

Enfermería de Salud Mental y depresión: Ejercicio físico como herramienta de trabajo

Miriam Miñambres Redondo ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Enfermera Interna Residente de Salud Mental 2011-2013. Institut de Neuropsiquiatria i Addicions, Mar Parc de Salut, Hospital del Mar, Barcelona

RESUMEN

Actualmente la depresión es uno de los problemas psiquiátricos más prevalentes en nuestra sociedad. Proyecciones para el año 2020 indican que el trastorno depresivo mayor será la segunda enfermedad más prevalente, después de la enfermedad coronaria.

Diariamente vemos personas afectos de esta patología que nos piden ayuda, ya que no son capaces de sobrellevar las actividades de la vida diaria con normalidad debido a la sintomatología de su enfermedad.

Enfermería de Salud Mental juega aquí una importante labor respecto a Educación Sanitaria. Está en nuestra mano mejorar la calidad de vida de estos usuarios mediante actuaciones enfermeras. Nuestro trabajo debería centrarse en aconsejar, guiar y adecuar el funcionamiento del paciente, ofreciéndole otras vías efectivas para el control de su sintomatología.

El ejercicio físico juega un papel clave en esto, como cada vez más están demostrando numerosos estudios. Nuestro papel como Enfermeros especialistas en Salud Mental es importante a la hora de saber sobre este tema: cómo afecta a la depresión, qué aconsejan las guías clínicas y los estudios en este ámbito, cómo es la mejor manera de introducirlo a este tipo de pacientes, qué tipo de ejercicio es el más adecuado, etc.

En este trabajo se trata de hacer un resumen de todo ello, para consulta del profesional y para la mejora de la administración de cuidados que ofrecemos en nuestro trabajo cotidiano.

Palabras clave: Enfermería de Salud Mental, Depresión, Ejercicio Físico.

ABSTRACT

Currently, depression is one of the psychiatric problems with more prevalence in our society. Projections for the year 2020 indicate that the Major Depressive Disorder will be the second most prevalence illness, after the coronary disease. Everyday we are in current contact with individuals affected by this pathology asking for help, since they are not capable of carrying daily life activities with normality due to the pathology symptomatology.

Mental Health Nursing plays an important role regarding to increase the knowledge about this disease. It relies in our hands improving life quality of these means of nursery actions. Our work should be focus on advising, guiding and adapting the functioning of the patient, offering him other effective ways to control his symptomatology.

Physical exercise plays a key role, as numerous studies are constantly demonstrating. Our role as Mental Health Nurses is important specifically in

knowing how depression affects individuals, what does clinical guides and other studies advise in this area, which is the best way of introducing it this type of patients, what type of exercise is the most suitable, etc.

We therefore want to summarize these aspects in order to improve the administration of nurse care that we offer in our daily work.

Keywords: Mental Health Nursing, Depression, Physical Exercise.

INTRODUCCIÓN

Cuando coloquialmente se habla de la palabra *depresión*, se hace mención a un estado de bajo ánimo, apatía e inactividad. Popularmente es una palabra muy usada, es frecuente oír frases como “*estoy deprimida*”, “*tengo depresión*”, “*si sigo así me voy a deprimir*”, “*la noto muy deprimida*”, etc. Pero, en el trabajo diario de las enfermeras de salud mental, ¿qué se entiende por depresión?

Usando como guía el DSM-IV-TR de Masson ⁽¹⁾, se puede comprobar que el término depresión engloba muchas patologías distintas. Según este manual diagnóstico, el término depresión se incluye dentro de los trastornos del ánimo. Dentro de este apartado, se hace una clara diferencia entre episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) y trastornos del estado de ánimo en sí mismos (trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología –debido a enfermedad médica e inducido por sustancias-).

Dentro de cada capítulo del manual, se hablan de las características de cada uno en concreto, con el fin de facilitar un buen diagnóstico médico. Así mismo se habla de las prevalencias, que se resumen en el siguiente cuadro I:

Cuadro I

PATOLOGÍA	PREVALENCIA	
Trastorno Depresivo Mayor	A lo largo de la vida	10-25% ♀
		5-12% ♂
	Puntual	5-9% ♀
		2-3% ♂
Trastorno Distímico	A lo largo de la vida	6% población general
	Puntual	3% población general
Trastorno Bipolar I	0,4-1,6% población general	
Trastorno Bipolar II	0,5% población general	
Trastorno Ciclotímico	Población general	0,4-1%
	En clínicas de trastornos afectivos	3-5%
Trastorno del ánimo debido a enfermedad médica (cuadros depresivos)	Enfermedad neurológica	25-40%
	Enfermedad sin implicación Sistema Nervioso	≈8-60%

En el cuadro anterior se observa una gran variación de uno a otro, pero lo que se quiere destacar es que gran parte de la población sufre de esta sintomatología de ánimo bajo, con la gran repercusión que esto tiene en sus vidas y en las actividades de la vida diaria (AVD).

Esta patología de salud mental es, hoy en día, una de las más prevalentes. Proyecciones para el año 2020 encuadran a uno de los trastornos antes

mencionados (el trastorno depresivo mayor) como la segunda enfermedad más prevalente, después de la enfermedad coronaria ⁽²⁾.

En términos económicos, también alcanza unas cuotas de gran importancia; así en el año 2000, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos estimó en 26 mil millones de dólares anuales el tratamiento de los trastornos depresivos ⁽³⁾.

El papel de enfermería

Desde el punto de vista de enfermería, en estas patologías se ven claramente afectadas la mayoría de actividades básicas de la vida diaria (ABVDs) del individuo, que se pueden contrastar con las necesidades básicas descritas por Virginia Henderson y/o los patrones funcionales de Margory Gordon.

Para los profesionales de enfermería, además de los criterios de los diagnósticos médicos o las características clínicas, es importante estudiar y observar qué diagnósticos de enfermería presentan como conjunto todos los trastornos del ánimo. En qué síntomas o situaciones concretas presentes en todos ellos se puede trabajar desde el ámbito profesional de la enfermería. Una vez identificados, ayudarán a centrar los objetivos y orientar las intervenciones, que se desarrollarán en el pertinente plan de cuidados.

En un artículo sobre depresión y trastorno bipolar ⁽⁴⁾, se realizó un plan de cuidados para usuarios con depresión mayor desde la perspectiva de los patrones funcionales de Margory Gordon. A continuación se adjunta el esquema I con las conclusiones a las que llegaron sus autores:

Esquema I

Percepción-control de la salud
<ul style="list-style-type: none">▪ Insight parcial. Menor en primeros estadíos, por lo que buscan causas externas.▪ Sentimiento de minusvalía personal, social.▪ Actitud hipocondriaca, preocupación excesiva sobre la propia salud, y sensación de padecer enfermedades de carácter fatal.▪ Uso y consumo de sustancias tóxicas: Alcohol, fármacos, y en general, automedicación en busca de un estado de ánimo mejor.▪ Vivencias subjetivas de estar rodeado/a de problemas: familiares, laborales, etc. En muchas ocasiones, se culpabilizan por todas las situaciones que se producen a su alrededor, pero no valoran de igual forma los aspectos positivos.▪ Demandas frecuentes a médicos e instituciones sanitarias. Vivencia de ser mal atendido en los mismos.▪ Riesgo de suicidio, o intentos del mismo.
Nutricional-metabólico
<ul style="list-style-type: none">▪ Anorexia.▪ Pérdida de peso.▪ Parte de la problemática de este patrón de salud se vincula a elementos de tipo perceptivo.

Eliminación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estreñimiento y otras alteraciones relacionadas con los desarreglos metabólicos y nutricionales.
Sueño-descanso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desequilibrios extremos, pérdida del ritmo basal: hipersomnias o insomnio. ▪ Percepción de cansancio matutino. ▪ Descanso fuera de horas para mitigar el cansancio. ▪ Dificultad para dormir por la noche, que a veces consiste en una percepción de mala calidad del sueño nocturno, aunque objetivamente el paciente duerma.
Actividad-ejercicio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasividad. ▪ Inhibición psicomotriz, junto con inquietud improductiva. ▪ Falta permanente de energía para cualquier actividad. No colabora en las actividades de autocuidado ni en las domésticas.
Cognitivo-perceptivo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteraciones psicomotoras. ▪ Dificultades de lenguaje. ▪ Lentitud de pensamiento. ▪ Percepción distorsionada del entorno. ▪ Dificultades para concentrarse y de memoria. Reducción del rendimiento intelectual. ▪ Problemas de asertividad y dificultades para tomar decisiones. ▪ Anhedonia franca.
Percepción de sí mismo-autoconcepto
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción pesimista y negativa de sí mismo. ▪ Sentimiento de minusvalía, de culpabilidad y de falta de utilidad. ▪ Vacío vital.
Rol-relaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abandono de las responsabilidades inherentes al estatus y a los roles sociales. ▪ Aislamiento. Abandono de las amistades y/o distorsión en el sentido del concepto relacional, que promueve en bastantes ocasiones el alejamiento de los amigos y conocidos.
Afrontamiento-tolerancia al estrés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhibición ante el cambio. ▪ Incapacidad para tolerar situaciones de alto nivel de estímulos. ▪ Sentimientos de impotencia, inutilidad y frustración.
Sexualidad-reproducción
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida del interés sexual. ▪ Anhedonia. ▪ Dificultades para experimentar relaciones sexuales completas (anorgasmia, impotencia, disfunción eréctil, etc.).
Valores-creencias
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Culpabilidad como valor básico de la interpretación del entorno. ▪ Rememoración del pasado en términos negativos y culpabilizantes, produciéndose un grado significativo de desesperanza.

Usando los diagnósticos enfermeros desarrollados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se constata durante la práctica clínica enfermera que en la mayoría de usuarios con algún tipo de estos diagnósticos médicos, se pueden identificar ciertos diagnósticos de enfermería concretos:

- Desequilibrio nutricional: por defecto (00002).
- Riesgo de lesión (00035).
- Deterioro de la comunicación verbal (00051).
- Deterioro de la interacción social (00052).
- Aislamiento social (00053).
- Riesgo de soledad (00054).
- Desempeño inefectivo del rol (00055).
- Afrontamiento inefectivo (00069).
- Deterioro de la adaptación (00070).
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078).
- Incumplimiento del tratamiento (00079).
- Conflicto de decisiones (00083).
- Deterioro de la movilidad física (00085).
- Intolerancia a la actividad (00092).
- Fatiga (00093).
- Riesgo de intolerancia a la actividad (00094).
- Deterioro del patrón de sueño (00095).
- Déficits de actividades recreativas (00097).
- Mantenimiento inefectivo de la salud (00099).
- Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo (00101).
- Déficit de autocuidado: baño / higiene (00108).
- Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento (00109).
- Baja autoestima crónica (00119) o situacional (00120).
- Desesperanza (00124).
- Aflicción crónica (00137).
- Ansiedad (00146).
- Riesgo de suicidio (00150).

En estos diagnósticos enfermeros hay multitud de objetivos e intervenciones a llevar a cabo. Como residente actual de enfermería de salud mental, me gustaría centrar esta breve revisión en las posibilidades existentes desde la perspectiva enfermera para trabajar estos distintos trastornos en los que la característica común es el bajo ánimo, la tristeza, la melancolía, etc., desde la promoción del ejercicio físico y el tratamiento de la inactividad.

EJERCICIO FÍSICO

Beneficios del ejercicio físico

El ejercicio físico tiene multitud de beneficios que ya han sido comprobados ininidad de veces en diferentes estudios, tanto en la salud física como psíquica. Hemos de resaltar la importancia que esto implica en términos de salud pública y más, viendo la alta prevalencia de esta patología. Debemos de pensar, además, que es un factor de riesgo fácilmente modificable en el que enfermería tiene un papel muy importante.

A continuación se muestra una lista con los múltiples beneficios que aporta el ejercicio, demostrados ampliamente en investigaciones científicas:

- Reducción del deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer ^(5, 6).
- Aumento de la sensación subjetiva de bienestar ⁽⁶⁾.
- Disminución del dolor y de las molestias ⁽⁶⁾.
- Ayuda al mantenimiento de las AVD en la ancianidad ⁽⁶⁾.
- Aumento de la autoestima ^(6, 7).
- Mejora de la calidad de vida en la tercera edad ⁽⁶⁾.
- Disminución del riesgo de padecer depresión ⁽⁷⁾.
- Aumento de la sensación de control sobre el tabaquismo y otras enfermedades ⁽⁷⁾.
- Reducción en los síntomas depresivos ⁽⁸⁾.
- Mejoría de la aptitud funcional en la ancianidad ⁽⁸⁾.
- Beneficios psicológicos en pacientes VIH+: niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida (ejercicio aeróbico) ⁽⁹⁾.

Estos resultados proporcionan suficientes argumentos para fomentar todo tipo de actividad física, incluso en personas muy ancianas que no pueden hacer deporte, pero pueden beneficiarse de un estilo de vida más activo ⁽⁵⁾.

El ejercicio como terapia en la depresión

Relacionar el ejercicio con una mejoría en el estado de ánimo es algo que ha sido objeto de muchas investigaciones, aunque aún no se ha llegado a definir claramente cuál es el mecanismo por el que esto ocurre ⁽¹⁰⁾.

Hay muchos mecanismos plausibles para explicar esta relación. En el mundo desarrollado, hacer ejercicio regular es visto como una virtud; el usuario con depresión que haga ejercicio regular puede, como resultado, tener un feedback positivo de parte de otras personas y lograr así un incremento de su autoestima. El ejercicio también puede actuar como una distracción de los pensamientos negativos y que el paciente vea que domina una nueva actividad puede ser también de ayuda. Aparte, con muchos tipos de ejercicios se incrementa el contacto social, logrando una mayor relación con otras personas; algo muy importante en usuarios con depresión en los que también prima cierto aislamiento. El ejercicio, también provoca cambios en el nivel de endorfinas y en la concentración de monoaminas, ambas importantes para la regulación del humor ⁽¹¹⁾.

Hay muchos resultados optimistas que llevan a pensar que puede ser una gran parte del tratamiento para este tipo de patología, y también una herramienta útil para su prevención.

El ejercicio se puede dividir en distintos tipos: de tipo aeróbico (entrenamiento de la capacidad cardio-respiratoria) y tipo anaeróbico (entrenamiento de fuerza o resistencia muscular y flexibilidad, coordinación, relajación). El tipo aeróbico ha sido el más estudiado, especialmente las actividades de correr o caminar ⁽¹¹⁾.

Varios estudios intentan corroborar científicamente el papel de la actividad física como una parte más del tratamiento de esta patología. Aunque la efectividad en la mejoría del ánimo se ha demostrado, aún quedan preguntas abiertas sobre la duración y la rapidez en las que se debe hacer el ejercicio, o sobre si existen diferencias entre ejercicios en lugares al aire libre o en lugares cerrados. (12)

- El ejercicio físico en la **prevención** de la depresión

Algunos estudios con muestras comunitarias han demostrado que los individuos que se encuentran realizando mayor actividad física tienen un menor riesgo de presentar depresión ^(13, 14, 15).

En EEUU se llevó a cabo un estudio sobre depresión en mujeres mayores en el que se analizaron las siguientes actividades físicas: andar, montar en bici, correr o nadar; y también se hizo un recuento de las horas con una actividad sedentaria como ver la televisión. Se destacó el hecho de que las mujeres que hacían más ejercicio y veían menos televisión tenían un 20% de probabilidades de padecer depresión. Apuntaron una relación directa entre las horas viendo televisión y el riesgo de padecer esta patología, ya que las mujeres que vieron 3 horas o más la televisión al día presentaron un 13% más de opciones de diagnóstico de depresión que las que apenas realizaban esta actividad.

Se relacionó el ejercicio con un incremento en la autoestima, en la sensación de control por parte de las mujeres sobre el tabaquismo y una serie de enfermedades ⁽⁷⁾.

- El ejercicio físico en el **tratamiento** de la depresión

Existen países en los que el ejercicio y el fomento de la actividad física es una parte activa e integrada en los tratamientos llevados a cabo por los profesionales de la salud. En Australia o Inglaterra ya se ha comenzado a realizar una promoción del ejercicio como tratamiento en la depresión y en otras patologías ⁽¹⁶⁾.

Existen estudios que afirman que el hecho de dar un paseo o caminar, son buenos hábitos que consiguen una disminución de los síntomas depresivos. Se ha comparado a las caminatas con otras formas más enérgicas de ejercicio físico, obteniendo los mismos resultados. Lo bueno de esto es que este tipo de ejercicio tiene aspectos positivos, ya que la mayoría de personas pueden hacerlo fácilmente, de forma

gratuita y sin necesitar ningún tipo de instrumento. Esto puede ayudar a implementar esta rutina como hábito de vida en nuestros usuarios ⁽¹²⁾.

Un estudio realizado en los centros de salud de Florianópolis (Brasil), verificó la influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de gente anciana. De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó una influencia positiva del ejercicio físico en la reducción de los síntomas depresivos y en la mejoría de la aptitud funcional, sugiriendo una relación inversa entre esas variables ⁽⁸⁾.

Está comprobado que la adición de una rutina regular de ejercicio en pacientes depresivos, en combinación con medicamentos dirigidos, puede aliviar completamente los síntomas de un trastorno depresivo mayor. También que casi la mitad de los usuarios con depresión mejora con ejercicio, incluso tanto como con un segundo medicamento antidepressivo. En un estudio realizado por el Southwestern Medical Center de la Universidad de Texas (Estados Unidos), se aplicaron dos tablas de ejercicios de diferente intensidad durante 12 semanas sobre dos grupos que no habían experimentado mejorías significativas después de la administración de un segundo antidepressivo. Se consiguió en el 30%, con el uso de las tablas de ejercicios, una remisión completa de la patología en ambos grupos (baja y alta intensidad), y otro 20% mostró una mejoría significativa, según la base de mediciones psiquiátricas estandarizadas ⁽¹⁷⁾.

Según una revisión publicada en Cochrane ⁽¹⁰⁾ se ha encontrado un beneficio en el uso de una terapia de ejercicios para el tratamiento de la depresión, aunque apuntan la necesidad de más tipos de estudios y que hay que tomar estos datos con precaución. En la revisión se comparó el ejercicio con otras terapias, obteniendo los siguientes resultados:

- Comparado con la ausencia de tratamiento: efecto clínico moderado.
- Comparado con terapia psicológica: no existe diferencia significativa entre ambos.
- Comparado con terapias alternativas: demostró ser más eficaz que la fototerapia.
- Comparado con farmacoterapia: ausencia de diferencias significativas entre ambos.

También se analiza en esta revisión el tipo de ejercicio, siendo de mayor efecto el ejercicio combinado y de resistencia que el ejercicio aeróbico.

Parece estar indicado en este tipo de patología buscar alternativas a la farmacología, o simplemente, ampliar nuestro arsenal terapéutico, debido al gran número de usuarios con sintomatología depresiva que son contrarios a la toma de tratamiento farmacológico y que se desaniman tras un cambio o ampliación del mismo. Se deben incluir aquí, multitud de estados fisiológicos en los que es contrario y perjudicial el uso de fármacos en su tratamiento (por ejemplo, la depresión

postparto, en la que hay que priorizar la lactancia materna)⁽¹⁸⁾. En estos casos se deberían buscar alternativas que agraden lo más posible a los usuarios, para conseguir una mayor vinculación y un éxito en el cumplimiento.

En este punto aparece el ejercicio físico como una buena alternativa que se debe contemplar, proponer, aconsejar. La actividad física es una clave en esta terapéutica alternativa y no farmacológica.

El tipo de ejercicio que se necesita, depende de las características de los pacientes, incluido el género. Se ha comprobado que el ejercicio moderado es más eficaz para las mujeres con antecedentes familiares de enfermedad mental, mientras que el ejercicio intenso es más eficaz para las mujeres cuyas familias no tienen un historial de esa enfermedad. Por su parte, para los hombres, la tasa más alta de ejercicio es la más eficaz, independientemente de otras características⁽¹⁷⁾.

Posibles limitaciones

Respecto a este tipo de terapia, aún quedan muchas preguntas abiertas: ¿Qué ejercicio es el más adecuado para tratar la depresión? ¿Y para prevenirla? ¿A qué dosis? ¿Es igual el efecto del ejercicio continuado que de forma puntual? ¿Hay diferencias sobre realizar el ejercicio al aire libre o en espacios cerrados?

Uno de los posibles problemas que se presentan es analizar el mantenimiento del efecto de la terapia a lo largo de un periodo de tiempo. Un metanálisis reciente, publicado en Cochrane⁽¹⁰⁾, analizó que el efecto del ejercicio en los síntomas depresivos en estudios que incluían un seguimiento a largo plazo fue moderado, lo cual sugiere que los beneficios del ejercicio probablemente se pierden después de que se termina la intervención. Esto implica que el ejercicio requiere ser continuado a largo plazo, con el fin de mantener sus beneficios iniciales. Por esto, una de las mayores metas es asegurar que las personas que inician una actividad física continúen en ella durante un tiempo prolongado⁽¹⁹⁾.

El metanálisis publicado en Cochrane ya mencionado, concluye que es razonable recomendar ejercicio a las personas que sufren síntomas depresivos y aquellos que cumplen criterios para cuadros depresivos mayores; no obstante, aún no es posible, con los estudios que se encuentran publicados, dar información precisa sobre la efectividad del ejercicio como tratamiento antidepresivo, qué tipo de actividad física es más efectiva, si entre el ejercicio grupal o individual existen diferencias respecto a la efectividad o la mejor duración de la realización de la actividad física. También se apunta a realizar investigaciones futuras sobre el riesgo/beneficio, y el coste de un programa enfocado al ejercicio en comparación con otros⁽¹⁰⁾.

Se han encontrado también varias limitaciones que impiden una mejor adaptación del ejercicio como tratamiento complementario para las patologías

depresivas y, en general, para las condiciones psiquiátricas. Existen obstáculos por parte tanto del médico como del paciente.

Algunas de las barreras del médico son ⁽¹⁹⁾:

- La promoción y el mantenimiento del ejercicio como tratamiento no se encuentran establecidos como un objetivo durante la formación de los médicos.
- Hasta el momento, no hay una creencia firme dentro del ámbito de la psiquiatría respecto a que el ejercicio desempeñe un papel fundamental como tratamiento de los trastornos depresivos.
- Una posición “activista” frente al ejercicio puede ser vista por muchos psiquiatras como una incoherencia metodológica y terapéutica.
- Existe la creencia de que el realizar cambios de los estilos de vida de los pacientes implica invertir gran cantidad de tiempo y es “extremadamente difícil”.

¿PRESCRIBIR EJERCICIO DESDE ENFERMERIA?

Como se ha visto, una de las principales dificultades de la terapia de ejercicio para la depresión es que se necesita un seguimiento continuado para mantener el efecto positivo del mismo.

En este tema enfermería ejerce un papel fundamental, ya que uno de sus campos de trabajo es la modificación de los hábitos del usuario de los servicios de salud. La educación sanitaria, enseñar a los usuarios de los servicios de salud qué pueden hacer para sentirse mejor, enseñar qué malos hábitos influyen negativamente en la regulación del humor, en etapas de bajo ánimo, en los detonantes de su enfermedad, etc.

El perfil profesional enfermero, tiene un enorme poder sobre la modelación de los hábitos de vida, una de las claves para que este tipo de terapias funcionen. Es posible lograr una mejora del ánimo sin tener que recurrir a un segundo medicamento o a un cambio de fármaco, con algo tan saludable y natural como hacer ejercicio. Además, se ha de tener en cuenta el componente económico que esto implica, más aún dada la situación actual en la que nos encontramos de recesión económica.

Enfermería encuentra también un gran campo abierto a la investigación y a las intervenciones enfermeras debido a todas las cuestiones ya planteadas como posibles limitaciones. Enfermería es un gran candidato para lograr que el ejercicio se convierta en una parte más de la terapia de síntomas depresivos.

En la NICE Guideline sobre depresión y sobre trastorno bipolar ^(11, 20) se recomienda aconsejar a los usuarios con estos trastornos sobre el ejercicio. Los autores hablan de promocionar un programa estructurado de ejercicios o una agenda de actividades que sean del agrado del usuario. Se especifica también, que en pacientes en tratamiento con litio se debe asegurar un buen balance hídrico después de la realización de la actividad.

En esta guía se señala como posible intervención un programa de ejercicios estructurado y en grupo llevado a cabo por un profesional con las competencias para realizarlo. El programa que apuntan es de tres sesiones por semana, con una duración moderada (45 minutos – 1 hora) durante 10-14 semanas. Se propone también el mismo tipo de ejercicio para niños y jóvenes que sufran de depresión ⁽²⁰⁾.

Por otra parte, una forma de limitar las dificultades vistas anteriormente es prescribiendo ejercicio según el tipo de paciente, de forma específica. Dar mucha importancia a la consecución del objetivo: hay que establecer metas realistas y alcanzables, discutiendo los beneficios del tratamiento con el usuario y extrapolando estos beneficios a la mejoría sintomática esperada. Hay autores que sugieren que el personal de salud proponga actividades variadas como factor potenciador de la acción del ejercicio ⁽²¹⁾. Como es sabido, una de las herramientas de enfermería es la valoración de aficiones e intereses de los usuarios mediante la valoración enfermera. En usuarios con depresión esto cobra una especial importancia; el saber qué tipo de actividades le gustaban al usuario antes de caer enfermo ayudará a la hora de planificar adecuadamente un esquema de trabajo con actividades atractivas, cosa que beneficiará el vínculo y el cumplimiento terapéutico.

Algunos autores proponen que aconsejar sobre el ejercicio sin facilitar una estructura o realizar dicho consejo en un momento inoportuno limita las posibilidades de éxito; por ello también se señala de gran importancia el conocer las fases de Prochaska (precontemplación, contemplación, preparación –determinación-, acción, mantenimiento y finalización –terminación-), donde los pacientes se encuentran permanentemente fluctuando. Esto también permitirá un mayor éxito en la consecución de los objetivos que se propongan en el plan de cuidados ⁽²²⁾.

Diversos estudios apuntan que a pesar de que en la actualidad existe mayor evidencia de los efectos benéficos del ejercicio como tratamiento para el trastorno depresivo mayor, la gran mayoría de médicos de primer nivel o psiquiatras se limita a realizar recomendaciones y consejo respecto al ejercicio pero generalmente no se involucran en la implantación de los ejercicios y en su mantenimiento, y con ello la efectividad y la adherencia al tratamiento disminuyen sustancialmente ⁽¹⁹⁾. Enfermería podría realizar este tipo de rol, sobre todo en el contexto de seguimiento de pacientes comunitarios, donde realmente el usuario puede tener un plan de cuidados a largo plazo que incluya una terapia o un programa estructurado de ejercicios propuesto desde la consulta enfermera.

El resto del equipo profesional, para un trabajo conjunto y multidisciplinar, necesita concienciarse de que la promoción del ejercicio es consistente con las metas y valores del tratamiento que proponen a sus pacientes; además, que esta promoción no compromete las intervenciones adicionales de tipo psicoterapéutico o farmacológico. De esta manera, se puede conseguir un objetivo común de parte de todos los profesionales involucrados en el cuidado de los usuarios con depresión ⁽¹⁹⁾.

No se pretende sugerir en esta revisión que el ejercicio reemplace el uso de otro tipo de estrategias terapéuticas dentro de las que se encuentran intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales; pero sí se pretende centrar la atención del papel como enfermeros especialistas en salud mental en cuanto al entendimiento de la patología mental como un complejo multidimensional, generado esencialmente por diversas causas, que necesariamente debe abordarse con herramientas multidisciplinares y todo el arsenal terapéutico con el que podamos contar. Es aquí donde la evidencia muestra que el ejercicio es otra herramienta más con la que deberíamos trabajar, especialmente desde un perfil tan cercano como es el de enfermería.

Objetivos enfermeros (NOC) orientados al ejercicio

En la NANDA encontramos objetivos a alcanzar que claramente están enfocados a realizar una terapia de ejercicios. Se observan, por ejemplo, objetivos enfermeros como:

- 2004 Forma física.
- 0001 Resistencia.
- 0005 Tolerancia a la actividad.
- 0200 Deambulaci3n: caminata.
- 1811 Conocimiento: actividad prescrita.

Adem1s de estos, no se deben olvidar la cantidad de objetivos enfermeros que est1n disponibles para medir el 1nimo y la posible mejor1a debida a las intervenciones enfermeras. A continuaci3n se proponen algunos de ellos:

- 1305 Adaptaci3n psicosocial: cambio de vida.
- 1205 Autoestima.
- 2002 Bienestar.
- 2001 Bienestar espiritual.
- 2000 Calidad de vida.
- 1603 Conducta de b1squeda de la salud.
- 1602 Conducta de fomento de la salud.
- 1409 Control de la depresi3n.

Intervenciones enfermeras (NIC) orientadas al ejercicio

Desde el campo de la enfermer1a, ya se cuenta con intervenciones concretas que se pueden usar para llevar a cabo un programa de ejercicios y seguir la evaluaci3n del plan de cuidados que contemple este aspecto, como las que se encuentran en los NIC:

- 0200 Fomento del ejercicio.
Facilitar regularmente, la realizaci3n de ejercicios f1sicos con el fin de mantener o mejorar el estado f1sico y el nivel de salud.
- 0201 Fomento del ejercicio: Extensi3n.
Facilitar ejercicios sistem1ticos de extensi3n muscular lenta y mantenimiento con posterior relajaci3n con el fin de preparar los

músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos o para aumentar la flexibilidad corporal.

- 0221 Terapia de ejercicios: deambulación.
Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.
- 4310 Terapia de actividad.
Prescripción de, y asistencia en, actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o grupo).
- 5612 Enseñanza. Actividad / ejercicio prescrito.
Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.

CONCLUSIÓN

Como enfermeros especialistas en salud mental, día a día es posible comprobar la realidad de las personas que sufren *depresión*. En mi corta experiencia como residente de salud mental, he observado multitud de usuarios que refieren los síntomas tan conocidos de esta patología: la desgana, el decaimiento, el aislamiento, la inactividad.

No son pocas las ocasiones que estos usuarios, además, no encuentran mejoría con la medicación antidepressiva, y en muchas ocasiones se deprimen más al recibir otra medicación para potenciar la anterior, o al sufrir un cambio de tratamiento. Los continuos cambios farmacológicos les producen temor, desconfianza, y pueden aumentar la intensidad de la sintomatología de su enfermedad.

Como enfermeros, contamos con multitud de herramientas para poder ayudarlos a superar estos obstáculos, a intentar mejorar su ánimo, a que analicen qué pueden hacer por mejorar.

Se propone usar el ejercicio como una más, debido a que está muy demostrado su beneficio terapéutico y es algo en lo que enfermería de salud mental puede ser un gran referente.

En la consulta de seguimiento de enfermería, se da una gran oportunidad para realizar educación sanitaria sobre el ejercicio, llevar a cabo intervenciones enfermeras orientadas a objetivos enfermeros concretos, monitorizar los resultados con los objetivos enfermeros, etc.

A los usuarios que se encuentren en el momento idóneo para proponerles esta alternativa, debemos explicar sus beneficios, explorar cómo se siente el usuario ante la idea de empezar con esta terapia, identificar la actividad que el usuario tenía antes de la enfermedad, etc. Una de las partes más importantes es proponer perspectivas realistas y metas alcanzables. En sucesivas visitas iremos valorando cómo va la evolución, si existe mejoría en el ánimo, si el

usuario se encuentra bien con la intervención, animaremos ante el logro de objetivos, etc.

No hemos de olvidar, como profesionales de la salud, que este tipo de tratamiento tiene beneficios diversos adicionales a los que se pueden observar en la esfera mental, lo cual es otro motivo para fomentar su implantación a grandes niveles.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Versión electrónica del DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON S.A. © 1995
- (2) Murray CJ, López AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9063):1436-42.
- (3) Andrews G, Sanderson K, Corry J, Lapsley HM. Using epidemiological data to model efficiency in reducing the burden of depression. *J Ment Health Policy Econ*. 2000;3(4):175-86.
- (4) Herrero Villanueva JA, Serrano Parra MJ. Planes de cuidados al paciente con depresión y trastorno bipolar. Oferta terapéutica en Enfermería de Salud Mental, capítulo 31, (307-320). *Enfermería 21*.
- (5) Buchman AS, Boyle PA, Yu L, Shah RC, Wilson RS, Bennett DA. Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults. *Neurology* WNL.0b013e3182535d35; published ahead of print April 18, 2012.
- (6) Muñoz Muñoz RG, Moya MM, Lerín Herrada LN, Camacho Lozano E, González Alcolea E. Beneficios psicológicos de la terapia física en la tercera edad. Comunicación 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. *Interpsiquis* 2012, Febrero 2012. Vista el 30 de junio de 2012, disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5331>.
- (7) Lucas M, Mekary R, Pan A, Mirzaei F, O'Reilly EJ, Willett WC, Koenen K, Okereke OI, Ascherio A: Relation between clinical depression risk and physical activity and time spent watching television in older women: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Epidemiol* 2011, 174:1017-1027.
- (8) Justino Borges L, Bertoldo Benedetti TR, Zarpellon Mazo G. Influencia del ejercicio físico en los síntomas depresivos y en la aptitud funcional de ancianos en el sur de Brasil. *Revista española de Geriatria y Gerontología*. 2010 Abr;45(2):72-78.
- (9) Díaz Rodríguez L, Arroyo Morales M, Ruiz Rodríguez C, Pradas de la Fuente F, Peñas M. Ejercicio físico aeróbico: estrategia para mejorar el bienestar psicológico en pacientes VIH+. *Evidentia*.
- (10) Mead GM, Morley WC, Campbell PG, Greig CAM, Murdoch ML, Lawlor DA. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008. Documento on-line, disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004691.pub2/pdf>. Visto el día: 23/11/2012.
- (11) National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) [Bipolar disorder]. [CG38]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

- (12) Roma Robertson A, Robertson R, Jepson, MM. Walking for depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health and Physical Activity*, Volume 5, Issue 1, June 2012, Pages 66–75 Elsevier.
- (13) Farmer ME, Locke BZ, Mościcki, EK, Dannenberg, AL, Larson DB, Radloff, LS. Physical activity and depressive symptoms: the NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study. *Am J Epidemiol.* 1988;128(6):1340-51.
- (14) Kristz-Silverstein D, Barret-Connor E, Corbeau C. Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly: the Rancho Bernardo study. *Am J Epidemiol.* 2001;153(6):596-603.
- (15) Hassmén P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological wellbeing: a population study in Finland. *Prev Med.* 2000;30(1):17-25.
- (16) Mental Health Foundation. Up and running? Exercise therapy and the treatment of mild or moderate depression in primary care [Internet]. London: Mental Health Foundation; 2005 [Citado 1 julio 2012]. Disponible en: <http://www.mentalhealth.org.uk/publications/?entryid5=>
- (17) Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med.* 2005;28:1– 8.
- (18) Olza I, Gainza I. Alternativas al tratamiento psicofarmacológico en madres lactantes con depresión postparto en atención primaria. *Revista OB STARE*, número 7, enero 2003.
- (19) Villegas Salazar F. Ejercicio y Depresión, *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2010 Dic; 39(4):732-748.
- (20) National Institute for Health and Clinical Excellence (2011) [Depression in children and young people: NICE guideline]. [CG28]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- (21) Seime RJ, Vickers KS. The Challenges of treating depression with exercise: from evidence to practice. *Clin Psychol Sci Prac.* 2006;13(2):194-7.
- (22) Pollock KM. Exercise in treating depression: broadening the psychotherapist's role. *J Clin Psychol.* 2001;57(11):1289-300.