa hogar más cercana.

Con respecto a las personas que viven en sus propias casas, solas o con sus familias, el seguimiento de la alimentación es más indirecto, aunque en el caso del programa de apoyo domiciliario de FAISEM, los y las profesionales tienen más posibilidades de trabajar de una manera concreta con las personas usuarias y sus familias sobre la alimentación. Las personas tratadas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) tienen un seguimiento indirecto, principalmente a través de las consultas de enfermería y psiquiatría y/o de talleres específicos relacionados con la alimentación.

3.2.1. Comunidades Terapéuticas de Salud Mental del SAS

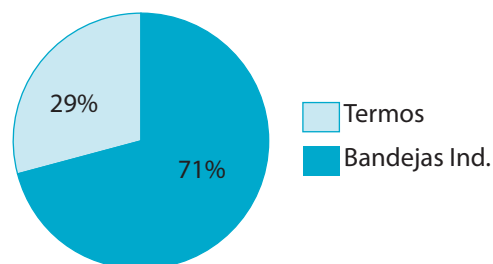
Para conocer la situación actual en las CTSM se ha recogido información sobre el proveedor de las comidas principales y la forma en que se presenta la comida. En 12 de las 14 CTSM, el hospital de referencia se hace cargo de las mismas. En las dos restantes la suministra un catering. En una de ellas, los/as cocineros/as del catering elaboran la comida en la propia CTSM y en la otra, el catering trae la comida ya preparada.

FIGURA 1. PROVISION DE COMIDAS EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE SALUD MENTAL



En 10 de las CTSM (71%) la comida se presenta en bandejas individuales, mientras que en las otras 4 CTSM (29%) se presenta en termos grandes, por lo que se distribuye de forma secuenciada, plato por plato. En éstas, el servicio de la comida es diferente al resto, ya que en 3 de ellas lo hacen pinches de cocina y en una de ellas se lo sirven las propias personas usuarias (tipo buffet). La modalidad del buffet tiene la ventaja de la normalización de las comidas, pero al mismo tiempo presenta problemas logísticos, relacionados con cantidades insuficientes, dietas especiales y transporte de la comida.

FIGURA 2. PRESENTACION DE COMIDAS EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE SALUD MENTAL



Los y las responsables de enfermería de las CTSM han aportado observaciones y posibles mejoras con respecto a las comidas, que se detallan a continuación.

En varias CTSM la cubertería y los platos son de material desechable, como en el resto del hospital, algo valorado negativamente por los profesionales de estos dispositivos. Para paliar esto, y sobre todo en aquellos casos de pacientes con problemas de desequilibrio nutricional, se suelen buscar alternativas para fomentar una ingesta adecuada a través del uso de cubiertos y platos de material no desechable y servicio secuencial de distintos platos, en lugar de hacerlo en bandeja.

En otros casos, la comida a veces viene escasa, por lo que en algunas CTSM lo solucionan con la petición de suplementos para completar las dietas, método útil también cuando la comida no es del agrado de algún paciente.

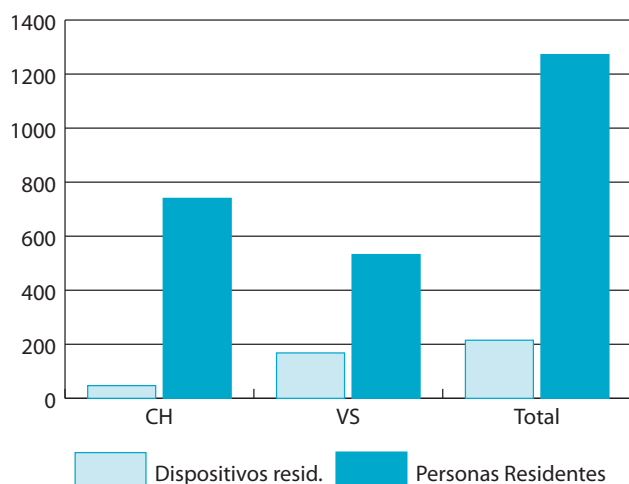
Solo en 3 de las CTSM hacen referencia a que poseen menús elegidos por las personas usuarias. Otras, refieren lo contrario, la imposición de los menús y la imposibilidad de elegir la comida. En estos casos el menú es estándar en ciclos quincenales, por lo que llega a ser bastante monótono.

Para fomentar la implicación en lo relacionado con la alimentación por parte de las personas usuarias se hacen actividades como talleres de cocina, barbacoas mensuales o compra del pan diaria en el propio barrio.

3.2.2. Dispositivos residenciales de FAISEM - Casas Hogar y Viviendas Supervisadas

La recogida de la información para conocer la forma de alimentación de las personas que residen en dispositivos de FAISEM, se realizó mediante una ficha de recogida de datos que fue enviada a las personas responsables del programa residencial de cada provincia.

FIGURA 3. RESIDENTES EN ANDALUCÍA POR TIPOLOGÍA DE DISPOSITIVOS



En ese momento, 1.272 personas con TMG vivían en recursos residenciales de FAISEM en Andalucía. El 58% de ellas en 47 Casas-Hogar y el resto en 168 viviendas supervisadas

FIGURA 4. FORMAS DE ALMUERZO DE RESIDENTES EN CASAS-HOGAR

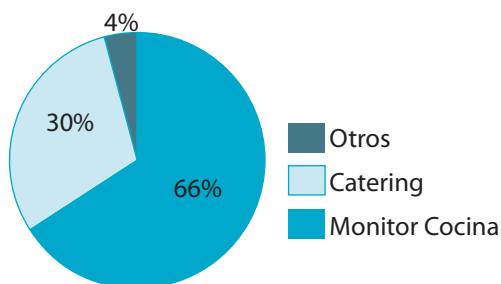
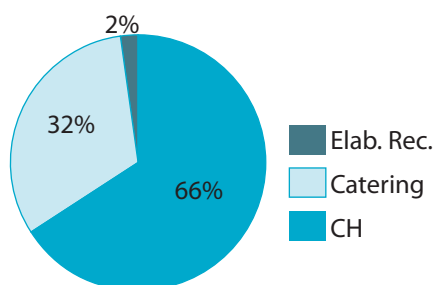


FIGURA 5. FORMAS DE CENA DE RESIDENTES EN CASAS-HOGAR

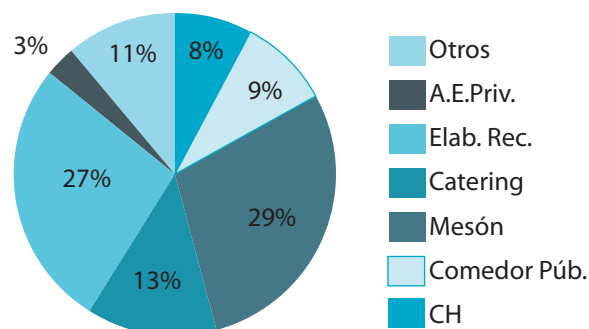


La fórmula mayoritaria de provisión de alimentos y preparación de las comidas en las CH (66%, 31 dispositivos) es a través de monitores de cocina contratados por FAISEM, que elaboran el almuerzo y la cena para las 506 personas que residen en ellas. Los menús son elaborados en el dispositivo y supervisados por profesionales de la medicina de Atención Primaria.

Aproximadamente en un 30% de las CH (14) el almuerzo y la cena para las 216 personas residentes son suministrados a través de catering.

Tan solo un pequeño porcentaje de las personas usuarias almuerzan en comedores públicos (Comedores de Mayores de la Junta de Andalucía), o privados (mesones o similares) y cenan a través de catering o elaborando la comida en la propia CH.

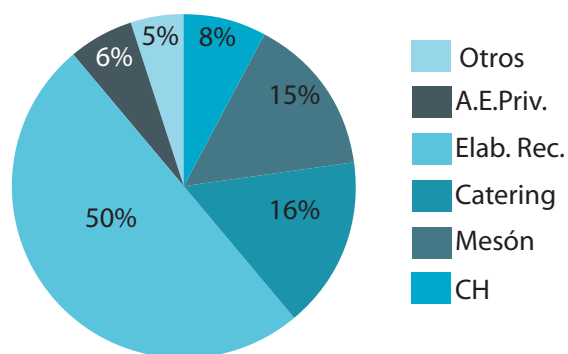
FIGURA 6. FORMAS DE ALMUERZO DE RESIDENTES EN VIVIENDAS SUPERVISADAS



En las viviendas supervisadas existe mayor variabilidad en las fórmulas organizativas para la alimentación de las personas usuarias.

Almuerzo: Algo más de una cuarta parte de las personas usuarias (29%) come en mesones, bares o restaurantes, y algo más de otra cuarta parte (27%) prepara la comida en la propia vivienda, bajo la supervisión del monitor residencial de referencia (en gráfico: 'Elab. Rec.', elaboración en el recurso). Un 13% almuerza mediante alimentos suministrados por empresas de catering, un 9% en comedores públicos (casi la mitad en Comedores de Mayores de la Junta de Andalucía), un 8% en casas-hogar, y un 14% mediante otras fórmulas (en Centros de Día, etc.).

FIGURA 7. FORMAS DE CENA DE RESIDENTES EN VIVIENDAS SUPERVISADAS



El 77% de usuarios y usuarias de viviendas supervisadas cenan en casa. La gran mayoría de éstos/as, el 50%, elaborando los alimentos en su propia vivienda; un 16% a través de catering, un 6% adquiriendo los alimentos elaborados en establecimientos privados y un 5% mediante los alimentos que le proporcionan para la cena en el lugar donde almuerzan (centro de día, etc.). El 23% restante cena fuera de casa. De éstos/as, más de la mitad (15%) en mesones o bares y el 8% en casas-hogar.

3.2.3. Discusión

Este análisis de situación supone el punto de partida para aproximarnos a una parte de la realidad relacionada con la alimentación de las personas usuarias de las CTSM, CH y VS. En el caso de las CTSM se observa que en la gran mayoría, el hospital de referencia provee las comidas presentadas en bandejas individuales. El margen de mejora identificado está relacionado con la presentación, ya que la actual no favorece un ambiente normalizado en la mesa, tanto por el uso de las bandejas individuales y la cubertería desechable, como por la no adaptación de los menús a ingresos de larga duración.

En el caso de las CH, se dispone para la provisión y elaboración de las comidas de dos fórmulas mayoritarias: cocinero/a en el propio dispositivo (66%), forma que favorece la adaptación a las necesidades de este colectivo, o catering (30%). Por ello resultan menos complejas las estrategias que se propongan para mejorar la alimentación de las personas usuarias. Sin embargo, en las viviendas supervisadas la presencia de los y las profesionales no es permanente y existe una gran variedad de fórmulas en la organización de las comidas, por lo que la supervisión de la alimentación en todas sus facetas (variedad y equilibrio de la misma a lo largo de la semana, aspectos psicosociales del proceso de alimentación: hábitos en la mesa, elección de la forma de alimentación, tiempo dedicado a comer, ...; compra, elaboración y conservación de los alimentos, etc.), se hace más complicada.

3.3. PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS CON TMG USUARIAS DE CTSM, DISPOSITIVOS RESIDENCIALES DE FAISEM Y ASOCIACIONES

Con el objetivo de aproximarnos a la actividad física que realiza esta población con TMG, se elaboró una ficha de recogida de información, dirigida a las CTSM (para pacientes en régimen de hospitalización completa y parcial), dispositivos residenciales de FAISEM (CH y VS) y asociaciones de usuarios/as y familiares ("En Primera Persona" y FEAFES-Andalucía).

En dicho instrumento, a partir de la definición de la práctica de la actividad física como "la realización de una actividad que acelere de forma importante el ritmo cardiaco durante, al menos, 10 minutos consecutivos", se preguntaba el número de personas, diferenciadas por sexo, que realizaban actividad física, el tipo de actividad, la frecuencia y la duración de la misma, así como la entidad que la organizaba.

Tras recoger la información a través de las personas responsables de los distintos dispositivos, se obtuvieron los datos de todas las CTSM y de todos los dispositivos residenciales de FAISEM en Andalucía, así como de 8 asociaciones, 7 de familiares y 1 de las personas usuarias.

La población de personas con TMG a la que nos dirigimos la constituyen un total de 2.173 personas. De ellas, 450 son personas usuarias de las CTSM; 1.158 de dispositivos residenciales de FAISEM, el 63% (729) de CH y el 37% (429) de VS, y 565 son personas usuarias de asociaciones de Usuarios/as y Familiares que practican AF.

TABLA 3. NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PRÁCTICAN AF

	MUJER	HOMBRE	TOTAL
Nº personas usuarias CTSM	133 (30%)	317 (70%)	450
Nº personas usuarias CH	252 (35%)	477 (65%)	729
Nº personas usuarias VS	114 (27%)	315 (73%)	429
TOTAL	499 (31%)	1.109 (69%)	1.608
Nº personas usuarias asociaciones	-	-	565(*)
TOTAL			2.173

(*) Nº de personas que practican actividad física. No disponemos de datos del total de personas con TMG asociadas, ni su distribución por sexo.

En todos los dispositivos, tanto del SAS como de FAISEM, existen más usuarios que usuarias. La distribución

media por sexo en los tres tipos de recursos, se sitúa en un 31% de mujeres y un 69% de hombres.

3.3.1. Resultados

Es posible que exista un sesgo de información en los resultados obtenidos, al presentar cifras más altas de práctica de actividad física que la población general. Posiblemente se haya producido por no haber mantenido en las respuestas el criterio establecido como definición de la práctica de la actividad física(**), quedando recogidas actividades físicas ligeras como actividades físicas moderadas.

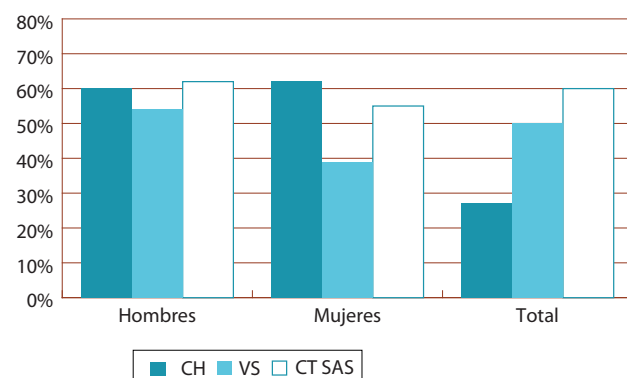
TABLA 4. PARTICIPACIÓN POR SEXO

	MUJER	HOMBRE	TOTAL
Nº personas usuarias CTSM que realizan AF	73 (55%)	198 (62%)	271 (60%)
Nº personas usuarias CH que realizan AF	152 (60%)	297 (62 %)	449 (62 %)
Nº personas usuarias VS que realizan AF	45 (39%)	169 (54%)	214 (50%)

La participación promedio de práctica de actividad física en los tres tipos de dispositivos es del 58% del total de personas usuarias. Por sexos, del total de hombres practica AF una media del 60%, y del total de mujeres, una media del 54%.

En las CTSM el 60% de las personas (el 55% de las mujeres y el 62% de los hombres) participa en actividades físicas, tanto organizadas por el propio dispositivo como por otras entidades. En las CH de FAISEM las cifras son parecidas, ya que el 62% de las personas residentes practica alguna AF (el 60% de las mujeres y el 62% de los hombres). En las VS la participación en las AF organizadas es más baja, llegando al 50% de las personas usuarias (el 39% de las mujeres y el 54% de los hombres).

FIGURA 8. PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE AF POR SEXO



(**) Según conceptos establecidos en "Consejo dietético en Atención Primaria", Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2005

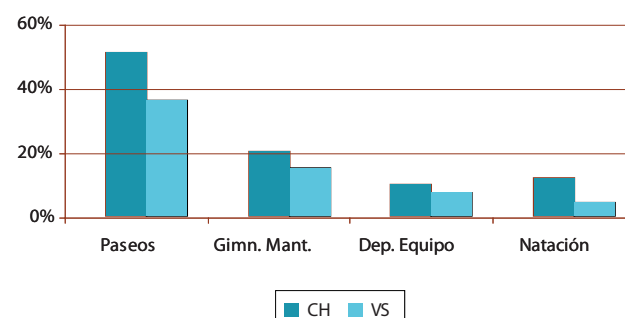
Por tanto, del 50 al 62% de las personas de estos dispositivos practica algún tipo de actividad física organizada, siendo mayores y muy similares los porcentajes en CH y CTSM y más bajo en VS. En todos los casos las mujeres realizan menos actividad física que los hombres; donde más, en las CH (60%); donde menos, en las VS (39%).

En las Asociaciones de usuarios/as y familiares, 565 personas con TMG realizan alguna actividad física organizada. No se puede calcular qué porcentaje del total representa, por no disponer de información de la población total de personas con TMG adscrita. Tampoco se dispone de datos diferenciados por sexo.

Tipo de actividad física

El análisis que se presenta a continuación sobre el tipo de actividad física realizada se refiere a las personas usuarias de los distintos dispositivos que practican actividad física, es decir, el 62% de las personas en CH, el 60 % de CTSM y el 50% de VS.

FIGURA 9. TIPOS DE AF REALIZADOS EN LOS DISPOSITIVOS RESIDENCIALES DE FAISEM

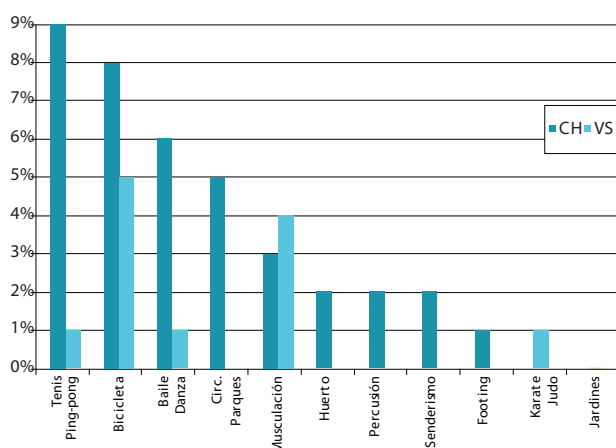


La actividad que más se realiza en los dispositivos residenciales de FAISEM es, con diferencia, el paseo. En el caso de las CH, el 51% de las personas practican esta actividad, pero en las VS este porcentaje disminuye al 36%, con una participación parecida de hombres y mujeres en ambos tipos de dispositivos. Tanto en CH como en VS, la gimnasia de mantenimiento (incluyendo pilates, yoga y Taichi) es la segunda actividad más realizada: en las VS la realiza el 15% y en las CH cerca el 20%.

El deporte en equipo, como el fútbol o el baloncesto, lo practica el 10% de las personas usuarias de CH, de las que el 80% son hombres, y el 7% de las de VS, de las que el 97% son también hombres.

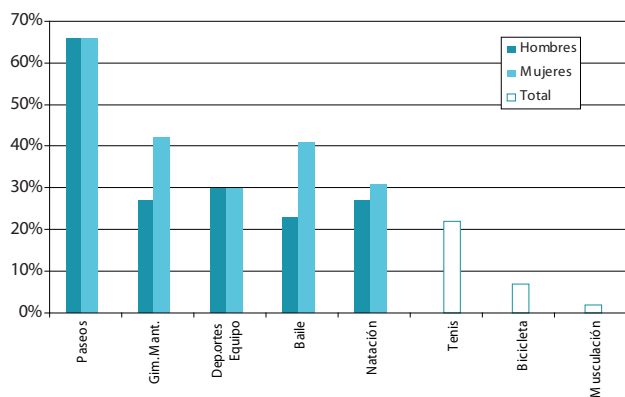
La natación la practica el 12% de las personas usuarias de las CH, pero solo el 4% de las personas que residen en VS, sin apreciar diferencias entre hombres y mujeres.

FIGURA 10. OTROS TIPOS DE AF REALIZADOS EN LOS DISPOSITIVOS RESIDENCIALES DE FAISEM



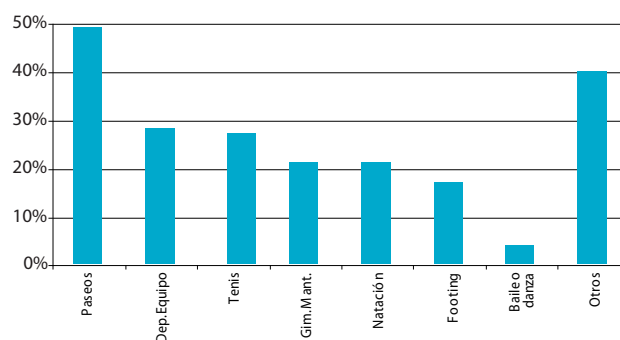
Otras actividades que realizan las personas usuarias de las CH son tenis o ping-pong (9%), bicicleta (8%), baile o danza (6%), circuito de parques (5%), musculación (3%), huerto (2%), percusión (2%), senderismo (2%) y footing (1%). En las VS otras actividades que practican son bicicleta (5%), musculación (4%), tenis/ping-pong (1%), baile/danza (1%), kárate/judo (1%) y talleres de jardines (0,5%).

FIGURA 11. TIPOS DE AF REALIZADOS EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DEL SAS



En las CTSM hay un patrón muy similar al de los dispositivos de FAISEM en cuanto al tipo de actividad que se realiza, siendo también el paseo la actividad más practicada, el 66% de las personas usuarias que hacen AF, sin diferencias entre hombres y mujeres. La gimnasia de mantenimiento (incluyendo pilates, yoga y Taichi) (32%), el deporte en equipo (30%), el baile (32%) y la natación (29%) son las actividades que siguen al paseo. La participación de mujeres es ligeramente mayor en gimnasia, baile y natación.

FIGURA 12. TIPOS DE AF REALIZADOS EN LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS USUARIAS

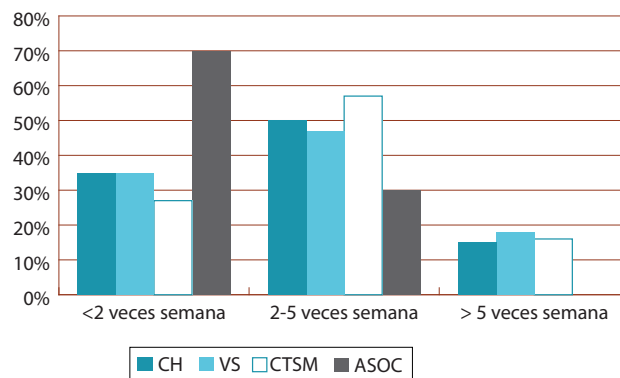


En el conjunto de las asociaciones se ofertan numerosas actividades físicas. El tipo de actividad es parecido al que realizan las personas usuarias de las CTSM y dispositivos residenciales de FAISEM. La que más se practica en las asociaciones es el paseo. Otras que tienen mayor peso son el deporte en equipo y el tenis, seguido por la gimnasia, la natación y el footing. También se ofrecen actividades de baile y un gran abanico de acciones más puntuales, como las olimpiadas multideportivas, el proyecto “Por un millón de pasos”, pádel, circuitos deportivos adaptados, relajación, esgrima y actividad ecuestre.

Frecuencia de la práctica de actividad física

La información disponible hace referencia a las personas usuarias de los distintos dispositivos que practican actividad física, es decir, el 62% de las personas en CH, el 60 % de CTSM, el 50% de VS y las 565 personas en asociaciones.

FIGURA 13. FRECUENCIA SEMANAL CON QUE SE PRACTICA, SEGÚN TIPO DE DISPOSITIVO

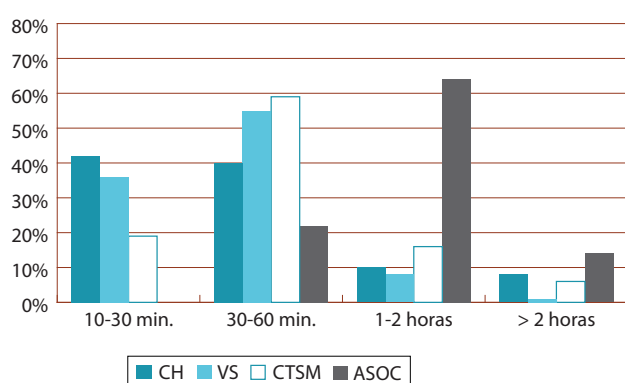


Tanto en las CH como en las VS, el 35% practica actividad física menos de 2 veces a la semana, alrededor del 50% en los dos tipos de dispositivos entre 2 y 5 veces a la semana, y entre el 15 y el 18% más de 5 veces a la semana.

En las CTSM ocurre algo similar a las CH y VS, salvo que es algo menor el porcentaje de las personas que realiza actividad física menos de 2 veces a la semana (27%) y algo mayor el porcentaje de las que la practican entre 2 y 5 veces a la semana (57%).

En las asociaciones las actividades se suelen organizar semanalmente, mensualmente o de forma puntual. El 70% de las actividades se organizan menos de 2 veces a la semana y el 30 % entre 2 y 5 veces por semana.

FIGURA 14. DURACION DE LA AF, SEGÚN TIPO DE DISPOSITIVO



En las CH de FAISEM alrededor del 42% de las personas le dedican a la práctica de actividad física entre 10 y 30 minutos, y el 40% entre 30 y 60 minutos. Tan solo algo menos del 20% la realiza durante más de una hora.

En las VS más de la mitad (55%) la practican de 30 y 60 minutos, seguidos por un 36% que la realiza de 10 a 30 minutos. El porcentaje de las personas que le dedican más de una hora es bastante menor (9%).

En las CTSM el 75% de las personas realizan actividades que duran entre 30 minutos y 2 horas, un 19% hace actividades de corta duración (entre 10 y 30 minutos) y el 6% de las personas realizan actividades que duran más de 2 horas.

En las asociaciones la duración de las actividades es mayor: el 86% de ellas se efectúan entre 30 minutos y 2 horas, y el 14% en más de 2 horas.

Entidad organizadora de la práctica de actividad física

Las actividades ofertadas a las personas usuarias de FAISEM están organizadas tanto por la propia Fundación como por otras entidades, siendo la participación mayor en las VS cuando la actividad está organizada por

otros. Lo contrario ocurre en las CH, donde la participación es mayor en actividades organizadas por el propio dispositivo.

En las CTSM, el 80% de las personas usuarias participan en actividades organizadas por el propio dispositivo, mientras que el 20% lo hace en las organizadas por otras entidades.

Las personas usuarias de las asociaciones, practican actividades organizadas y ofertadas por éstas.

3.3.2. Discusión

Los datos recogidos a través de la ficha de información coinciden a grandes rasgos con la opinión de expertos en AF, que sostienen que en personas con enfermedad mental, caminar junto a las actividades rutinarias de la vida diaria, se convierten en los pilares de cualquier programa de promoción de actividad física. Pero por lo general, éstas son de intensidad leve, o quizás muy leve, y de una duración corta. Aunque hay que destacar que en los dispositivos analizados se oferta un abanico amplio de actividades, éstas no llegan a todas las personas usuarias.

Por dicha razón es importante estructurar mejor la práctica de actividad física hacia duraciones mayores (por ejemplo, en los paseos) o incrementar la intensidad y la frecuencia en otros tipos de actividades o ejercicios, además de garantizar la participación de todas las personas usuarias. Respecto a las viviendas supervisadas, se observa que sus usuarios/as participan menos en actividades físicas organizadas, pero es posible que hagan una vida más activa por la propia organización en estos dispositivos (cuidado del hogar, compra, preparación de la comida,...).

4. RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON TMG

4.1. RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

Recientemente, se ha puesto de manifiesto que seguir un patrón de dieta de tipo mediterráneo es muy recomendable ya que, además de proporcionar una dieta apetitosa y adaptada a nuestras costumbres, ayuda a mantener la salud y a prevenir el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas típicas de estos tiempos, tales como diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares o algunos tipos de cánceres.

Por lo tanto, dadas las características de morbi-mortalidad en el colectivo de personas con TMG, se les debe ofrecer asesoramiento, con el objetivo de generar un cambio de conductas y actitudes, que les permita conseguir un patrón de consumo de alimentos que se ajuste a la dieta mediterránea, y que se representa en la pirámide de hábitos de vida saludable.

PIRÁMIDE DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE.



Fuente: Consejería de Salud

Cada vez más se conocen los efectos de los nutrientes sobre la salud mental. Diversos estudios han observado que la prevalencia de los trastornos mentales ha aumentado en los países desarrollados en correlación con el deterioro de la dieta, y en otras investigaciones se han encontrado déficits nutricionales en personas con

TMG. Las deficiencias nutricionales más habituales están relacionadas con los ácidos grasos omega-3, vitaminas del complejo B, minerales y aminoácidos que son precursores de los neurotransmisores.

Por otro lado, está demostrado que la regulación de la glucosa en sangre mejora la calidad y la duración del rendimiento intelectual.

Además, en las personas con TMG no se puede perder de vista la posible interacción entre alimentos y la medicación. Ciertos alimentos tienen interacciones directas con medicamentos comúnmente prescritos para tratar las enfermedades, y algunos fármacos pueden tener efectos secundarios, como elevar la presión arterial o afectar el metabolismo, generando una mayor predisposición al aumento o pérdida de peso. Especialmente el aumento de peso en relación con los antipsicóticos, es un efecto adverso bien conocido de estos medicamentos, y afecta al 15 - 72% de los pacientes con TMG. Es importante precisar que no se ha demostrado una relación dosis respuesta, y además, existe una marcada variación interindividual.

Estos cambios que pueden afectar especialmente a las personas con TMG, por la combinación de la medicación antipsicótica y el estilo de vida menos activo, pueden atenuarse a través de una dieta saludable y un adecuado programa de actividad física.

Al mismo tiempo la elección de los alimentos, la forma de comer, los hábitos culinarios y, en definitiva, todo lo relacionado con la alimentación, está influenciado, como en otras necesidades humanas, por los aspectos psicosociales que envuelven a las personas. Así, el grado de interés y el nivel de conocimiento sobre la alimentación, el grado de instrucción y de autonomía de la persona, etc., determinan la alimentación. Por ello es importante tener en cuenta las características psicosociales de las personas a las que nos dirigimos, para adecuar en función de ellas las indicaciones y mensajes que les dirigimos.

Recomendaciones sobre Alimentación Equilibrada

1. Equilibrar la ingesta habitual y la actividad física para alcanzar y mantener un peso corporal apropiado.

Para el mantenimiento de un peso óptimo y estable (IMC entre 18.5-24.9 kg/m²), la ingesta calórica debe ser adecuada al gasto energético de cada persona. Un exceso de energía conduciría a situaciones de obesidad y un defecto produciría desnutrición, situaciones ambas con importante repercusión en la salud.

2. Consumir una amplia variedad de alimentos.

La dieta debe garantizar el aporte de nutrientes necesarios y de sustancias no nutritivas de interés, todo ello mediante una alimentación suficientemente variada y no monótona que, además de nutrir, no olvide los aspectos gastronómicos y lúdicos.

En nuestro país, esta garantía se obtiene cuando la energía ingerida tiene el siguiente origen: el 15% de la energía es aportada por las proteínas, el 50% por los hidratos de carbono y el 35% por los lípidos.

Además debe asegurarse el aporte de vitaminas y minerales recomendado, según la edad y estado fisiológico de la persona e incluir un consumo diario aproximado de 1,5 - 2 litros de agua.

3. Incluir diariamente alimentos de todos los grupos que aseguren una proporción equilibrada de nutrientes.

Necesitamos más de 40 nutrientes diferentes para gozar de una buena salud y no existe un sólo alimento que pueda proporcionarnos todos ellos. La variedad de los alimentos (frutas, verduras, cereales, legumbres, carnes, pescado, productos lácteos y aceites) aumenta la probabilidad de llegar a todas las recomendaciones dietéticas para gozar de una buena salud, y permite disfrutar de ellos como parte de una dieta sana.

Con respecto a las bebidas se recomienda el agua como bebida fundamental y necesaria. Al mismo tiempo hay que limitar el consumo de bebidas refrescantes azucaradas, batidos lácteos y zumos comerciales, eligiendo opciones bajas en calorías como infusiones (sin azúcar), bebidas "light" y zumos de frutas naturales.

4. Promocionar especialmente el consumo de algunos grupos de alimentos:

- Frutas, verduras y hortalizas: se recomienda consumir cantidades suficientes de éstas (5 raciones) y variarlas cada día (vegetales de hojas verdes, vegetales de color amarillo, rojo, naranja, etc.).
- Cereales integrales: consumir 2 – 3 raciones diarias.
- Legumbres: consumir 2 – 3 raciones semanales.
- Leche desnatada o sus equivalentes: consumir 3 vasos al día.

- Pescado: consumir 3 – 5 raciones semanales

5. Limitar el consumo de algunos alimentos.

Es recomendable limitar el consumo de:

- Alimentos excesivamente densos en energía y ricos en grasas saturadas y trans y en azúcares simples: productos de pastelería, bollería, heladería, golosinas y snacks (patatas chips, gusanitos, etc.).
- Carnes rojas, que está limitado a un máximo de 2-3 veces por semana, y derivados (chacinas, embutidos, paté, etc.) Se deben seleccionar preferentemente las porciones magras de las carnes.
- La sal. Se recomienda un consumo inferior a 5 gr/persona/día.
- Alimentos ricos en colesterol: vísceras, grasa de la carne, yema de huevo, mantequilla, calamar, sepia y pulpo, crustáceos, quesos curados, mantecas, moluscos, embutidos.

6. Mantener un horario regular de comidas.

Es importante distribuir los alimentos en función del ritmo de vida. Esto favorece que cada persona perciba y responda a las señales internas de hambre y saciedad. Lo habitual son tres comidas principales y 2-3 tentempiés (media mañana, merienda y antes de acostarse) aunque otras alternativas son también válidas; lo importante es escoger opciones que sean sanas y apetecibles. Si se programan las horas de la comida, es más fácil garantizar no saltarse ninguna. Con esta medida se trata de impedir un consumo deficitario de nutrientes, que normalmente no se compensa en comidas posteriores. El desayuno es especialmente importante, ya que proporciona la energía necesaria después del ayuno nocturno. Debe aportar del 20 al 25% de las calorías totales. El desayuno debe de ser equilibrado, incluyendo lácteos, cereales y fruta o zumo de fruta fresca.

7. Evitar la ingesta de alcohol.

Las bebidas alcohólicas no deben considerarse como fuentes nutricionales, porque tienen un valor energético elevado (7 kilocalorías/gramo), no aportan nutrientes (son "calorías vacías") y el alcohol que contienen es responsable de efectos tóxicos de mayor o menor gravedad en función de la cantidad ingerida.

Suele ser conocido por las personas con enfermedad mental el potencial de efectos adversos que puede tener el consumo de alcohol durante un tratamiento farmacológico. El alcohol puede potenciar la acción y/o los efectos tóxicos de muchos de los fármacos utilizados en el tratamiento de las enfermedades mentales, y en otros casos pueden actuar reduciendo la eficacia terapéutica del fármaco (antiepilépticos).

8. La cocina saludable.

La mayoría de los alimentos deben ser cocinados antes de consumirlos, y es importante emplear formas culinarias saludables.

Utilizar preferentemente cocciones sencillas como guisos, asados, horno, vapor, microondas, parrilla,... reduciendo en lo posible las formas culinarias que añaden un exceso de calorías a los platos, como los fritos, empanados o rebozados.

Para condimentar es importante utilizar el aceite de oliva pero con moderación, así como usar hierbas aromáticas y condimentos en platos y ensaladas. En cambio se deben evitar salsas calóricas como mayonesa y otras salsas comerciales, así como el consumo de alimentos precocinados. También se deben evitar los alimentos como el queso curado, que añaden calorías en exceso a los platos.

Para mantener el equilibrio alimentario, la dieta debe ser variada en tipo de platos, sabores, texturas, consistencia, e incluso en colores. Esto acostumbra al paladar, a una variedad que será decisiva para lograr el adecuado aporte nutricional, al evitar dietas monótonas que conllevan el riesgo de desequilibrios nutricionales, con excesos y deficiencias evidentes.

9. Reducir el consumo de sal.

Uno de los principales factores implicados en el origen de la hipertensión arterial primaria es el excesivo consumo de sodio, que se ingiere en la dieta en forma de cloruro sódico (sal común). Por esta razón, tanto instituciones internacionales (como la OMS y la Unión Europea) como los gobiernos de muchos países, están basando parte de sus acciones e intervenciones en la reducción de la ingesta de sal.

Además existe una asociación entre una ingesta de sal elevada y el consumo de bebidas azucaradas, con las potenciales repercusiones en el sobrepeso y la obesidad,

por lo que una reducción del consumo de sal también producirá un efecto beneficioso sobre el peso.

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición se ha planteado alcanzar progresivamente las recomendaciones de la OMS respecto a la ingesta de sal en la población general, que es de un máximo 5 g./persona/día, por lo que se recomienda cocinar con poca sal y evitar tener el salero en la mesa.

10. Procurar una higiene buco-dental adecuada.

Las personas con TMG conforman una población de alto riesgo de desarrollar enfermedades orales por la concurrencia de factores determinantes como el uso de psicofármacos, tabaquismo, higiene deficitaria y posible consumo excesivo de carbohidratos. Los tratamientos farmacológicos suelen ser prolongados y muchos producen como efecto secundario el descenso de la secreción salival, que ha sido asociado con distintas patologías orales, como caries dental, enfermedad periodontal y lesiones de la mucosa oral. Estos factores condicionan la pérdida de piezas dentales lo que conlleva problemas añadidos en la alimentación. Asimismo, una salud bucodental deteriorada se asocia a una disminución de la autoestima de la persona afectada. Por todos estos motivos la higiene bucal, incluyendo la vigilancia del estado de hidratación, adquiere una importancia extrema en esta población. Al mismo tiempo es importante no perder de vista que es posible reducir simultáneamente la carga de enfermedades bucodentales y de las dietas desequilibradas ya que:

- La reducción de la ingesta de azúcares y una alimentación bien equilibrada previenen la caries dental y la pérdida prematura de dientes.
- El consumo de frutas y verduras protege contra el cáncer de la cavidad bucal.

11. Elaborar menús atractivos que motiven a su ingesta.

- Procurar una buena presentación de las comidas, incluyendo el uso de cubiertos y platos de material no desechable. También se debe valorar el servicio de los platos de forma secuenciada o el servicio tipo buffet, en lugar de bandejas preparadas.
- La elección de menús por las personas usuarias, sin perder de vista una ingesta equilibrada a lo largo de la semana, evita la monotonía de las comidas estandarizadas adaptadas a ingresos hospitalarios cortos

y probablemente favorece una ingesta más adecuada de las comidas principales.

12. Garantizar una ingesta suficiente y adecuada en las comidas principales.

- La participación activa de las personas usuarias en los preparativos relacionados con la comida (preparar el espacio físico, poner la mesa, etc.) favorece la implicación y el interés en una buena alimentación.
- Se deben fomentar hábitos adecuados en la mesa, por lo que se recomienda trabajarlos tanto en las horas de las comidas (siendo imprescindible que el personal de los dispositivos dedique el tiempo necesario para ello), como en los talleres de hábitos saludables.
- Es importante rectificar los mitos y creencias erróneas sobre alimentación.

13. Evitar el uso de productos de escaso o nulo interés nutricional como gratificación.

Utilizar productos de escaso interés nutricional (golosinas) como gratificación, es un método que habría que evitar, ya que al tener un elevado valor calórico (azúcares y grasas), pueden hacer disminuir el apetito en las comidas principales.

14. Facilitar pautas sencillas acerca de adquisición, conservación (antes y después de la elaboración), transporte, manipulación, elaboración de los alimentos (ver enlaces de interés).

15. Llevar una vida activa lo más saludable posible:

Ofertar o facilitar el acceso a actividades que tengan sentido para las personas usuarias ayuda a evitar el aburrimiento y la compensación de éste mediante una ingesta alimentaria inadecuada.

4.2. RECOMENDACIONES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA

Al igual que en población general, las recomendaciones de actividad física en personas con enfermedad mental se basan principalmente en actividades orientadas al mantenimiento o mejora de la capacidad aeróbica (mediante ejercicios de tipo aeróbico) y de fortalecimiento muscular (mediante ejercicios de fuerza y resistencia muscular).

La flexibilidad, combinada o no con la relajación de orientación fisiológica como la Relajación Progresiva de Jacobson, o los ejercicios respiratorios son capacidades importantes a desarrollar en la condición física de estas personas, aunque no se dispone de evidencia científica concluyente sobre la recomendación adecuada. El trabajo de relajación es más efectivo si se acompaña de ejercicios respiratorios. Es aconsejable incluir este tipo de actividades siempre al final de las sesiones, o en sesiones aisladas.

Para el desarrollo de la capacidad aeróbica, es recomendable combinar diferentes intensidades de ejercicio. En la tabla 3 se presentan ejemplos de distintas actividades según su grado de intensidad.

Una intensidad ligera corresponde a una puntuación de 3 a 4 en una escala subjetiva de 10 puntos. Se considera intensidad moderada una puntuación de 5 a 6 en una escala subjetiva de esfuerzo de 10 puntos e implica un incremento notable de la frecuencia cardiaca y respiratoria, aunque con capacidad para mantener el habla.

Una Intensidad vigorosa corresponde a una puntuación de 7 a 8 y se manifiesta con un elevado incremento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, así como con dificultad para hablar durante la práctica de la actividad.

TABLA 5. EJEMPLOS DE ACTIVIDADES ATENDIENDO AL NIVEL DE INTENSIDAD QUE PRESENTAN.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES SEGÚN NIVEL DE INTENSIDAD		
ACTIVIDADES LIGERAS	ACTIVIDADES MODERADAS	ACTIVIDADES VIGOROSAS
- Caminar (en terreno llano, a 3km/h). - Bicicleta estática, sin resistencia. - Natación muy suave (recreativa). - Actividades de cuidado de la casa. - Actividades para el aseo personal. - Jardinería. - Bricolaje (talleres de manualidades). - Ping- pong recreativo, fútbol, etc.	- Montar en bicicleta a baja velocidad (menos de 16 km/h). - Senderismo. - Caminar con el agua por las rodillas. - Caminar rápido (a más de 5 km/h). - Subir- bajar escaleras. - Gimnasia de mantenimiento. - Baile. - Aqua- aeróbic. - Práctica de deportes: tenis o pádel (dobles).	- Correr. - Nadar. - Tenis (individual). - Bádminton. - Aeróbic. - Montar en bicicleta a alta velocidad (superior a 16 km/h). - Saltos. - Escalar/ subir una montaña.

Fuente: Consejería de Salud. Guía de recomendaciones para la promoción de la actividad física

Otra forma de cuantificar la intensidad es a través de los METs. El MET es el consumo metabólico basal, que equivale aproximadamente a 1 kcal/kg/hora. Los valores de MET oscilan desde 0.9 cuando se duerme, 1 cuando se está tumbado o viendo la televisión, hasta 18 cuando se corre a gran velocidad.

TABLA 6. METS POR MINUTO PARA DISTINTOS TIPOS DE ACTIVIDADES SEGÚN GRADOS DE INTENSIDAD.

INTENSIDAD	ACTIVIDADES EN EL HOGAR	ACTIVIDADES LABORALES	ACTIVIDAD FÍSICA
Muy ligera (hasta 3 METs)	Lavarse, afeitarse, vestirse. Trabajo de escritorio. Conducir un automóvil.	Trabajar sentado (en oficina) o de pie (vendiendo).	Caminar (en terreno llano, a 3km/h). Bicicleta estática, sin resistencia.
Ligera-moderada (3-6 METs)	Fregar el suelo o los platos. Limpiar ventanas. Recoger hojas del jardín. Cortar el césped con máquina. Sembrar. Pintar paredes.	Realizar trabajos de carpintería ligera, fontanería ligera, pintura de paredes, reparación de automóviles. electricidad, etc.	Caminar a paso ligero (entre 5-6 km/h). Montar en bicicleta sobre terreno llano. Nadar muy suave.
	Subir o bajar escaleras (velocidad moderada). Cargar o transportar objetos (bolsas de la compra).	Trabajo de albañilería. Jardinería.	Practicar fútbol, tenis, baloncesto. Patinar. Caminar. Nadar. Practicar atletismo.
Vigorosa (>6 METs)	Cargar objetos por una escalera. Cargar o transportar objetos de más de 45 kg. Subir o bajar escaleras corriendo.	Desarrollar trabajos de agricultura que impliquen trabajo pesado. Jardinería más intensa (talar árboles, cortar setos). Desarrollar trabajos de carga y descarga.	Practicar cualquier disciplina deportiva de forma vigorosa (baloncesto, atletismo, etc.), esquí de montaña, escalada, etc.

Fuente: Consejería de Salud. Guía de recomendaciones para la promoción de la actividad física

En personas con enfermedad mental caminar, junto a las actividades rutinarias de la vida diaria, se convierten en los pilares de cualquier programa de promoción de actividad física. Por lo general, estas actividades son de intensidad

leve o muy leve y de una duración menor a 10 minutos. Por dicha razón, debería estructurarse mejor la práctica de actividad física hacia una mayor duración (por ejemplo saliendo a pasear), o hacia un incremento de la intensidad y la frecuencia en otros tipos de actividades o ejercicios.

Al igual que en la población general, es importante promover una vida activa en las personas con TMG, es decir, una forma de vida que integre la actividad física en la vida diaria. El objetivo es acumular al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada-vigorosa al día. Por ello, una vida físicamente activa se caracteriza no sólo por un aumento del gasto energético por encima del metabolismo basal, producido por el movimiento al realizar actividad física, sino también por una actitud proactiva de la persona tratando de elegir siempre aquellas actividades que permitan movernos más. Por esta razón, es recomendable realizar la mayor parte de los desplazamientos de forma activa, subir y bajar escaleras, realizar actividades de cuidado y mantenimiento de la casa (limpiar, barrer, fregar, etc.), jardinería, bricolaje, talleres de manualidades, cuidado de animales, juegos de mesa, baile, actividades de expresión corporal (dramatizaciones, teatro), etc.

Recomendaciones sobre Actividad Física

- Recomendaciones generales:

Para la promoción de actividad física la persona con enfermedad mental debería tener en cuenta el siguiente conjunto de recomendaciones:

- Incluir la actividad física en la rutina diaria (subir y bajar escaleras, salir de compras, realizar labores en la casa, cuidar el jardín, tirar la basura, etc.).
- Combinar las actividades a lo largo de la semana e incluso en el mismo día.
- Incrementar paulatinamente la frecuencia, duración e intensidad hasta alcanzar las recomendaciones anteriores.
- No olvidar incluir en todas las sesiones de actividad física o en la rutina diaria ejercicios de flexibilidad, relajación de orientación fisiológica y respiración.
- Convertir la práctica física en una actividad social (con amigos, personas del vecindario o familia). Intentar que la persona forme parte de alguna asociación que favorezca la práctica física.

- Acudir al centro deportivo y otros dispositivos comunitarios más cercanos, para conocer las actividades ofertadas que más motivan a la persona.
- Si la persona ha dejado la práctica de actividad física durante un periodo de tiempo (por enfermedad, viaje, etc.), debe comenzar con un nivel más bajo que resulte confortable, y aumentar la intensidad, duración y frecuencia progresivamente.
- Si por determinados motivos no se puede salir de casa (mal tiempo, etc.) realizar actividad física en la misma (ejercicios con una silla como sentarse y levantarse, hacer pesas con botellas de agua, bailar en el salón a diario, subir y bajar las escaleras del bloque, etc.).

- Recomendaciones específicas

A continuación se exponen los criterios mínimos y máximos que deberían tener las actividades para poder desarrollar las diferentes capacidades físicas en personas con enfermedad mental.

1. Actividades aeróbicas

- Días a la semana: mínimo 5 días a la semana.
- Duración: al menos 150 minutos (2 horas y 30 minutos) de intensidad ligera o moderada* o 75 minutos (1 hora y 15 minutos) de intensidad vigorosa** a la semana. La actividad aeróbica debe realizarse en bloques mínimos de 10 minutos de duración. Se pueden emplear combinaciones de ambos tipos de actividad.
- Ejemplos: paseos, natación, bailes y danzas, deporte en equipo (fútbol, baloncesto,...), ping-pong, fútbolín, bicicleta estática, karate, gimnasia de mantenimiento, juegos de videojuegos activos, jardinería, subir y bajar escaleras.

Para una mejora adicional y mayores beneficios para la salud, se puede incrementar el tiempo dedicado a la actividad aeróbica a 300 minutos semanales de actividad moderada o 150 minutos de vigorosa, o la combinación de ambas, repartidos a lo largo de la semana.

* Moderada: capacidad para mantener el habla durante la actividad

** Vigorosa: dificultad para hablar durante la práctica

2. Actividades de fortalecimiento muscular

- Días a la semana: se recomienda un mínimo de 2 días a la semana no consecutivos, alternando los grupos musculares dentro de la sesión.
- Duración: 2 a 3 series de 8-12 repeticiones con incrementos progresivos de carga.
- Intensidad: de moderada a vigorosa. En una escala de 10 puntos donde 0 es ningún movimiento y 10 el máximo esfuerzo del grupo muscular, intensidad moderada se corresponde con 5 o 6 puntos, e intensidad vigorosa con 7 u 8, e implica que tras realizar 8-12 repeticiones la siguiente cueste trabajo realizarla sin ayuda.
- Ejemplos: sentarse-levantarse de una silla, empujar-traccionar objetos o compañeros, flexionar-extender los brazos apoyados en la pared o en el suelo, practicar ejercicios con pesas "caseras" (utilizar botellas de plástico de 30-50 cl de agua, saquitos pequeños rellenos de arroz, azúcar, legumbres de diferentes pesos, etc.), transportar objetos de un lugar a otro, desplazarse por el suelo de diferentes formas (cuadrupedia - imitando a animales -, reptando).

3. Actividades de flexibilidad

- Días a la semana: se recomienda realizarlas lo más frecuentemente posible (a diario) y, al menos, los mismos días que se realice actividades aeróbicas y de fortalecimiento muscular.
- Duración: el tiempo requerido para completar el estiramiento de los principales grupos musculares: 10-30 segundos para cada estiramiento y al menos 2 repeticiones para cada grupo muscular.
- Intensidad: moderada, 5 o 6 en una escala de 0 a 10. No debe doler, solo percibirse tensión.
- Recomendaciones: realizar ejercicios de movilidad articular antes de estirar. Respirar de forma acompasada durante la realización del estiramiento. No realizar rebotes. Evitar que los huesos queden encajados en las articulaciones.
- Ejemplos: tablas de ejercicios de movilidad articular y estiramientos musculares de tronco, hombros, brazos y piernas, realizadas en diferentes posturas corporales, Taichi, yoga.

4. Actividades de relajación / respiración

- Días a la semana: se recomienda realizarlas lo más frecuentemente posible (a diario).
- Duración: el tiempo requerido para conseguir una sensación de relajación física/mental, que es muy variable entre las personas. No obstante, se aconseja un mínimo de 10 minutos.
- Intensidad: muy ligera, 1 o 2 en una escala de 0 a 10. No debe percibirse tensión.
- Recomendaciones: realizar ejercicios de relajación / respiración en una situación ambiental confortable (sin frío, poco ruido, adecuada luminosidad). Respirar fundamentalmente de forma nasal y profunda.
- Ejemplos: ejercicios de relajación muscular progresiva de Jacobson y de respiración.

Cómo alcanzar las recomendaciones

Las personas con enfermedad mental son un grupo de población muy heterogéneo. Así, algunas se han mantenido activas a lo largo de su vida e incluso realizan actividad deportiva de competición sin fatigarse, mientras que otras presentan dificultades para realizar actividades cotidianas como andar, levantarse de una silla o subir escaleras. Para conocer el nivel de actividad física inicial se puede utilizar el cuestionario IPAQ.

- **Personas sedentarias con enfermedad mental:** son aquellas que no llegan a 150 minutos semanales de actividad física. Deben iniciarse con cortos periodos de actividad de ligera o moderada intensidad. Para evitar el riesgo de lesiones o el abandono de la práctica, el número de días semanales y la duración de la actividad aeróbica moderada se debe incrementar gradualmente, semana tras semana. Caminar se presenta como la actividad más básica para conseguir las recomendaciones iniciales de práctica física.

Con tan solo 60 minutos de actividad física semanal a intensidad moderada ya se consiguen beneficios sobre la salud.

Cuando el nivel de forma física sea muy bajo, se puede comenzar con bloques de actividad ligera, incluso menores de 10 minutos 3 veces por semana. Por ejemplo, caminar a paso ligero.

Las actividades dirigidas al fortalecimiento de la musculatura también se pueden introducir e incrementar gradualmente, pasando de 1 vez por semana a intensidad ligera, a 2 días a intensidad ligera y, a partir de ahí, continuar incrementando la intensidad.

El resto de actividades de flexibilidad, relajación de orientación fisiológica y respiración, deberán formar parte de las rutinas de actividad física, como se ha indicado anteriormente.

Ejemplos de posibilidades para ser más activa

Ejemplo para una persona **sedentaria** con enfermedad mental:

- Caminar (intensidad moderada) durante al menos 30 minutos de 3 a 5 veces a la semana. Realizar trabajo de fortalecimiento muscular con autocarga (propio peso corporal) al menos 2 veces por semana.
- Nadar 45 minutos 2 días a la semana (intensidad moderada) y correr 30 minutos a la semana (intensidad moderada). Cargar con la compra y/o hacer reparaciones del hogar 2 días en semana.
- Bailar a intensidad moderada 40 minutos (con o sin karaoke, preferentemente en grupo o en pareja) 3 días por semana. Jugar al fútbol 3 días a la semana al menos 20 minutos.
- Pedalear en bicicleta estática (preferiblemente en compañía) 3 veces por semana 30 minutos. Desarrollar trabajos de jardinería o del hogar 2 veces por semana.
- Practicar Taichi 3 veces por semana (intensidad moderada) 45 minutos, hacer 60 minutos de senderismo (intensidad moderada) y elevar mancuernas ligeras (o botellas de agua de 0.5 l.).
- Andar en la cinta andadora 30-45 minutos 3 días a la semana. Jugar al ping-pong 2 días en semana al menos 20 minutos.
- Realizar 3 sesiones semanales de gimnasia de mantenimiento de 45 minutos. Jugar con videojuegos activos 20 minutos 2 días a la semana.
- Realizar 20 minutos de carrera continua (intensidad vigorosa) 3 días a la semana. Hacer ejercicios en "parques de mayores" 20 minutos, 2 días a la semana.

- **Personas activas con enfermedad mental:** son aquellas que llevan a cabo más de 150 minutos de actividad física moderada. Estas personas que ya cumplen con las recomendaciones mínimas, pueden conseguir beneficios adicionales sobre su salud realizando 300 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada o 150 minutos de actividad física vigorosa, e incrementando a 2 días por semana, al menos, el trabajo de tonificación muscular. Además, podrían realizar sesiones aisladas orientadas a la respiración / relajación.

fuerza en máquinas de 10-15 minutos 2 días a la semana, y hacer senderismo durante 60 minutos, al menos, un día a la semana.

Ejemplos para una persona **adulta activa** con enfermedad mental:

- Caminar a paso rápido (intensidad moderada-vigorosa) durante 60 minutos, 7 días a la semana. Realizar ejercicios de autocarga combinado con levantar mancuernas 2 días en semana.
- Nadar 45 minutos, 3 días a la semana, salir a caminar 60 minutos a paso rápido 3 días a la semana, y hacer un circuito de fuerza en máquinas de 10-15 minutos 2 días a la semana.
- Hacer 45 minutos de bailes de salón 3 días a la semana, y bicicleta estática o spinning durante 45-60 minutos 2 días a la semana. Hacer un circuito de fuerza con bandas elásticas de 15 minutos 2 o 3 días a la semana.
- Asistir a un programa de ejercicio para adultos 3 días a la semana (45-60 minutos) y caminar a paso rápido (intensidad moderada-vigorosa) durante 50-60 minutos 2-3 días a la semana.
- Jugar a padel o tenis con pareja 45 minutos 2 veces por semana (intensidad moderada), hacer 60 minutos de senderismo 2 días (intensidad moderada) y elevar mancuernas (o botellas de agua de 0.5 l. a 1,5 l.).
- Practicar un deporte colectivo (fútbol, baloncesto) 60 minutos (actividad vigorosa) 3 veces por semana. Realizar trabajo en máquinas 2-3 veces por semana durante 25-30 minutos.
- Correr 45 minutos 3 días por semana (intensidad vigorosa) y trabajar con bandas elásticas 2-3 veces a la semana.
- Hacer 45 minutos de gimnasia en el agua 2 días a la semana, practicar bicicleta estática durante 30-40 minutos 2 días a la semana, hacer un circuito de

5. CATÁLOGO DE INTERVENCIONES

Para llevar a cabo las recomendaciones es necesario intervenir a diferentes niveles: mediante actividades de formación de profesionales y de sensibilización a usuarios/as y familiares, en los dispositivos, y en coordinación con otras redes.

A continuación se detallan las intervenciones propuestas por el grupo de trabajo.

5.1. FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

- Formar en Consejo Dietético Básico a profesionales (SAS y FAISEM) y sensibilizar a usuarios/as y familiares, incorporando la educación entre iguales.
- Formar en Consejo Dietético Intensivo (CDI) a profesionales de todas las Unidades de Gestión Clínica de SM, utilizando el formato de Formador de Formadores, actuando como docentes los referentes de Consejo Dietético de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria.
- Suministrar materiales divulgativos y didácticos del PAFAE, tanto a profesionales del SAS y FAISEM como a las Asociaciones.
- Realizar, tanto en FAISEM como en los dispositivos del SAS, talleres de habilidades en alimentación equilibrada (pautas sencillas, mitos y realidades en alimentación), actividad física y relajación, dirigidos a las personas usuarias.

5.2. INTERVENCIONES EN LOS DISPOSITIVOS

5.2.1. Organización y presentación de las comidas

- Asegurar en los menús una variedad de nutrientes en el almuerzo y la cena, a través de la supervisión profesional de los mismos y de la elaboración de los pliegos de catering.
- Disponer en los dispositivos de tentempiés sanos: fruta, yogur, queso magro, galletas integrales, tortas de arroz o maíz, ...
- Trabajar con las personas proveedoras de las comidas posibles modificaciones en la presentación de las mismas (termos en lugar de bandejas,...), posibilitar a las personas usuarias la elección de los menús y el horario de las comidas, y estudiar la repercusión

de estas medidas en la organización del trabajo en los dispositivos.

- Favorecer en los dispositivos la presencia de personal suficiente a las horas de las comidas, con el fin de potenciar un ambiente relajado y tranquilo en la mesa.
- Procurar una oferta de actividades a lo largo del día, especialmente en tardes y fines de semana, para evitar al máximo momentos de aburrimiento que incitan a comer.

5.2.2. Hábitos alimentarios

- Reforzar que las personas usuarias coman todos los platos del menú.
- Favorecer la toma de fruta entre horas, evitando o reduciendo al máximo los dulces y refrescos azucarados.
- Supervisar la suficiente ingesta de agua (fuentes, botellas, invitación a beberla entre actividades...).
- Trabajar de forma específica los hábitos en la mesa, tanto de forma programada en los talleres, como durante las comidas.
- Fomentar la función socializadora de las comidas, promoviendo la comunicación entre las personas usuarias y los buenos hábitos en la mesa.
- Facilitar pautas sencillas acerca de manipulación de alimentos.
- Incluir objetivos relacionados con la alimentación equilibrada en el Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) en SAS y en el Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR) en FAISEM.

5.2.3. Oferta y seguimiento de actividades físicas

- Aumentar la AF en toda la población con TMG, tanto en frecuencia como en duración e intensidad, con especial atención a las personas en situaciones especiales:
 - Sobrepeso: actividad física acompañada de dieta hipocalórica.
 - Obesidad: actividad física adaptada a las nece-

sidades individuales. Tratamiento por facultativos/as especialistas.

- Personas con diabetes.
- Personas con hipertensión arterial.
- Incluir objetivos relacionados con la práctica de la actividad física en el Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) en SAS y en el Plan Individualizado de Atención Residencial (PIAR) en FAISEM.
- Incluir en la planificación y organización de los dispositivos la oferta de actividades físicas.

5.3. RECURSOS MATERIALES NECESARIOS

- Adquisición de material para hacer actividad física dentro de los dispositivos (mesas de ping-pong, fútbol, bicicletas ciclo estáticas, cintas andadoras, consolas Wii,...).
- Cuberterías y platos no desechables en los dispositivos de media y larga estancia.
- Mantelerías.
- Fuentes de agua.

5.4. CONEXIÓN CON OTRAS REDES Y RECURSOS

- Programa de Comedores Saludables: facilitar una clave a los dispositivos de SAS y FAISEM para consultas con nutricionistas (asesoramiento online). Ver Portal: www.comedoressaludables.org
- Plan Andaluz de Actividad Física y Alimentación Equilibrada: facilitar información y acceso a sus proyectos y programas “Rutas para la Vida Sana”, “Por un millón de pasos”, etc. Ver Portal: www.juntadeandalucia.es/salud/pafae
- Distrito Sanitario de Atención Primaria:
 - Contar con los y las técnicos/as de Promoción de la Salud para formación en técnicas motivacionales (entrevista motivacional aplicada a la actividad física y la alimentación) de profesionales de salud mental.
 - Contar con las personas de los Distritos Sanitarios, referentes en Consejo Dietético Intensivo, para for-

mación y asesoramiento.

- Confederación de Deporte, Instituto Municipal de Deportes, Centros Cívicos, Ayuntamientos o Asociaciones: negociar desde las Unidades de Gestión Clínica de SM y Delegaciones provinciales de FAISEM una oferta de actividades físicas para la población con TMG, que incluya una propuesta adaptada a las personas jóvenes con primeros episodios psicóticos.
- Red Local de Acción en Salud (RELAS): contactar en los municipios donde existan, desde las Unidades de Gestión Clínica de SM y Delegaciones provinciales de FAISEM.

5.5. INTERVENCIONES SANITARIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA

Aunque este documento está centrado en la promoción, se considera importante visualizar también las recomendaciones sobre intervenciones sanitarias y salud física en personas con TMG, con el objetivo de trasladarlas a los y las profesionales del SAS.

- Amplia coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria en el seguimiento de la salud física de personas con TMG.
- Monitorización para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías y factores de riesgo de mayor impacto (sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes, dislipemias y síndrome metabólico).
- Valoración individualizada en consulta de enfermería de: hábitos alimentarios (números de comidas al día y horarios, comidas fuera de casa, gustos y preferencias); actividad física (tiempo de realización, frecuencia, tipo de práctica, limitaciones para realizarla); capacidad de afrontamiento; autoestima; conocimientos en hábitos de vida saludables; dificultades y limitaciones en el aprendizaje; disposición a querer aprender.
- Refuerzo sobre estilos de vida saludable (alimentación equilibrada y actividad física).
- Refuerzo para llevar a cabo las recomendaciones para la población general, como el Código Europeo contra el Cáncer.
- Incorporación de los problemas de salud física a los programas de psicoeducación y a otros programas

de atención a las personas con TMG.

- Asesoramiento a las personas con TMG para saber cómo hacer balance entre los beneficios de los psicofármacos y los posibles riesgos para la salud física.
- Asesoramiento a las familias cuando manifiesten preocupaciones sobre la salud física de la persona con TMG.
- Recomendaciones sobre salud bucodental: proponer revisiones anuales por odontología. Insistir y reforzar los hábitos higiénicos dentales. Valorar el cambio a un antipsicótico que no produzca, o produzca menos, sequedad de boca, si procede.
- Inclusión en la adaptación local del Plan Asistencial Integrado Riesgo Vascular, de las personas menores de 40 años que toman medicación neuroléptica.

6. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. Bouza Álvarez C, López Cuadrado T, Saz Parkinson Z, Sarriá Santamera A, Alcázar Alcázar R, Amate Blanco JM."Patología física en la Esquizofrenia. Revisión sistemática y Análisis de Registros Hospitalarios". IPE 58/09. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Julio de 2009.
- Aranceta Batrina J, Serra Majem LI. Grupo de trabajo sobre Guías Alimentarias para la Población Española. "Estructura general de las guías alimentaria para la población española. Decálogo para una dieta saludable."En: Guías alimentarias para la población española. Recomendaciones para una dieta saludable. SENC 2001. ISBN: 84-7867-169-2
- Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabetic Medicine* 1997; 14(Suppl. 5):S1-S85.
- Berr C et al. Cognitive decline is associated with systemic oxidative stress. The EVA study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2008 ; 48:1285-1291.
- Bobes J et al. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)* 2008; 1:26-37
- Bourre J M. Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. part 1: macronutrients. *The Journal of Nutrition, Health & Aging.* Sep/Oct 2006; Vol.10, Iss. 5: pg.386 – 399
- Bourre J M. Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. part 2 : micronutrients. *The Journal of Nutrition, Health & Aging.* Sep/Oct 2006.; Vol.10, Iss. 5: pg. 377-386
- Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 212-7.
- Bryan J, Cabaresi E. Association between dietary of folate and vitamin B12 deficiency and self-reported cognitive function and psychological well-being in Australian men and women in midlife. *J. Nutr Health Aging* 2004; 8:226-232.
- Castilla Sánchez D, León Espinosa de los Monteros MT, Naranjo Rodríguez JA. Creencias erróneas sobre alimentación. *Medicina General* 2001;33: 346-350
- Consejería de Salud. Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada 2004-2008. Sevilla: Junta de Andalucía, 2004. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/pafae>
- Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: Junta de Andalucía 2006.
- Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía 2008.
- Consejería de Salud. Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria. Sevilla: Junta de Andalucía 2009. ISBN 978-84-691-2393-5
- Consejería de Salud. Consejo Dietético en Atención Primaria. Sevilla: Junta de Andalucía 2010. ISBN 84-689-7884-1
- Consejería de salud. Guía de recomendaciones para la promoción de la actividad física. Sevilla. Junta de Andalucía 2010.
- Cook NR, Cutter JA et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP) *BMJ* 2007; 334; 885; originally published online 20 Apr 2007; [Disponible en: <http://www.bmj.com/content/334/7599/885.full>. Consultado el 15 de marzo de 2011]
- Cotanda Sancho S, Sánchez Martínez V. Valoración enfermera de la salud bucodental de los pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría. *Presencia* 2005 jul-dic; 1(2). [Resumen disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n2/30articulo.php>> ISSN: 1885-0219. Consultado el 15 de marzo de 2011.]
- Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva 2002.
- De Hert M et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry* 24 2009; 412-424

- Estruch R. et al. Effects of a Mediterranean-Style Diet on Cardiovascular Risk Factors. *Ann Intern Med.* 2006; 145:1-11.
- Eufic (El Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación) Disponible en : <http://www.eufic.org/page/es/show/latest-science-news/page/LS/fftid/Following-Mediterranean-diet-may-lower-diabetes-risk/>.
- 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 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) .
- Fontaine KR, Heo M, Harrigan EP, et al. Estimating the consequences of anti-psychotic induced weight gain on health and mortality rate. *Psychiatry Research* 2001; 101:277-88.
- Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS 2009; Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.
- Harding S. Relaxation: with or without imagery? *Int J Nurs Pract.* 1996 Sep; 2(3):160-2.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* 2006; 126 (12): 445-51.
- Hernandez-Rodriguez J, Manjarrez-Gutierrez G. Macronutrient and neurotransmitter formation during brain development. *Nutr. Rev.* 2001; 59: S49-57
- Hernandez Rodriguez M. Alimentación del niño durante la edad escolar. Tratado de Nutrición. Editores Hernández M, Sastre Gallego. Diaz de Santos. 1999 ISBN 84-7978-387-7
- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular diseases. *Am Heart J* 2005; 150:1115-21.
- La Rue et al. Nutritional status and cognitive functioning in a normal aging sample. *Am. J. Clin. Nutr.* 1997;65:20-29
- Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority *World Psychiatry.* 2009 February; 8(1): 1-2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645006/pdf/wpa010001.pdf>
- Memoria Plan de Reducción de Consumo de sal. Jornadas de Debate. Estrategia NAOS. Noviembre 2009.
- Nasrallah HA. An overview of common medical comorbidities in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (Suppl. 6):3-4.
- Organización Mundial de Salud. Salud Bucodental. Nota informativa Nº318. Febrero de 2007. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html>.
- Organización Mundial de Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity>.
- Paleologos M et al. Cohort study of vitamin C intake and cognitive impairment. *Am J. epidemiol.* 1998; 148;45-50
- Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annual of Internal Medicine* 2003;138:24-32
- Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2010; 362:590-9.
- Pronskey et al. Valoración: interacciones entre los fármacos y los alimentos" en Krause Dietoterapia. 12ª Edición. Elsevier España, S.L. 2009
- Rabat Restrepo J. Los problemas de alimentación y nutrición en Atención Integral a la Infancia con patología crónica. Editores: Gómez De Terreros I., García Rodríguez F., Gómez de Terreros Guardiola M. Editorial ALHULIA 2002 ISBN: 84-95136-84-8
- Ross B. et al. Omega-3 fatty acids as treatments for mental illness: which disorder and which fatty acid? *Lipids in Health and Disease* 2007, 6:21
- Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González MP. Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizo-

- frenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(5):251-264
- Shaheen E, Lakhan and Karen F Vieira. Nutritional therapies for mental disorders *Nutrition Journal* 2008, 7:2
 - Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Nutritional assessment of patients with schizophrenia: a preliminary study. *Schizophrenia Bulletin* 2003; 29:393-7.
 - Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2003;62:73-6.
 - Strazzullo P, D'Elia L et al. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 2009; 339:b4567
 - Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Guía de la alimentación saludable. Madrid 2004
 - Simopoulos AP. Omega-3 fatty acids in health and disease and in growth and development. *Am J Clin Nutr* 1991, 54:438-63
 - Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ, de Leon J. Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005; 66:167-73.
 - The Royal College of Psychiatrists' Public Education Editorial Board. Nutrition and mental health. Updated: August 2009
 - Von Schacky C. Omega-3 fatty acids and cardiovascular disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2004; 7:131-136.
 - Wirshing DA. Schizophrenia and obesity: impact of antipsychotic medications. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65 (Suppl 18):13-26.
 - Wurtman R, O'Rourke D, Wurtman JJ: Nutrient imbalances in depressive disorders. Possible brain mechanisms. *Ann NY Acad Sci* 1989, 575:75-82.
 - Young SN. Clinical nutrition: 3. The fuzzy boundary between nutrition and psychopharmacology. *CMAJ* 2002, 166(2):205-209
 - Young SN. Folate and depression—a neglected problem. *J Psychiatry Neurosci* 2007; 32(2):80-82.

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS DE ACTIVIDAD FÍSICA

Actividad física: cualquier movimiento corporal que requiere un gasto energético por encima del gasto energético basal.

Capacidad aeróbica: es la capacidad para realizar ejercicio físico prolongado. Es un componente de la condición física, y se considera como un marcador general del estado de salud. Es uno de los mejores predictores de morbilidad y mortalidad en personas adultas y mayores, y se asocia con múltiples parámetros de salud en niños y adolescentes.

Condición física: capacidad que tiene una persona para realizar actividad física y/o ejercicio. Constituye una medida integrada de todas las funciones y estructuras que intervienen en la realización de actividad física o ejercicio físico.

Deporte: actividad física cuya práctica está reglada y, por tanto, sujeta a unas normas.

Ejercicios aeróbicos: actividad física que implica grandes grupos musculares y que se realiza a una intensidad moderada. Ejemplos: caminar, senderismo, bailar, natación, ir en bici.

Ejercicios de flexibilidad: actividad física que permite mantener o incrementar el rango de movimiento de las articulaciones y/o estirar los músculos. Ejemplos: desde sentado, tocar el suelo con las manos, colocar el cuerpo en posición fetal; estirar todo el cuerpo desde tumbado.

Ejercicios de fortalecimiento muscular: ejercicios que suponen la superación de una resistencia externa, también conocida como "carga". Ejemplos: levantar pesas, soportar el peso corporal, superar la resistencia de bandas elásticas.

Ejercicios de fortalecimiento óseo: el hueso es un órgano que se estimula por impacto o tracción, cuanto mayor y más frecuente es el estímulo (sin sobrepasar los límites y producir lesión) mayor es el crecimiento y fortalecimiento del hueso. Todas aquellas actividades que suponen un impacto repetido tales como la carrera, saltar a la comba, fútbol, baloncesto, tenis, etc. se consideran ejercicios de fortalecimiento/crecimiento óseo.

Ejercicios de equilibrio: ejercicios destinados a mejorar la estabilidad, incrementar la fuerza del tren inferior y reducir la probabilidad de caídas.

Ejercicio físico: actividad física planificada, estructurada y sistemática. Implica conciencia de la práctica e intencionalidad.

Flexibilidad: capacidad para realizar movimientos de gran amplitud articular gracias a la movilidad de las articulaciones y a la elasticidad de la musculatura y ligamentos.

Fuerza muscular: representa la capacidad muscular de superar una resistencia (carga). Es un componente de la condición física, y también se considera como un marcador de salud en adolescentes, adultos y personas mayores.

Intensidad leve, moderada y vigorosa: en términos generales, en una escala de 0 a 10 puntos donde estar sentado equivale a 0 puntos, y el máximo esfuerzo posible equivale a 10 puntos, una intensidad leve se corresponde con una puntuación de 3-4, una intensidad moderada se corresponde con 5-6, y una intensidad vigorosa se corresponde con 7-8 puntos.

MET: consumo metabólico basal, que equivale aproximadamente a 3.5 ml/kg/min de oxígeno (o 1 kcal/kg/hora). Los valores de MET oscilan desde 0.9 cuando se duerme o 1 cuando se está tumbado o viendo la televisión, hasta 18 cuando se corre a 17.5 km/h.

8. ENLACES DE INTERÉS

Claves para la inocuidad de alimentos.

http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/en/5kys_Spanish.pdf

Código Europeo contra el Cáncer.

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/Prevencion/codigoeuropeocontraelcancer/Paginas/codigoeuropeocontraelcancer.aspx>

"En Primera Persona". Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental.

<http://www.enprimerapersona.org/>

Federación Andaluza de Familiares de Personas con Enfermedad Mental - FEAFES.

<http://www.feafesandalucia.org/>

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental - FAISEM

<http://www.faisem.es/>

Instituto Andaluz de Deporte. Tareas de actividad física para adultos y mayores.

<http://www.juntadeandalucia.es/turismocomercioydeporte/iad/portaliad/afmayores/>

Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/pafae>

Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>

Programa "Comedores Saludables".

<http://www.comedoressaludables.org>

Proyecto "Por un Millón de Pasos".

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/porunmillondepasos>

