

Fernández, E. y Bermúdez, J. (2000). El pesimismo defensivo y el síndrome del impostor: Análisis de sus componentes afectivos y cognitivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 131-144.

Johnson, D. P., Penn, D. L., Fredrickson, B. L., Meyer, P. S., Kring, A. M., y Brantley, M. (2009). Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 499-509.

Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.

Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371.

Lazarus, R.S. (2006) Emotions and interpersonal relationships: Toward a person centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality* 74, 9-46.

Litman, J., y Lunsford, G. (2009). Frequency of use and impact of coping strategies assessed by the COPE Inventory and their relationships to post-event health and well-being. *Journal of Health Psychology*, 14, 982-991.

Navascués, A., Calvo -Mendel, D. y Martín, D. (2016). Efectos del bienestar subjetivo y psicológico en los resultados terapéuticos de un hospital de día. *Acción psicológica*, 13(2), 143-156.

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41.

Perona Garcelán, S., Gallach Solano, E., Vallina Fernández, O. y SantolayaOchando, F. (2004). Tra-

tamientos psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia: Guía breve para profesionales y familiares. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.

Ryan, R., y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Sanjuán, P., Magallanes, A., Ávila, M., y Arranz, H. (2016). Effective and ineffective coping strategies: Psychometric properties of a reduced version of brief-COPE for heart patients. *European Conference on Psychology and Behavioral Sciences*, 3, 33-42.

Scheier, M. F., Carver, C. y Bridges M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.

# ESTUDIO DE LA SALUD FÍSICA EN UNA MUESTRA DE PERSONAS CON TMG



## Autores

M<sup>a</sup> del Carmen López Expósito  
Ana Báez Miralles  
Mar Cendoya Argüello  
Rafael Cristina López  
Silvia Escribano Martín  
Juan Fernández Blanco  
Juan González Cases  
Miren Lorea Ortiz López  
Paloma Martínez Heras  
Cristina Nespral Gaztelumendi  
(Grupo EXTER)

Todos los autores y autoras son profesionales de recursos de la "Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera", Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid (Gestión técnica Grupo EXTER S.A.)



## RESUMEN

La salud física de las personas con trastorno mental grave suele ser un aspecto al que no se suele dar la suficiente relevancia en los sistemas de atención sanitaria, social y psicosocial a este colectivo. En el presente artículo los autores describen los resultados obtenidos al pasar una encuesta de salud de elaboración propia a 469 personas con trastorno mental grave residentes en la Comunidad de Madrid. Se analizan y comentan los diferentes resultados generales y desagregados por sexo. Se concluye, al igual que en otros estudios previos, que la salud de estas personas es deficiente y que se requieren medidas para revertir esta situación.

Palabras Clave: trastorno mental grave, salud física, rehabilitación psicosocial

## ABSTRACT

The physical condition of individuals with severe mental disorders is usually overlooked by public health care services and social welfare institutions. In this study researchers present the results drawn from a survey designed by their team for 469 participants with severe mental disorders living in Madrid's province. Data are analyzed and discussed at large and by sex. It is concluded that the participants' physical condition is fragile and more comprehensive policies are in order. Key words: severe mental illness, physical condition, psychosocial rehabilitation

## INTRODUCCIÓN

Al considerar los Trastornos Mentales Graves (TMG) hacemos referencia a un conjunto de entidades clínicas diferentes (fundamentalmente esquizofrenia y otras psicosis) que, con al menos dos años de evolución, originan una serie de problemas en el funcionamiento psicosocial, derivados de la

discapacidad producida por dichos trastornos.

En el ámbito psiquiátrico es conocido el hecho de que las personas con trastorno mental grave y duradero tienen un mayor riesgo de padecer problemas somáticos, experimentan mayores tasas de mortalidad ante determinadas patologías, y tienen una esperanza de vida menor que la de la población general. Sufren más enfermedades cardiovasculares, pues se da una mayor prevalencia de tabaquismo, obesidad, diabetes, hipertensión y dislipemia, y presentan mayor morbilidad y una tasa de mortalidad entre dos y tres veces mayor que la población general, atribuible en un 60% a enfermedades somáticas (enfermedades cerebrovasculares y síndrome metabólico) (1) y en un 40% a causas no naturales (28% por suicidio y 12% por accidentes) (2), (3).

Estas personas, a menudo muestran un cambio en su estilo de vida a causa del impacto del trastorno mental en las áreas social, emocional y económica, adoptando una vida sedentaria, con hábitos de vida poco saludables: escasa actividad física, malos hábitos dietéticos (dieta rica en grasas y con bajo contenido en fibras), mayor prevalencia del tabaquismo que en la población general, frecuente consumo de sustancias excitantes, etc., lo que favorece el sobrepeso y la obesidad (3).

Además, el uso de fármacos antipsicóticos, tanto de primera como de segunda generación, se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares (3), (4). Los tratamientos psicofarmacológicos pueden aumentar el riesgo de sobrepeso y disminuir los niveles de actividad a causa de los efectos secundarios (por la sedación, discinesia, etc.), pudiendo actuar como desencadenantes de obesidad y síndrome metabólico. Este mayor riesgo de padecer diferentes enfermedades físicas, ha de ser tenido en cuenta tanto por los profesionales que trabajamos con esta población, como por los propios

afectados y los familiares de estas personas, quienes han de estar convenientemente informados del incremento del riesgo. La Federación Mundial de la Salud Mental insiste en la importancia de tener en cuenta la asociación bidireccional entre los problemas de salud mental y las enfermedades crónicas, dada la incidencia en los índices de morbilidad y mortalidad.

Dickey y cols. (5) en un estudio realizado en USA, observaron que las personas con trastornos psicóticos tenían mayor probabilidad que las demás personas de desarrollar diabetes, hipertensión, cardiopatías, asma, trastornos gastrointestinales, infecciones cutáneas, neoplasias malignas y trastornos respiratorios agudos.

Si tenemos en cuenta un concepto más amplio de enfermedad mental, encontramos aún más frecuentes asociaciones entre trastornos como ansiedad y depresión y diferentes problemas de salud física crónicos: diabetes, cáncer, trastornos respiratorios, obesidad y trastorno cardiovascular.

En otro estudio en USA (6), se observó que el diagnóstico de esquizofrenia presentaba una asociación significativa con un número inferior de visitas médicas en el grupo total de pacientes, y también en el subgrupo de pacientes con hipertensión y diabetes. Y esto, a pesar de la mayor presencia de varios factores de riesgo para las enfermedades vasculares, metabólicas y respiratorias, fundamentalmente obesidad, tabaquismo, y abuso de sustancias (alcohol y otras drogas).

El hecho de que las personas con enfermedad mental tengan un menor acceso a la atención sanitaria general y reciban una atención médica de peor calidad que el resto de la población, se traduce en un menor número de diagnósticos y, consecuentemente, de tratamientos. No se benefician de un incremento en la esperanza de vida, como ocurre con la población general. En este sentido, los profesionales de atención primaria

pueden percibir erróneamente los síntomas médicos interpretando que son psicósomáticos. Pueden no estar capacitados, o pueden no sentirse cómodos atendiéndolos, algo que también puede ocurrir durante las hospitalizaciones "no psiquiátricas", en las que se pueden minimizar o malinterpretar sus síntomas somáticos así como utilizar de manera inadecuada métodos de restricción de movimiento o fármacos sedantes. Por otro lado, muchos psiquiatras no ven relevante realizar exploraciones físicas relacionadas con el tratamiento de estas enfermedades físicas, incluso las frecuentes. Además, en muchos casos las personas con psicosis no son conscientes de tener un problema de salud física, se encuentran aislados, tienen dificultades para comunicarse, sufren un deterioro cognitivo importante, o se muestran desconfiados y suspicaces (7).

Se presenta a continuación un estudio de diseño descriptivo y transversal, cuya finalidad es conocer el estado de salud general de la población atendida en varios recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera.





## MÉTODO:

**Diseño**

El diseño del estudio consistió en una encuesta de carácter transversal aplicada a 528 personas atendidas en trece recursos de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. Los centros participantes fueron: Equipos de Apoyo Social Comunitario de Alcalá de Henares, Moratalaz, Vallecas, Móstoles y San Fernando de Henares; Centros de Día de Alcalá de Henares, Vallecas y Moratalaz; Centros de Rehabilitación Psicosocial de La Elipa, Móstoles, San Fernando de Henares y Alcalá de Henares; y Centro de Rehabilitación Laboral de Móstoles. El cuestionario de salud es un instrumento de elaboración propia y aplicado en entrevista personal por profesionales en cada recurso.

**Muestra**

La muestra estaba compuesta por todas las personas atendidas en los trece dispositivos y de las 528 personas que se entrevistaron 469 accedieron a responder al cuestionario (88,8% de aceptación).

El perfil de la muestra correspondería a un 60,6% de hombres frente a un 39,4% de mujeres, de una edad media de 43,9 años (SD=10,2; máx=70; mín=20). Mayoritariamente con nacionalidad española (93,4%) y de raza blanca (97,7%). El estado civil más frecuente es soltero (78,3%), seguido de separado/divorciado (11,1%) y casados/pareja (8,1%). En cuanto al tipo de convivencia, la más frecuente es la convivencia con ambos padres (27,9%), seguida de la convivencia con solo uno de los padres (24,5%), solo (17,5%) y con cónyuge (10,9%). El diagnóstico más frecuente es esquizofrenia (60,6%), seguido de otros trastornos psicóticos en el 19,1% de los casos y el trastorno de personalidad en el 9,4%. El tiempo medio de evolución del trastorno psiquiátrico hasta

la entrada en el recurso es de 204,2 meses, algo más de 17 años (SD=115,6; máx= 624, mín=12).

**Instrumentos**

El instrumento utilizado es una encuesta heteroaplicada que consta de:

- Datos sociodemográficos y clínicos.
- Existencia de enfermedad o anomalías físicas no psiquiátricas., tratamientos y revisiones.
- Tensión arterial, peso, talla, índice masa corporal, analíticas, problemas oftalmológicos, auditivos, bucodentales y movilidad.
- Consumos de sustancias actuales y pasados (tabaco, café/te/energizantes, alcohol, hachís, heroína, cocaína, éxtasis y otras drogas).
- Hábitos de alimentación, ejercicio físico, sueño y dietas.
- Patrones de eliminación.
- Seguimientos especializados (ginecología, urología, etc.).
- Uso de recursos sanitarios.

**Análisis estadístico de los datos e interpretación de los resultados**

Los datos recogidos en el instrumento se procesaron utilizando la versión 18.0.0 del paquete estadístico SPSS. Las medidas utilizadas son la media aritmética y la desviación típica para los datos cuantitativos. Los cualitativos están expresados en forma de porcentajes. Posteriormente se realizan tablas de contingencia

para comparaciones de grupos y significación estadística con residuos tipificados, chi-cuadrado de Pearson; correlación de Pearson y de Spearman; Prueba T para muestras independientes y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis). Significación de  $p < 0,05$  ó  $p < 0,01$ .

## RESULTADOS

**Resultados globales**

Presencia de anomalías o enfermedades no psiquiátricas:

El 65,9% de la muestra señala que tiene algún problema de salud no psiquiátrico. Las personas con alguna anomalía o enfermedad no psiquiátrica suelen presentar como media 2,0 anomalías diferentes (SD= 1,42; máx=9; mín=1).

Las anomalías más frecuentes señaladas por las personas:

- hipercolesterolemia en el 20,7% de las personas entrevistadas
- diabetes: 12,2%
- hipertensión: 9,0%
- tiroides: 6,0%
- triglicéridos: 4,5%

El 45,8% de las personas con alguna enfermedad no psiquiátrica tiene indicación de tratamiento y revisiones (45,2%) y las realiza el 87,4% de las personas.

**Tensión arterial:**

Respecto a la tensión arterial sistólica el 7,3% presenta valores bajos y el 12,9% altos. Los valores diastólicos son bajos en el 16,0% de las personas encuestadas y altos en el 13,4%. La media sistólica es de 12,0 (SD= 1,54; máx=18,0; mín= 7,6) y la diastólica es de 7,58 (SD= 1,14; máx=13,0; mín= 4,3).

**Alergia:**

El 29,4% de las personas presenta algún tipo de alergia.

**Peso, talla y IMC:**

En la tabla 1 se señalan los valores correspondientes al peso, talla e Índice de Masa Corporal y en la tabla 2 la clasificación del IMC

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
peso	437	38,70	154,00	83,6423	19,55215
talla	446	135,00	196,00	169,0717	9,69816
IMC	433	16,87	51,36	29,2130	6,24662

	Frecuencia	Porcentaje
bajo peso	6	1,4
normopeso	119	27,4
sobrepeso	134	30,9
obesidad	148	34,1
obesidad mórbida	27	6,2
Total	434	100,0

En el 56,1% de las personas encuestadas se observa un perímetro abdominal excesivo y en el 3,0% reducido. El resto, 40,9%, presenta un perímetro normal.

**Problemas de visión, audición y bucodentales**

Utiliza gafas el 59,8% de los encuestados y han sufrido cambios de visión últimamente el 36,9%. Como promedio han realizado la última revisión oftalmológica hace 3,39 años (SD=4,85; máx=28; mín=0).

El 16,3% de las personas señala problemas de audición, teniendo prótesis auditivas solo el 1,7% de los encuestados.



Presenta problemas bucodentales el 54,8% de la muestra y utilizan algún tipo de prótesis dental el 22,8%. Como media hace 3,04 años que no realizan ninguna revisión bucodental (SD= 4,98; máx=40, mín=0). El 33,5% de las personas se lavan los dientes tres o más veces al día, dos veces al día el 21,4%, una vez al día el 27,8% y menos de una vez al día el 17,3%.

### Consumo de sustancias

Ha presentado en el pasado un consumo excesivo de sustancias el 34,4% de las personas y en la actualidad presentan un consumo inadecuado el 5,1%. Las frecuencias de consumo por sustancias se muestran en la tabla 3.

Tabla 3: Consumo excesivo de sustancia

Sustancia	Pasado		Actual	
	%	Media nº de dosis (SD)	%	Media nº de dosis (SD)
Café	61,8	3,2 (2,53)	56,1	2,4 (1,67)
Tabaco	59,7	27,6 (16,34)	52,7	18,8(10,20)
Alcohol	52,1		12,2	
Cannabis	29,9	3,8 (3,44)	3,8	1,6(0,81)
Cocaína	19,4		1,7	
Heroína	4,1		0	
Anfetaminas	4,3		0	
Síntesis	7,1		0,2	
Otras	1,5		0	

### Hábitos saludables

Realiza ejercicio físico el 52,1% de la población encuestada. Diariamente el 34,3%, cinco o seis veces a la semana el 4,5%, entre tres y cuatro veces a la semana el 16,1%, una o dos veces a la semana el 39,7% y con menor frecuencia el 3,7%. El 16,4% de las personas encuestadas presenta problemas de movilidad.

Se ducha o baña diariamente el 50,2% de las personas entrevistadas, varias veces al día el 2,8%, días alternos el 40,0 %, y una vez a la semana o menos el 7,0%. Se lava las manos más de tres veces al día el 61,5% y solamente el 2,5% de las personas encuestas no se las lava todos los días. La frecuencia más habitual de cambio de ropa es la

diaria (68,9%) y solo el 4,8% se la cambia con una frecuencia de una vez o menos a la semana.

El número de medio de comidas que realizan al día es de 3,5 (SD=0,90; máx=8, mín=1) y el 83,7% de las personas encuestadas considera que su dieta es variada. Los alimentos más frecuentes son las carnes, con un consumo habitual en el 25,3% de las personas, las verduras en el 20,4% y en tercer lugar las legumbres con el 16,1%. La suma de personas que habitualmente consumen alimentos precocinados, latas, embutidos, bollería o dulces sólo representa el 7,3% de la muestra. El 40,1% tienen alimentos restringido y el 31,7% una dieta prescrita.

La media de horas de sueño diaria es de 8,7 (SD=1,73; máx=17, mín=4) y relata problemas de sueño el 36,4% de las personas. Solo el 6,8% duerme en ropa de calle y fuma en la habitación el 23,8%.

Una cuarta parte de las personas (25,1%) manifiesta un patrón de eliminación intestinal irregular y molestias el 22,2%. Utilizan habitualmente laxantes el 11,1%. La eliminación urinaria es irregular en el 10,1% y con molestias en el 7,0%. Solo utiliza productos diuréticos el 2,5%.

### Uso de recursos sanitarios

El 93,0% utiliza cuando lo necesita a su médico de Atención Primaria y el 43,2% a su enfermera de A.P. Desconoce la existencia de otros recursos sanitarios el 62,9% y utiliza otros recursos sanitarios el 23,4%.

### Resultados desagregados por sexo

Los resultados cuantitativos más significativos desagregados por sexo se muestran en la tabla 4:

Tabla 4: resultados por sexo

	sexo	N	Media	SD	*
Edad	hombre	279	42,72	10,36	p= 0.01*
	mujer	185	45,88	9,86	
Nº anomalías	hombre	284	1,20	1,39	p=0.008**
	mujer	185	1,57	1,65	
Valor sistólica	hombre	188	12,30	1,45	p=0.005**
	mujer	118	11,75	1,63	
Valor diastólica	hombre	189	7,72	1,09	p=0.05**
	mujer	119	7,35	1,19	
Peso	hombre	267	87,85	18,35	p=0.000**
	mujer	170	77,02	19,59	
Talla	hombre	273	174,17	7,29	p=0.000**
	mujer	173	161,02	7,25	
IMC	hombre	266	28,98	5,60	
	mujer	167	29,57	7,15	
Años última revisión ojos	hombre	223	3,50	4,83	
	mujer	153	3,23	4,87	
Años última revisión boca	hombre	255	3,19	5,33	
	mujer	164	2,79	4,39	
Nº cafés consumo pasado	hombre	165	3,13	2,47	
	mujer	94	3,41	2,64	
Nº cigarrillos consumo pasado	hombre	162	27,10	14,96	
	mujer	88	28,59	18,68	
Nº porros consumo pasado	hombre	47	4,09	3,78	
	mujer	14	2,82	1,69	
Nº cafés consumo actual	hombre	156	2,59	1,79	
	mujer	83	2,27	1,41	
Nº cigarrillos consumo actual	hombre	149	18,79	10,62	
	mujer	80	18,14	9,44	
Nº porros consumo actual	hombre	6	1,66	,81	
	mujer	0a	.	.	
Nº comidas diarias	hombre	281	3,48	,93	
	mujer	183	3,59	,87	
Nº horas de sueño diarias	hombre	280	8,73	1,64	
	mujer	183	8,74	1,85	

a. No puede calcularse T porque al menos uno de los grupos está vacío.

\* Prueba paramétrica T de Student

C\*Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney



Los principales resultados en los que se encuentran diferencias significativas entre las mujeres y los hombres entrevistados son:

- Edad ( $p=0.01^*$ ): las mujeres tienen más edad.
- Diagnóstico: los hombres más frecuencia de diagnósticos de esquizofrenia (residuo tipificado corregido= 3.1) y las mujeres más frecuencia de psicosis afectiva (residuo tipificado corregido= 2.8) ( $p=0.032$ ).
- Anomalías (residuo tipificado corregido=2.0;  $p=0.041$ ). Los hombres es más frecuente que no tengan ninguna anomalía.
- Número medio de anomalías ( $p=0.008^{**}$ ): las mujeres más anomalías de media. Pero la edad correlaciona positivamente con el nº de anomalías ( $r=0.357$ ;  $p=0.000$ ) y al tener la muestra de mujeres más edad podría explicar en parte una peor salud. Sin embargo la correlación edad y número de anomalías es mayor en mujeres que en hombres (mujer:  $r=0.401$ ; hombres:  $r=0.307$ ) ( $p=0.000$  en ambos grupos).
- Peso ( $p=0.000^{**}$ ): los hombres pesan más. En los hombres hay una correlación positiva entre peso y nº de anomalías ( $r=0.282$ ;  $p=0.000$ ). En las mujeres esa correlación es mínima y no significativa ( $r=0.025$ ;  $p=0.743$ ).
- Talla ( $p=0.000^{**}$ ): los hombres miden más.
- Problemas de tiroides (residuo tipificado corregido=5.2;  $p=0.000$ ): en las mujeres más frecuente problemas de tiroides
- Rango sistólica: (residuo tipificado corregido=3.7;  $p=0.001$ ). El rango de sistólica baja es más frecuente en la mujer
- Tensión arterial: los hombres valores medios más altos en sistólica ( $p=0.005^{**}$ ) y en diastólica

( $p=0.05$ ).

- Rango diastólica:
    - Baja: (residuo tipificado corregido=4.3;  $p=0.000$ ). El rango de diastólica baja es más frecuente en la mujer.
    - Alta: (residuo tipificado corregido=2.2;  $p=0.000$ ). El rango de diastólica alta es más frecuente en el hombre
  - Rango IMC:
    - Bajo peso (residuo tipificado corregido=3.1;  $p=0.000$ ). El rango de IMC de bajo peso es más frecuente en la mujer.
    - Obesidad mórbida (residuo tipificado corregido=2.3;  $p=0.000$ ). El rango de IMC de obesidades mórbidas es más frecuente en la mujer que en el hombre.
  - Gafas: (residuo tipificado corregido=2.4;  $p=0.018$ ). Las mujeres utilizan gafas con más frecuencia que los hombres.
  - Frecuencia lavado de boca: las mujeres se lavan más frecuentemente la boca que los hombres (residuos tipificados Nunca= -2.0; 1 día= -2.1; 2 día= 2.2; 4 día= 2.8) ( $p=0.03$ )
- Consumo en el pasado: hay más hombres con consumos en el pasado que mujeres (residuos tipificados= 5,7;  $p=0.000$ ).
- Consumo sustancias en el pasado:
    - Alcohol: hay más hombre con consumos de alcohol en el pasado que mujeres (residuos tipificados= 5,6;  $p=0.000$ ).
    - Cannabis: hay más hombres con consumos de cannabis en el pasado que mujeres (residuos tipificados= 5,4;  $p=0.000$ ).
    - Cocaína: hay más hombres con consumos de cocaína en el pasado que mujeres (residuos tipificados= 4,5;  $p=0.000$ ).

- Síntesis: hay más hombres con consumos de drogas de síntesis en el pasado que mujeres (residuos tipificados= 2,2;  $p=0.026$ ).
- Consumo actual: hay más hombres con consumos actuales que mujeres (residuos tipificados= 2.3;  $p=0.031$ ).
- Consumo sustancias en la actualidad:
  - Alcohol: hay más hombre con consumos de alcohol que mujeres (residuos tipificados= 2.5;  $p=0.014$ ).
  - Cannabis: hay más hombres con consumos de cannabis que mujeres (residuos tipificados= 2.5;  $p=0.012$ ).
- Cambio de ropa: las mujeres se cambian de ropa con más frecuencia que los hombres (residuos tipificados cambio ropa diario= 3;  $p=0.035$ ).
- Fumar en la habitación: hay más hombres que fuman en la habitación que mujeres (residuo tipificado= 2.7;  $p=0.006$ ).
- Patrón eliminación intestinal regular: los hombres tiene una patrón más regular que las mujeres (residuo tipificado= 3.1;  $p=0.002$ ). Las mujeres tienen más molestias (residuo tipificado= 3.0;  $p=0.008$ ) y utilizan más laxantes (residuo tipificado= 3.4;  $p=0.003$ ). Patrón eliminación vesical: los hombres tiene una patrón más regular que las mujeres (residuo tipificado= 2.5;  $p=0.011$ ). Las mujeres tienen más molestias (residuo tipificado= 3.0;  $p=0.003$ ) y utilizan más diuréticos (residuo tipificado= 2.3;  $p=0.020$ ).
- Uso médico de Atención Primaria: hay más mujeres que van al médico de primaria que hombres (residuo tipificado= 2.1;  $p=0.034$ ).
- Uso enfermería de Atención primaria: hay más mujeres que van a enfermería de primaria que hombres (residuo tipificado= 2.1;  $p=0.032$ ).

- Perímetro abdominal: las mujeres tienen un perímetro abdominal mayor que los hombres (residuo tipificado Normal= -2.5; Excesivo=2.1) ( $p=0.027$ ).

## DISCUSIÓN

Diferentes estudios e investigaciones recientes confirman que las personas con TMG tienen asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas de salud, mayores tasas de mortalidad para determinadas patologías y una esperanza de vida menor que la población general (8-11). Este aumento de la morbilidad-mortalidad esta asociada al desarrollo de patologías concurrentes (diabetes, hipercolesterolemia, enfermedades respiratorias, etc.), cuya prevención, diagnóstico y tratamiento se ven dificultadas por el hecho de padecer una enfermedad mental. Los factores asociados al desarrollo de problemas de salud son múltiples y variados. Estilos de vida poco saludables (sedentarismo, obesidad, consumo de tabaco, etc.) junto con factores relacionados con la enfermedad (tratamientos farmacológicos) aumentan el riesgo para la salud. Las dificultades en el acceso a una atención sanitaria adecuada a sus necesidades, debida al estigma asociado a la enfermedad mental, aumenta esta morbilidad-mortalidad. Todos estos factores explicarían un peor estado de salud en las personas con TMG, en comparación con la población general.

Preocuparse por la salud física, en las personas con TMG, implica tener una visión más completa de los problemas y una actitud que no solo contempla lo mental, permitiendo abordar la promoción de estilos de vida saludable y la prevención y monitorización de las patologías físicas, que aumentan la discapacidad y la morbimortalidad de este colectivo.

Atendiendo a los datos recogidos en el estudio, se advierte que los hombres tienen más diagnóstico



de esquizofrenia y las mujeres más diagnóstico de psicosis afectivas. En la literatura científica se evidencia que la mayor concurrencia de patología física asociada a mortalidad se obtiene de estudios realizados en personas con diagnóstico de esquizofrenia, aunque existen datos que señalan mayor prevalencia de enfermedades orgánicas en personas con trastorno bipolar (2, 9, 12-14). Tendiendo en cuenta que a los recursos de rehabilitación acceden personas derivadas en función de sus necesidades, no de su diagnóstico, estaría indicado generalizar las actuaciones a todas las personas que inician un proceso de rehabilitación psicosocial, independientemente de cuál sea el diagnóstico de TMG.

El estudio realizado tiene un diseño descriptivo y transversal y cuenta con una muestra de 469 personas, que se lleva a cabo en los Recursos de Rehabilitación, en los que están siendo atendidas, pertenecientes a la Red de Atención Social a personas con EMG, de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, de la Comunidad de Madrid.

En el estudio se analizan los datos de una elevada muestra (n= 469), obteniéndose resultados objetivos en relación a: peso, talla, índice de masa corporal, tensión arterial y uso de prótesis (gafas, audífonos, etc.).

Partiendo de estos resultados se observa que, al tener más muestra de mujeres y de mayor edad, existe correlación positiva con el número de ano-

malías, lo que podría explicar, en parte, peor salud. En los hombres, se obtiene correlación positiva entre peso y número de anomalías, aunque el índice de masa corporal de obesidad mórbida y mayor perímetro abdominal, es más frecuente en la mujer. Los hombres miden más que las mujeres.

Los hombres tienen tensión (sistólica y diastólica) más alta. Las mujeres utilizan gafas con más frecuencia que los hombres.

Las mujeres tienen más frecuentemente problemas de tiroides y mayores problemas en patrón de eliminación intestinal y vesical, haciendo mayor uso de diuréticos y laxantes. También se observa que las mujeres hacen más uso de los recursos sanitarios, tanto médicos de atención primaria como de enfermería.

En relación a los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y otras drogas) hay más hombres con consumos en el pasado que mujeres y mayor consumo en la actualidad de alcohol y cannabis por parte de los hombres.

Respecto a la higiene personal se da más frecuencia de lavado de boca en mujeres que en hombres y se cambian de ropa con más frecuencia.

Comparando los resultados de este estudio con datos de salud extraídos de población adulta general (15-17) se observan, entre otras, las siguientes diferencias:

	Población en Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid	Población adulta general
HIPERCOLESTEROLEMIA	20,70%	16,40%
DIABETES	12,20%	7,00%
HIPERTENSIÓN	9,00%	18,50%
OBESIDAD Y SOBREPESO	71,20%	53,70%
CONSUMO DE TABACO	52,70%	24,00%
HORAS DE SUEÑO	8,7 horas diarias de media	7,1 horas diarias de media

Como limitaciones del estudio estarían las relacionadas con el instrumento de medida, ya que no llega a aclarar aspectos como: la consulta en atención primaria (se desconoce el objetivo por el que se acude); tampoco se recoge la edad de inicio del problema de salud física, ni se concreta si el consumo de fármacos favorece el inicio de los problemas de salud (la edad de otras patologías físicas). En cuanto al método de aplicación hay que tener en cuenta que está administrado por distintos profesionales y además alguna cuestión deja margen para la interpretación, y en ocasiones es necesario utilizar distintos criterios y estrategias para adaptar y/o propiciar la aplicación del cuestionario a la persona.

Una fortaleza importante del estudio es el gran número de personas encuestadas y que al ser realizadas las entrevistas por profesionales de referencia y contar con un vínculo terapéutico, se facilita la obtención de datos sensibles más relacionados con áreas como la sexual, el consumo de sustancias, etc.

## CONCLUSIONES

Diferentes estudios, incluido el presente trabajo, advierten que las personas que sufren un TMG padecen más enfermedades somáticas, tasas más altas de mortalidad y por ende una esperanza de vida menor. Esta realidad parece estar relacionada, en mayor medida, con un estilo de vida sedentario, malos hábitos dietéticos, tabaquismo, abuso de otras sustancias tóxicas y menor acceso a la atención sanitaria primaria y especializada.

Tal circunstancia emplaza, cuando no exige, a los recursos de la Red de Atención Social a PEM y por extensión a otros dispositivos de atención a dichas personas, a tratar de afrontarla. No hacerlo sería tanto como no prestar atención a una necesidad de primer orden. Y esto, no podrá ser más que a través de la formulación de objetivos que tengan que ver con la salud y el estilo de vida de las

personas atendidas. Dar cuenta de estos objetivos implica poner en marcha intervenciones que de forma genérica tendrían que ver con estrategias de prevención, promoción y protección de la salud física; así como con el apoyo al seguimiento de los tratamientos prescritos por los facultativos. La concreción de esta propuesta genérica de intervención se podría estructurar del siguiente modo:

1. Cualificar, en este tipo de intervenciones, a los profesionales de la rehabilitación.
2. Coordinación con los profesionales de los Centros de Atención Primaria para que incluyan a las personas afectadas por un TMG, que se ajusten a perfil, en todos los programas de control de patologías somáticas específicas, realizando un seguimiento continuado de tales patologías.
3. Facilitar, a las PEM en atención, los apoyos necesarios para mantenerse en dichos programas.
4. Implementar desde los dispositivos de rehabilitación un programa de promoción de estilos de vida saludables y prevención de patologías somáticas. Dicho Programa debería de incluir, entre otros, contenidos como: aseo e higiene personal; higiene del sueño; dieta equilibrada y buenos hábitos alimentarios; prevención y control del consumo de tóxicos; uso saludable del tiempo libre realizando ejercicio físico; control de la asistencia y seguimiento a citas médicas y toma de la medicación prescrita, etc.).
5. Programar la prevención, promoción y protección de la salud como contenidos importantes en la intervención con familias.
6. Incorporar la variable género para así dar cuenta de circunstancias diferenciadoras en materia de salud.
7. Formular objetivos que tengan que ver con la prevención de patologías orgánicas y



mantenimiento de la salud en la intervención con primeros episodios, como momento crítico para el establecimiento de hábitos y estilos de vida que faciliten una prevención primaria de los problemas de salud.

Estudios como el presente ponen de manifiesto la necesidad de continuar recabando y sistematizando la recogida de datos sobre hábitos de vida poco saludables en personas con TMG. Ello ha de permitir mejorar las estrategias ya en marcha dirigidas al citado objetivo de prevención, promoción y protección de la salud; así como a diseñar otras que las mejoren o complementen.

#### AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a los siguientes profesionales de los recursos donde se ha realizado el estudio su colaboración en la aplicación de la encuesta a los usuarios: Nadia Berodia Sánchez, M<sup>a</sup> Soledad del Campo Llano, María Damián López, Rosa Belén García Muñoz, Andrés García Ruza, Elena Gómez Crespo, Juana Mancebo Muñoz, Cristina Muñoz Pulido, Ana Muñoz Santiago, Hakam Ojeili Fornieles, Almudena Ortiz Díaz, Rosa M<sup>a</sup> Rey Rodríguez, Lourdes Rodríguez Paya, Cristina Tur Barja, Rocío Valera Moya, Carmen Lobo Montalbán.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

(1) Varela Estévez MJ, Fernández Domínguez MJ, López Cortiñas MJ, Nieto Seoane MJ, Pereiro Sánchez E, Gándara Quintas CM. Prevalencia del síndrome metabólico en esquizofrenia y trastorno bipolar ¿Sería útil un protocolo de control cardiovascular?. Cuadernos de atención primaria 2013;19:215-222.

(2) Bouza Álvarez C, López Cuadrado T, Saz Parkinson Z, Sarría Santamera A, Alcázar Alcázar R,

Amate Blanco JM. Patología física en la Esquizofrenia. Revisión sistemática y Análisis de Registros Hospitalarios. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Ciencia e Innovación. IPE 58/09. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, 2009.

(3) Sánchez-Araña T, Torralba ML, Montoya MJ, Gómez MC, Touriño R. Evaluación de la salud física y el estilo de vida en las personas con trastorno mental grave. En: Fernández JA, Touriño R, Benítez N, Abelleira C, coord. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP) 2010; p. 49-162,

(4) Bernardo M, Safont G, Oliveira C. Coord. Recomendaciones para la monitorización y la promoción de la salud física en los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2014.

(5) Dickey B, Normand SLT, Weiss RD, Drake RE, Azeni H. Medical morbidity, mental illness and substance use disorders. Psychiatr Serv 2002;53:861-7

(6) Cradock-O'Leary J, Young AS, Yano EM, Wang M, Lee ML. Use of general medical services by VA patients with psychiatric disorders. Psychiatr Serv 2002;53:874-8

(7) Maj M. Necesidad de proteger y fomentar la salud física en personas con enfermedad mental grave. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2009;2(1):1-4

(8) De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. 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 European Society of Cardiology (ESC). European

Psychiatry 2009;24(6): 412-424.

(9) Evelyn H, Padilla Obrero L. Coor; Promoción de la Salud en personas con trastorno mental grave: Análisis de la situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. Sevilla: Consejería de Salud, 2011.

(10) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. 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 N° 2007/05.

(11) Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med. Clin. 2006;126(12):445-451.

(12) Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes JM, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc) 2008;1:26-37.

(13) 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 N° 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

(14) Sáiz Ruíz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González MP. Grupo de Trabajo sobre la salud física del paciente con esquizofrenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Españolas de Psiquiatría 2008;36(5):251-

264.

(15) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Nacional de Estadística. 2013. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible en:

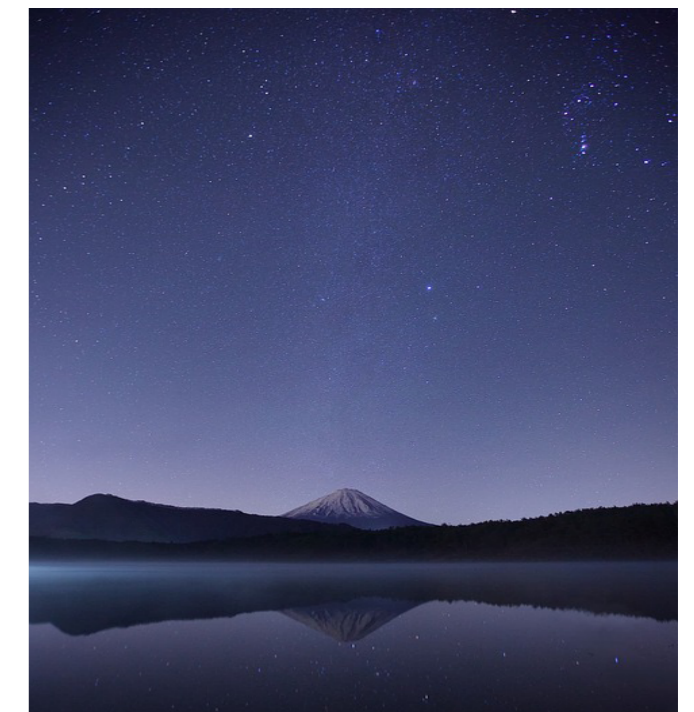
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

(16) Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad . 2017. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Disponible en:

[https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2014.htm](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm)

(17) Centro de investigación del sueño FLEX. 2017. ¿Dormimos lo suficiente los españoles? Disponible en:

<http://www.flex.es/CISflex/dormimos-lo-suficiente-los-espanoles/>



Contacto: M<sup>a</sup> del Carmen López Expósito. Terapeuta Ocupacional Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares.  
Teléfono: 91 882 38 84  
Correo electrónico: [clopez@grupoexter.com](mailto:clopez@grupoexter.com)