

## Autoras

Laura Delgado-Lobete<sup>a</sup>, Rebeca Montes-Montes<sup>b</sup>.



## Resumen

**Objetivos:** determinar la eficacia de un programa de actividad físico-psicomotriz sobre la calidad de vida en personas con esquizofrenia, así como las variables asociadas a la misma. **Métodos:** se diseñó un ensayo clínico aleatorizado con grupo control (n=34) y grupo experimental (n=34). La intervención del grupo experimental constó de 2 sesiones semanales de 60 minutos durante 10 semanas, en el que se incluyeron actividades físicas y psicomotrices diseñadas para población con esquizofrenia, bajo la supervisión de un terapeuta ocupacional experto en Psicomotricidad. Para evaluar la calidad de vida, se utilizó la escala WHOQOL-BREF. Entre las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas se incluyeron el sexo, la edad, la situación socio-laboral y habitacional, los años de evolución de la enfermedad, y la frecuencia e intensidad de los síntomas. **Limitaciones:** se tuvieron en cuenta las limitaciones y sesgos potenciales del estudio, por lo que se incluyeron estrategias para minimizar su efecto. **Aplicabilidad práctica:** este estudio permitirá, entre otras aplicaciones, demostrar la efectividad de las intervenciones físico-psicomotrices desde Terapia Ocupacional en esquizofrenia, permitiendo así diseñar estrategias efectivas para esta población y aumentando la evidencia científica en Terapia Ocupacional.

**DeCS** Esquizofrenia; Calidad De Vida; Actividad Motora; Desempeño Psicomotor; Terapia Ocupacional. **Palabras clave** Psicomotricidad.

## Summary

**Purpose:** to determine the effectiveness of a physical-psycho-motor activity program on quality of life in people with schizophrenia, as well as the variables associated with it. **Methods:** a randomized clinical trial with control group (n = 34) and experimental group (n = 34) was designed. The intervention of the experimental group consists of 2 weekly sessions of 60 minutes for 10 weeks, which included physical and psychomotor activities designed for people with schizophrenia, under the supervision of an occupational therapist skilled in psychomotricity. WHOQOL-BREF scale was used to assess the quality of life. Sociodemographic and clinical variables studied included sex, age, socio-economic and housing situation, years of disease evolution, and frequency and intensity of symptoms. **Limitations:** the limitations and potential biases of the study were taken into account, so strategies to minimize its effect were included.

**Practical applicability:** this study will allow, among other applications, to demonstrate the effectiveness of the physical-psycho-motor interventions from Occupational Therapy in schizophrenia; and it will also allow designing effective strategies for this population and increasing the scientific evidence in Occupational Therapy.

**MeSH** Schizophrenia; Quality of Life; Motor Activity; Psychomotor Performance; Occupational Therapy. **Keywords:** Psychomotricity.

Lévanos \_ Get up \_ Llévamos



Derechos de autor



## Como citar este documento

Delgado-Lobete L, Montes-Montes, R. Efectos de un programa de actividad física-psicomotriz sobre la calidad de vida en personas con esquizofrenia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 14(26): 542-50. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num26/pdfs/proyecto1.pdf>

**Texto recibido:** 15/05/2017 **Texto aceptado:** 21/10/2017 **Texto publicado:** 30/11/2017

<sup>a</sup> Universidade da Coruña. Doctoranda en Ciencias de la Salud. Máster en Asistencia e Investigación Sanitaria. Experta en Psicomotricidad. Graduada en Terapia Ocupacional. E-mail de contacto: [lauradl\\_91@hotmail.com](mailto:lauradl_91@hotmail.com), <sup>b</sup> Universidade da Coruña. Doctoranda en Ciencias de la Salud. Máster en Asistencia e Investigación Sanitaria. Experta en Psicomotricidad. Graduada en Terapia Ocupacional. E-mail de contacto: [rebecamontes\\_to@hotmail.com](mailto:rebecamontes_to@hotmail.com)



## Introducción

El desarrollo de la medicación antipsicótica moderna, ha supuesto una mejora significativa en el tratamiento de los síntomas principales que sufren las personas con esquizofrenia, lo que ha permitido que las intervenciones hayan podido desarrollar abordajes con objetivos más dirigidos hacia la funcionalidad, la independencia y la autonomía de esta población<sup>(1,2)</sup>.

Uno de los objetivos clave en la rehabilitación de personas con esquizofrenia, es la adquisición de una adecuada calidad de vida. La calidad de vida puede definirse como la sensación de bienestar y satisfacción de un individuo con sus circunstancias, así como su estado de salud y el acceso a recursos y oportunidades<sup>(3)</sup>. Un aspecto tan relevante como lo es poder disfrutar de una adecuada calidad de vida, es un objetivo de especial importancia dentro de los planes de rehabilitación, y, especialmente, dentro de la intervención desde Terapia Ocupacional, que debe desarrollar programas que permita a las personas con esquizofrenia llevar una vida lo más satisfactoria e independiente posible.

Aunque los estudios han demostrado que las personas con esquizofrenia tienen una calidad de vida significativamente menor que el resto de la población<sup>(4-6)</sup>, los factores asociados a esta menor calidad de vida en esquizofrenia son especialmente complejos de estimar. Uno de los factores conocidos por influir de forma significativamente negativa sobre la calidad de vida en personas con esquizofrenia, es la presencia de síntomas psiquiátricos<sup>(7)</sup>. Sin embargo, dada la gran variedad en las herramientas de evaluación y de definición de calidad de vida, es difícil identificar los síntomas psiquiátricos más estrechamente relacionados con una pobre calidad de vida en personas con esquizofrenia.

Una revisión sistemática llevada a cabo en 2007, analizó 56 estudios publicados entre 1966 y 2005 examinando la relación entre síntomas psiquiátricos generales, positivos y/o negativos, y distintos aspectos de la calidad de vida, incluida la calidad de vida objetiva, subjetiva y relacionada con la salud<sup>(5)</sup>. Tras el metaanálisis de los datos, los resultados obtenidos mostraron una relación significativa entre la presencia de síntomas positivos y negativos, y una peor calidad de vida global. La revisión también demostró que la presencia de síntomas positivos es un factor que se relaciona de manera muy estrecha con una mala calidad de vida relacionada con la salud<sup>(5)</sup>.

Una de las intervenciones más ampliamente implementadas en los programas de rehabilitación en salud mental, es la práctica de actividades físicas y deportivas, que han demostrado reducir los síntomas depresivos y esquizofrénicos, así como mejorar la calidad de vida, las habilidades psicosociales, y el bienestar mental, además de otros factores fisiológicos como la capacidad aeróbica y física<sup>(8-10)</sup>.

Además, este tipo de intervención también puede dirigirse a intentar mejorar los aspectos psicomotores, que se encuentran alterados en esta población, encontrándose especialmente afectados los componentes extrapiramidales, la coordinación y equilibrio, y el esquema corporal<sup>(11,12)</sup>.

Aunque la evidencia científica demuestra que la práctica de este tipo de intervenciones obtiene una mejoría significativa en aspectos muy relevantes, y altamente afectados, en las personas con esquizofrenia, son escasos los estudios llevados a cabo al respecto en España, y, especialmente, desde la Terapia Ocupacional. A través de este trabajo, se diseñará un proyecto de investigación cuyo objetivo es determinar la eficacia que la práctica de actividades físico-psicomotrices tiene sobre la calidad de vida en personas con esquizofrenia.

## Justificación

Las personas con esquizofrenia muestran una menor calidad de vida que el resto de la población<sup>(4-6)</sup>, y mayores alteraciones a nivel psicomotor<sup>(11,12)</sup>. Más aún, se ha demostrado que la práctica de ejercicio físico puede mejorar aspectos relevantes en personas con esquizofrenia, disminuyendo la aparición de síntomas positivos y negativos, el índice de masa corporal, y aumentando sus niveles de calidad de vida<sup>(8-10)</sup>. Sin embargo, los ensayos clínicos aleatorizados al respecto siguen siendo escasos, especialmente en población española. Por ello, se considera necesario diseñar y llevar a cabo ensayos clínicos aleatorizados que sean capaces de determinar la efectividad de intervenciones de actividad física-psicomotriz, sobre la calidad de vida y la aparición de síntomas



psiquiátricos en población adulta con esquizofrenia.

## Hipótesis

H<sub>0</sub>: Un programa de Terapia Ocupacional centrado en la actividad física e intervención psicomotriz grupal, dirigido a adultos con diagnóstico de esquizofrenia, no aporta beneficios sobre la calidad de vida percibida.

H<sub>1</sub>: Un programa de Terapia Ocupacional centrado en la actividad física e intervención psicomotriz grupal, dirigido a adultos con diagnóstico de esquizofrenia, sí aporta beneficios sobre la calidad de vida percibida.

## Objetivos

1. Determinar la eficacia de un plan de intervención de actividad física-psicomotriz grupal en la calidad de vida percibida de las personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia.
2. Determinar las variables asociadas a una mejoría en la calidad de vida percibida tras una intervención de actividad física-psicomotriz grupal.

## Métodos

### Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en diferentes Centros de Salud Mental comunitaria, en los que se realicen, de forma habitual, intervenciones de Terapia Ocupacional.

### Periodo

El estudio tendrá una duración de nueve meses. El periodo de intervención será de 10 semanas.

### Tipo de estudio

Estudio experimental aleatorizado y controlado.

### Criterios de selección

#### *Criterios de inclusión*

1. Personas que tengan diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM-V y/o CIE-10.
2. Personas con al menos 18 años de edad.
3. Personas que se encuentren en un período clínico y farmacológico estable.
4. Personas capaces de aceptar el consentimiento informado para participar en el estudio.
5. Personas que acudan regularmente a un recurso socio-sanitario de Salud Mental.
6. Personas que se puedan comprometer a asistir, al menos, al 90% de las actividades del estudio.
7. Personas que estén interesadas en participar en un programa de actividades físicas-psicomotrices.

#### *Criterios de exclusión*

1. Personas que presenten enfermedades distintas a la esquizofrenia y/o comorbilidades psíquicas o mentales (discapacidad intelectual, trastornos depresivos-afectivos, ansiedad, etc.).
2. Personas que presenten patologías motoras o conductuales que impidan la realización de las actividades propuestas en la intervención.

## Variables

#### *Variable principal de interés*

- Calidad de vida percibida

#### *Variables sociodemográficas*

- Sexo
- Fecha de nacimiento



- Nivel de estudios, profesión, y situación laboral
- Situación habitacional
- Estado civil

#### *Criterios de exclusión*

- Fecha de aparición de los primeros síntomas
- Frecuencia e intensidad de los síntomas psiquiátricos actuales
- Fecha y tipo de diagnóstico actual
- Diagnósticos previos
- Años de evolución de la enfermedad
- Tratamiento farmacológico actual
- Tratamiento no farmacológico actual
- Régimen de institucionalización actual

## Mediciones

### *Calidad de vida percibida*

La calidad de vida percibida se evaluará a través de la escala de vida WHOQOL-BREF en su versión validada para población española<sup>(13)</sup>. La WHOQOL-BREF es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar la calidad de vida percibida, está diseñada para su uso tanto en población sana como clínica, incluida psiquiátrica, y su uso está recomendado en estudios epidemiológicos, ensayos clínicos o evaluaciones de la eficacia de un tratamiento<sup>(14)</sup>. La WHOQOL-BREF es un cuestionario auto-administrado de 26 ítems que evalúan la calidad de vida percibida en cuatro áreas: física, psíquica, social y ambiental. Cada área se puntúa en una escala de 0 a 100, siendo 100 la mejor calidad de vida posible. No existen puntos de corte comparativos propuestos; a mayor puntuación obtenida, mayor calidad de vida percibida por el sujeto. Sus propiedades psicométricas han demostrado una buena validez interna y discriminante ( $\alpha$  de Cronbach=0.66-0.84)<sup>(14)</sup>.

La WHOQOL-BREF también ha sido validada en población española con esquizofrenia, obteniendo una excelente consistencia interna para el total de la escala (0.88-0.89), y adecuada para las áreas (0.65-0.79). Asimismo, la WHOQOL-BREF ha demostrado ser sensible a los cambios de funcionalidad global, grado de soporte social, la presencia de síntomas psiquiátricos y la discapacidad<sup>(4)</sup>. En conjunto, la escala WHOQOL-BREF tiene una validez adecuada, y se recomienda su uso para evaluar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.

### *Frecuencia e intensidad de los síntomas psiquiátricos actuales*

Para evaluar los síntomas psiquiátricos presentes en los pacientes antes y después de la intervención física-psicomotriz, se utilizará el Inventario Breve de Síntomas (IBS), adaptado y validado en población española en 2001<sup>(15)</sup>. El IBS es un cuestionario auto-administrado de 53 ítems agrupados en 9 áreas (somatización, obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, agresividad-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, sensibilidad interpersonal y psicotismo) y 3 índices globales (índice de severidad global, índice de malestar por síntomas positivos, e índice total de síntomas positivos).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el IBS ha demostrado tener una buena consistencia interna en todas sus áreas, con un valor mínimo de  $\alpha=0.71$  en el área psicotismo, y un máximo de  $\alpha=0.85$  para el área depresión. Respecto a su capacidad como medida consistente y estable a través del tiempo, el IBS muestra una adecuada fiabilidad test-retest en todas las subescalas, siendo la menor de 0.68 para el área somatización, y la mayor de 0.91 para el área ansiedad fóbica. La fiabilidad test-retest para el índice de severidad global fue de 0.90, lo que demuestra que el IBS es una herramienta fiable a través del tiempo<sup>(16)</sup>.

### *Variables sociodemográficas y clínicas*

Para recoger las variables sociodemográficas se diseñará un cuestionario *ad hoc* auto-administrado por el participante, en el que se determinarán las variables de la siguiente manera:

- Sexo: hombre o mujer.



- Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA
- Nivel de estudios (de acuerdo con la ISCED, Clasificación Estándar Internacional de Educación): bajo (ninguno o estudios primarios); medio (estudios secundarios completos); o alto (estudios universitarios).
- Profesión: profesión o profesiones para la que se está formado.
- Situación laboral: trabajador/a por cuenta ajena, trabajador/a por cuenta propia, empleado/a público (funcionarios y no funcionarios), becario/a remunerado, becario/a no remunerado, estudiante, desempleado/a, jubilado/a, beneficiario/a de pensión no contributiva, voluntario/a.
- Situación habitacional: reside solo/a en su propio domicilio; reside con su pareja y/o hijos en su propio domicilio; reside con un familiar en el domicilio familiar; reside en un piso tutelado o comunidad terapéutica; reside en una institución a tiempo parcial; reside en una institución a tiempo completo.
- Estado civil: soltero/a, casado/a, divorciado/a, o viudo/a.

Las variables clínicas, a excepción de la frecuencia e intensidad de los síntomas psiquiátricos, se recogerán a través de un cuestionario *ad hoc* cumplimentado por el participante y el clínico de referencia, y/o a través de la historia clínica del participante.

- Fecha de aparición de los primeros síntomas: MM/AAAA, o AAAA.
- Frecuencia e intensidad de los síntomas psiquiátricos actuales: Inventario Breve de Síntomas.
- Fecha de diagnóstico actual: DD/MM/AAAA, MM/AAAA, o AAAA.
- Diagnóstico actual: según DSM-V o CIE-10.
- Diagnósticos previos: según DSM-V o CIE-10.
- Años de evolución de la enfermedad: desde la fecha de aparición de primeros síntomas hasta la actualidad.
- Tratamiento farmacológico actual: a describir por la historia clínica.
- Tratamiento no farmacológico actual: a describir por la historia clínica.
- Régimen de institucionalización actual: seguimiento ambulatorio, institucionalización a tiempo parcial, o institucionalización a tiempo completo.

## Tamaño muestral

El cálculo del tamaño de la muestra se hizo a partir de varianza de la principal variable de interés, la variable *calidad de vida percibida*, tomando como desviación estándar de la puntuación total de la WHOQOL-BREF, la obtenida en el estudio de Mas-Expósito y colaboradores, a partir de una muestra de 241 personas españolas con esquizofrenia<sup>(4)</sup>.

De este modo, asumiendo una proporción esperada de pérdidas del 10% a lo largo del estudio, con una varianza=194, una seguridad del 95% ( $\alpha=0.05$ ), y un poder estadístico del 80% ( $\beta=20$ ), se podrían detectar diferencias con un valor mínimo de 10 con una muestra de 34 personas en el grupo experimental, y de 34 personas en el grupo control.

## Aleatorización

Los participantes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, se aleatorizarán a cada uno de los grupos de estudio, en una ratio 1:1, mediante un listado aleatorio generado por ordenador.

## Descripción de la intervención

### Evaluación

Se realizará una recogida de datos de todas las variables a los participantes de ambos grupos, con los mismos instrumentos y durante la misma semana, previamente a la intervención. Se realizará una segunda recogida de datos de todas las variables a los participantes de ambos grupos, con los mismos instrumentos y durante la misma semana, de forma inmediatamente posterior a la intervención.

El instrumento de recogida de datos será el cuaderno de investigación, que reúne los dos



cuestionarios ad hoc, la WHOQOL-BREF y el IBS.

#### *Intervención en el grupo control*

Los participantes del grupo control realizarán su tratamiento farmacológico y no farmacológico habitual durante las diez semanas de intervención.

#### *Intervención en el grupo experimental*

Los participantes del grupo experimental se dividirán en dos grupos, de 17 personas como máximo cada uno, con el fin de garantizar una intervención adecuada y de calidad. Ambos grupos seguirán un mismo programa de actividades físicas-psicomotrices, diseñadas, y dirigidas, por terapeutas ocupacionales expertos en Psicomotricidad. La intervención consistirá de un total de 20 sesiones, llevadas a cabo durante 10 semanas, 2 días a la semana, en sesiones de 60 minutos.

Cada sesión incluirá, en el siguiente orden:

1. Una presentación y fase de interacción social (10 minutos).
2. Una fase de calentamiento global (10 minutos).
3. Una fase central de ejercicio físico-psicomotriz (20 minutos), consistente entre dos y cuatro actividades, que explorarán diferentes aspectos de la psicomotricidad y la actividad física.
4. Una fase de relajación y vuelta a la calma (10 minutos).
5. Una fase de retroalimentación y participación social (10 minutos).

Para evitar el sobreesfuerzo de los participantes, y aumentar la adhesión a la intervención, se incrementará progresivamente la duración de la fase 3 (fase central) durante las primeras semanas del estudio. Así, las dos primeras semanas la fase 3 durará 10 minutos; las semanas 3 y 4, la fase 3 aumentará hasta los 15 minutos; y a partir de la semana 5, la fase 3 durará 20 minutos.

### **Análisis estadístico**

Se realizará un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresarán con media y  $\pm$  desviación típica, mientras que las variables cualitativas se expresarán como valor absoluto y porcentaje con estimación de su 95% de intervalo de confianza.

La asociación entre variables cualitativas entre sí se llevará a cabo mediante el estadístico Chi cuadrado. La diferencia de medias entre variables cualitativas y variables cuantitativas se estimará por medio de la t de Student o del test de Mann-Whitney, según proceda, tras la comprobación de normalidad con la prueba Kolmogorov-Smirnoff. La comparación múltiple de medias se realizará a través del ANOVA. Para determinar la correlación entre variables cuantitativas entre sí, se utilizará el coeficiente de Pearson o de Spearman, según proceda.

Para estudiar si existe una mejoría significativa en la calidad de vida percibida, se utilizará el test t de Student para datos pareados, o el test de los rangos con signo de Wilcoxon, según proceda. Se estudiará la asociación de diferentes variables con esta mejoría utilizando la estrategia de análisis detallada anteriormente. Por último, se utilizará la regresión lineal múltiple para identificar variables asociadas de forma independiente a la posible mejoría en la calidad de vida percibida.

### **Aspectos ético-legales**

El cumplimiento de los aspectos éticos y legales del estudio se garantizará a través de los siguientes factores:

1. El **consentimiento informado voluntario** de cada paciente para participar en el estudio.
2. La **garantía de confidencialidad de la información**, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).
3. La **anonimización** de los datos y cuestionarios.
4. La **aprobación** del estudio por el Comité de Ética de Investigación Clínica pertinente.
5. La adscripción a los **principios éticos fundamentales** en estudios de investigación<sup>(17)</sup>.



6.

La muestra a la que se aplicó el cuestionario para su validación estuvo compuesta por estudiantes de educación primaria, del 1º al 6º curso (criterio de inclusión), con y sin diagnóstico del TDA-H, siendo 163 niñas y 195 niños, de los cuales se obtuvieron 304 cuestionarios contestados (139 niñas y 165 niños). Recordar que el patrón de prevalencia diagnóstica al grupo de varones (Barkley<sup>(2)</sup>). El criterio de exclusión fue la no aprobación de los padres de la participación del estudiante en este estudio o no haber contestado el cuestionario.

## Discusión

El objetivo de este trabajo es describir un protocolo estructurado de intervención, con el que se pueda determinar la eficacia de un programa de actividad física y psicomotriz, sobre la calidad de vida en personas con esquizofrenia.

La esquizofrenia cursa, habitualmente, con otras condiciones patológicas y clínicas, que reducen tanto la calidad, como la esperanza de vida. Así, se ha demostrado que la población con esquizofrenia tiene una prevalencia significativamente mayor de enfermedades cardiovasculares, diabetes, y síndromes metabólicos<sup>(18)</sup>. Por tanto, la práctica habitual de actividad física en personas con esquizofrenia, no sólo supone un beneficio sobre las características propias de la patología mental, como la dificultad psicomotriz y las alteraciones de la marcha, sino que actúa directamente sobre factores condicionantes de la esperanza de vida<sup>(11,12,19-21)</sup>.

La introducción de estrategias físicas-psicomotrices, que incluyan también un componente de promoción de hábitos de vida saludables, ha demostrado mejorar significativamente la calidad de vida, tanto subjetiva, como relacionada con la salud, en personas con esquizofrenia<sup>(8-10,22,23)</sup>. Además, los programas de intervención física-psicomotriz, tienen un efecto beneficioso sobre otros componentes, que están directamente relacionados con el desempeño funcional durante las ocupaciones diarias, como la capacidad cognitiva global, y, especialmente, la memoria de trabajo, la inteligencia social, y la atención y consciencia<sup>(24)</sup>.

Los planes de rehabilitación psicosocial en trastornos mentales severos, y especialmente, en esquizofrenia, necesitan incorporar de manera regular, estrategias de intervención basadas en la actividades físicas y psicomotrices. En este sentido, el terapeuta ocupacional es, probablemente, el profesional mejor posicionado para implementar en su intervención este tipo de enfoque, debido a la concepción holística que caracteriza la Terapia Ocupacional, en la que tanto los componentes senso-motores, cognitivos, como sociales, se integran y se contemplan, para la consecución de la independencia funcional de las personas. Diversos autores han incidido previamente en la imperiosa necesidad de aumentar la inclusión de este tipo de intervenciones, en la rehabilitación psicosocial de las personas con esquizofrenia, y en la importancia de que estas estrategias sean llevadas a cabo por profesionales expertos en la actividad física y psicomotriz<sup>(21,23-25)</sup>.

### Limitaciones

El diseño del presente estudio presenta una serie de limitaciones relacionadas con los potenciales sesgos que pueden aparecer durante el desarrollo del mismo. La calidad de vida es un concepto que incluye un fuerte componente subjetivo, por lo que su valoración es compleja y puede dar lugar a sesgos en la información, ya que dos personas que se encuentren en una situación similar pueden percibirla de manera diferente. Para intentar minimizar este sesgo, se ha elegido una escala de evaluación de calidad de vida que se ha utilizado previamente en población similar a la de este proyecto y cuyas propiedades psicométricas son sólidas.

Respecto a la muestra del estudio, se ha tenido en cuenta que el número de participantes podría resultar menor del esperado, dada la frecuente comorbilidad de la esquizofrenia con otros trastornos psiquiátricos, por lo que será necesario ajustar la potencia estadística en función del número total de participantes.

Por último, es posible que los cambios en la calidad de vida de la muestra puedan verse influidos por otras variables no contempladas, por lo que se han recogido las principales variables sociodemográficas y clínicas que se han visto relacionadas previamente con la calidad de vida



percibida en personas con esquizofrenia.

### Aplicabilidad práctica

Se prevé que la puesta en práctica de este proyecto pueda derivar en diferentes aplicabilidades prácticas. En primer lugar, permitirá demostrar la eficacia de una intervención desde Terapia Ocupacional basada en actividad física psicomotriz sobre la calidad de vida percibida en personas con esquizofrenia. A partir de los resultados del estudio, se podrán diseñar nuevas líneas de actuación desde Terapia Ocupacional en salud mental, y se aumentará la evidencia científica en nuestra profesión, lo que colaborará en la implantación de las intervenciones ya existentes en esta población.

### Conclusión

La intervención física-psicomotriz aporta beneficios, no sólo sobre la calidad de vida, sino también, sobre la reducción de síntomas psiquiátricos, y la mejora cognitiva y funcional, en las personas con esquizofrenia, y debe ser incluida en los recursos de rehabilitación psicosocial. Dentro del equipo multidisciplinar de rehabilitación, el terapeuta ocupacional experto en Psicomotricidad, es el profesional mejor posicionado para poder llevar a cabo este tipo de estrategias. Sin embargo, la evidencia científica disponible en España al respecto es aún muy escasa, por lo que es necesario llevar a cabo estudios que avalen la efectividad de estos programas en nuestro país.

### Agradecimientos

Este proyecto no presenta conflicto de intereses ni se ha contado con ningún tipo de financiación para su diseño.

### Referencias bibliográficas

1. Attkisson C, Cook J, Karno M, et al. Clinical services research. *Schizophr Bull.* 1992; 18: 561–626.
2. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *Int Rev Psychiatry.* 2002; 14: 245–55.
3. Lehman AF. Instruments for measuring quality of life in mental illnesses. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Quality of Life in Mental Disorders.* New York, NY: Wiley; 1997: 79–94.
4. Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo L; Research Group on Severe Mental Disorder. The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia. *Qual Life Res.* 2011; 20(7): 1079-89.
5. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull.* 2007; 33(5): 1225-37.
6. Akvardar Y, Akdede B, Özerdem A, Eser E, Topkaya S, Alptekin K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 60(6): 693-9.
7. Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs.* 2004; 18: 5-17.
8. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical Activity Interventions for People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry* 2014;75(9):964-74.
9. Battaglia G, Alesi M, Inguglia M, Roccella M, Caramazza G, Bellafiore M, Palma A. Soccer practice as an add-on treatment in the management of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013; 9: 595-603.
10. Acil AA, Dogan S, Dogan O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008; 15(10): 808-15.
11. Walther S. Psychomotor symptoms of schizophrenia map on the cerebral motor circuit. *Psychiatry Res.* 2015; 233: 293-8.
12. Fervaha G, Agid O, Takeuchi H, Lee J, Foussias G, Zakzanis KK, Graff-Guerrero A, Remington G. Extrapiramidal symptoms and cognitive test performance in patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2015; 161(2-3): 351-6.
13. Lucas-Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.
14. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998; 28: 551–8.
15. Derogatis LR. Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R.) Madrid: TEA Ediciones, 2001.
16. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med.* 1983; 13: 595-605.
17. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? *JAMA Intern Med.* 2000;283(20):2701-11.
18. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, Van Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry.* 2009; 8:15-22.
19. Martín-Sierra A, Vancampfort D, Probst M, Bobes J, Maurissen K, Sweers K, De Schepper E, De Hert M.



- Walking capacity is associated with health-related quality of life and physical activity level in patients with schizophrenia: a preliminary report. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(4):211-6.
20. Hu B, Liu X, Wang C, Yin S, Yu L, Zhang T, et al. Vigorous-intensity physical activity is associated with metabolic syndrome among the Chinese middle-aged population: a cross-sectional study. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2015; 25:119-27.
  21. Stubbs B, Koyanagi A, Chuch F, Firth J, Rosenbaum S, Gaughran F, Mugisha J, Vancampfort D. Physical Activity Levels and Psychosis: A Mediation Analysis of Factors Influencing Physical Activity Tarteg Achievement Among 2014 186 People Across 46 Low-and Middle-Income Countries. *Schizophr Bull.* 2016; August: Ahead of print.
  22. Kilbourne AM, Barbaresso MM, Lai Z, Nord KM, Bramlet M, Goodrich DE, Post EP, Almirall D, Bauer MS. Improving Physical Health in Patients with Chronic Mental Disorders: Twelve-Month Results from a Randomized Controlled Collaborative Care Trial. *J Clin Psychiatry.* 2016; Oct 25: Ahead of print.
  23. Gomes E, Bastos T, Probst M, Ribeiro JC, Silva G, Corredeira R. Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2016;38(2):157-60.
  24. Firth J, Stubbs B, Rosenbaum S, Vancampfort D, Malchow B, Schuch F, Elliott R, Nuechterlein KH, Yung AR. Aerobic Exercise Improve Cognitive Functioning in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull.* 2016; August 2016: Ahead of print.
  25. Vancampfort D, Probst M, Scheewe T, Maurissen K, Sweers K, Knapen J, De Hert M. Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2011;129(2-3):122-7.

Lévanos \_Get up\_ Llévanos



Derechos de autor

