

## Efectividad de la actividad física en personas con diversas patologías y fenómenos de conversión

**Rosa Domínguez**

Educadora psicofísica (pacientes del centro médico Afales y Neurològics)

E-mail: [rosa@educadorapf.com](mailto:rosa@educadorapf.com)

---

**PALABRAS CLAVE:** *integración global, actividad física, bienestar, patologías, conversión.*

**KEY WORDS:** *global integration, physical activity, welfare, pathologies, conversion.*

### **RESUMEN**

*El ejercicio físico constituye uno de los pilares en nuestra salud física y mental. Cumple un papel activo fundamental en el tratamiento de patologías, así como la disminución de fenómenos de conversión psicológicos. En este estudio se muestra la efectividad de la actividad física en pacientes con diferentes patologías en su mejora física, emocional y social.*

### **ABSTRACT**

*Physical exercise is one of the pillars in our physical and mental health. Plays a key active role in the treatment of diseases and decreasing conversion psychological phenomena. In this study the effectiveness of physical activity in patients with different pathologies in his physical, emotional and social improvement shown.*

### **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años la actividad física se ha convertido en un elemento excelente para prevenir enfermedades, como en el abordaje de patologías en desarrollo. Mejorar la salud implica reconocer la relación entre las esferas física, psicológica y social y que le permita a la persona ser un agente activo y transformador en su proceso y desarrollo de la salud y bienestar.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la salud como un estado del completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de afecciones y enfermedades (OMS, 2016). Por tanto, la conservación la salud debe ser de enorme importancia para cualquier persona. Un elemento imprescindible que nos permite conservarla es, un estado óptimo a través de la realización de ejercicio por medio de actividad física.

Asumir la actividad física como herramienta de intervención terapéutica implica hacer un abordaje en el paciente de forma integral, no solo en su patología con una prescripción sistemática e individualizada sino como elemento básico educacional para generar un cambio importante en el estilo de vida inadecuado, conductas y comportamientos poco saludables. Podemos hablar de tres medios para influir en la salud a través de la actividad física: acción preventiva, efectos sobre el bienestar y función rehabilitadora (José Antonio González Jurado, 2004).

Por otro lado, el trastorno de conversión se define como una pérdida de función física o neurológica que sugiere un trastorno físico, pero que no puede justificarse por los datos de la exploración, analíticos o de imagen (Guillermo De Freytas Rodríguez, Ángela Ruiz Arcos, 2011). De ahí que la psicoeducación en estos problemas de salud sea a la vez un proceso terapéutico importante, en donde las creencias y

expectativas están asociadas a las respuestas y modulación en los procesos cognitivo-emocional e influya en el efecto del tratamiento y así no tienda a cronificarse, ya que en el/a paciente, se genera dependencia de fármacos, aislamiento social, infravaloración personal, agravándose el problema y generando itinerarios repetitivos de tratamiento, visitas a médicos/as, pruebas diagnósticas, etc. De ahí la importancia de nuevo de la terapia física en la salud mental como vía de tratamiento en los desequilibrios psicológicos. Sabemos que las emociones pueden mostrar cambios fisiológicos y cognitivos, haciendo a la persona más vulnerable en su sistema inmunológico, por tanto, las emociones tienen una función adaptativa, como dice (Miquel Lázaro Ferreruel, Debate 2005), y gestionarlas va a depender de lo que la persona haga con ese estímulo recibido, el significado que le dé y la respuesta de afrontamiento que genere.

## **OBJETIVO**

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de un programa integral global (físico, psicológico y social) individualizado y sistemático sobre la mejora en la calidad de vida 7 pacientes con diferentes patologías neurológicas, de dolor y/o funcionales

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio longitudinal y descriptivo de 7 pacientes con patologías diversas, derivados de diferentes médicos/as (traumatólogo, medicina interna, neurólogo y neurocirujano). Se les aplicó un tratamiento integral (físico, psicológico y social) entre 6 meses y 1 año y medio, con las siguientes fases en el abordaje del tratamiento:

1ª Fase: Programa físico semanal, adaptado y personalizado a las necesidades en la persona y su patología. Y seguimiento cada 2-3 meses con el médico correspondiente del/a paciente.

2ª Fase: Tratamiento psicológico-emocional en el caso de pacientes que tienen conversión en factores de riesgo (físicos, psicológicos y sociales).

3ª Fase: Plan de integración individualizado y grupal, con el objetivo de que la persona pueda conservar y mejorar la calidad de vida.

### **Participantes**

La muestra está compuesta por 7 (N=7) pacientes, de los cuales 3 fueron mujeres (42%) y 4 hombres (57%) todos/as ellos/as entre 35 a 82 años (media 57,7 años). De los cuales todos/as los pacientes habían realizado tratamientos de rehabilitación (con o sin intervención quirúrgica) pero ninguno de ellos realizaba ejercicios físicos de manera habitual.

Todos los pacientes vienen derivados por distintas especialidades médicas, en, o bien se les recomienda realizar la terapia física debido a que no han funcionado otros tratamientos en el/a o se derivan para probar si la terapia puede evitar operaciones futuras asociadas a la patología.

Los/as pacientes presentan una o más patologías de las descritas a continuación:

Espondilitis anquilosante—Espondilosis--Hipertensión arterial--Diabetes--Enfermedad de Crohn--Espondilosis lumbar--Discopatía degenerativa espalda--Protrusiones en lumbares y cervicales—Lumbalgia--Fibromialgia—Depresión--Rectificación de lordosis cervical--Hiperlordosis lumbar--Falta de equilibrio--Trastorno de la marcha-Osteoporosis.

## Instrumentos

Se realiza una primera entrevista personal, recogiendo datos como: edad, horas de sueño, alimentación, limitaciones físicas, actividad física, medicación, función social, autonomía diaria, percepción del dolor, objetivos físicos que busca el paciente y diagnóstico médico.

Se amplían otros datos a través de diferentes cuestionarios para ampliar otros aspectos:

-El breve cuestionario **Start Back Screening Tool**, donde su función es dividir a los pacientes en 3 *grupos de riesgo*: bajo riesgo (dolor lumbar con pequeña angustia), medio riesgo (niveles moderados de dolor, discapacidad y angustia) y alto riesgo (altos niveles de dolor, discapacidad y angustia). (Tabla 1)

-El cuestionario **SCL-90-RD** explora problemas psicológicos y síntomas psicopatológicos. Dispone de tres niveles diferentes de información: tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Permite evaluar los síntomas y la intensidad en un/a paciente en un determinado momento, permitiendo evaluar a un sujeto a lo largo de las diferentes fases del tratamiento. (Tabla 2)

-La escala hospitalaria de ansiedad y depresión, **HADS**, se trata de un cuestionario sencillo y de fácil realización, con mucha utilidad para pacientes con una determinada patología y valorar el grado que dicha enfermedad puede afectar a su estado emocional. (Tabla 3)

-Y por último el cuestionario de salud **SF-36**, mide a partir de 36 preguntas, 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) en el estado de salud percibida tanto física, psíquica y social. (Tabla 4)

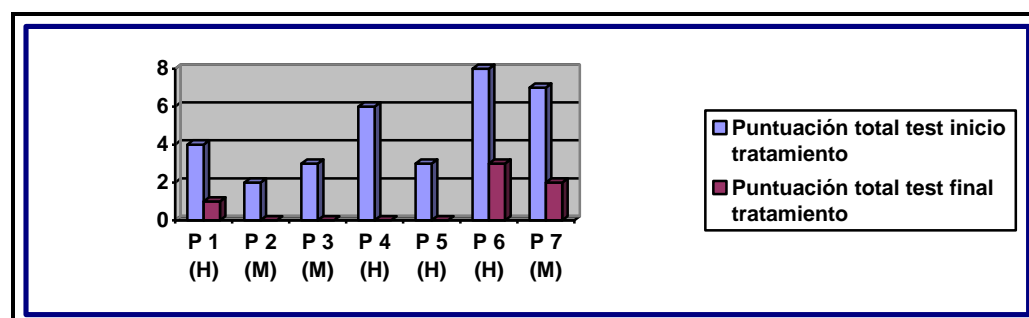
Estas herramientas de cuestionarios, según sus indicadores físicos y psicosociales, permite en el tratamiento con el/a paciente, potenciar en la fase (física, psicológica o social) que más privación tenga.

## RESULTADOS

### Datos pre y post-tratamiento:

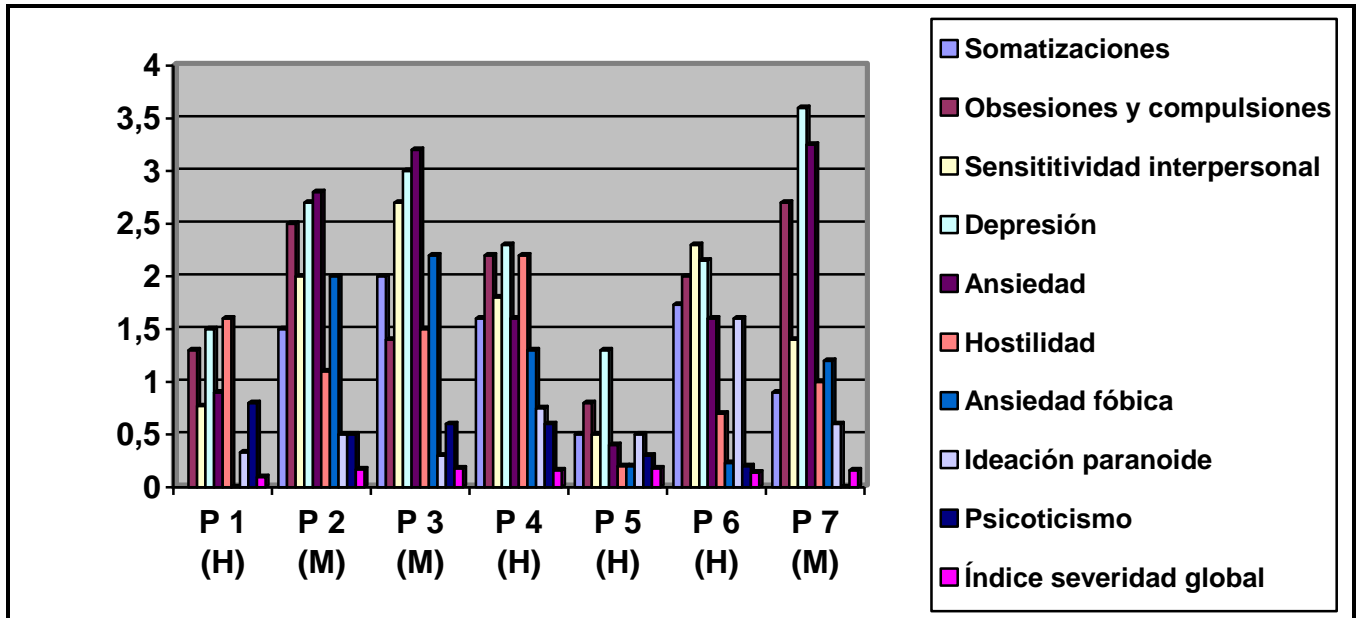
Se realizada una comparación en las puntuaciones pre y post recogidas de toda la muestra de sujetos (mujeres y hombres), al inicio y al final de la terapia, utilizando para ello las tablas correspondientes para cada cuestionario (tabla 1, tabla 2, tabla 3, tabla 4) con su valoración inicial y final de cada grupo. Se presenta cada tabla en diagrama de barras.

#### ➤ **Tabla 1: The Stark back scenning tool**

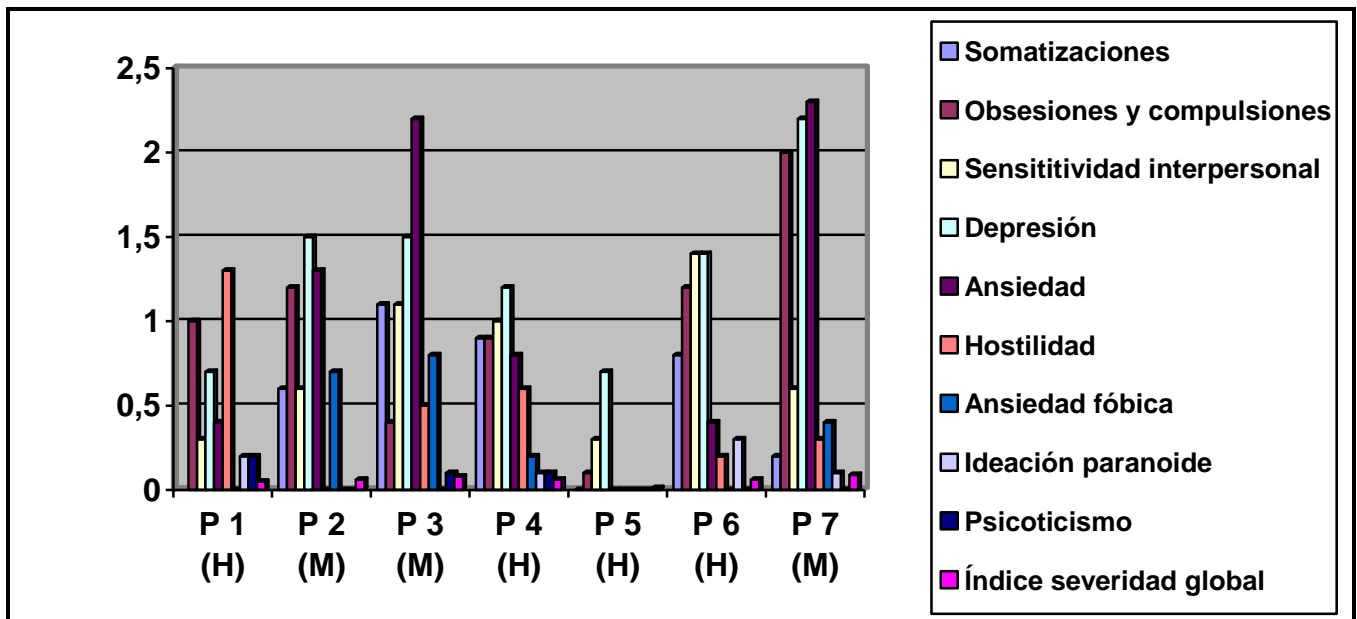


➤ **Tabla 2: SCL-90RD**

Medida Pre-tratamiento de cada paciente. Se han calculado las puntuaciones directas y brutas para cada una de las 9 dimensiones y el índice de severidad global. Los valores que aparecen en la tabla son las puntuaciones directas convertidas en T (student).

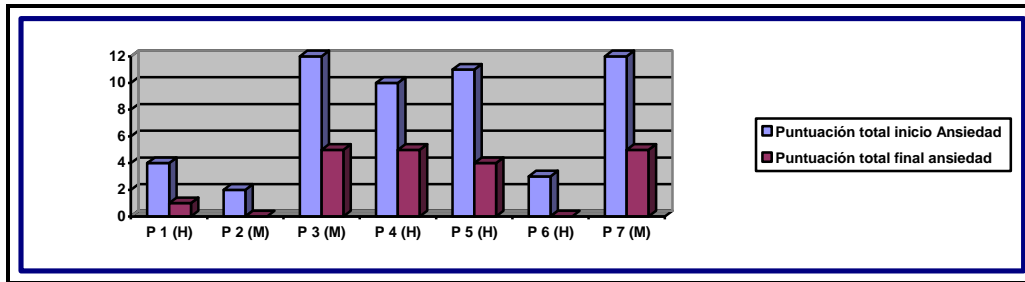


Medida Post-tratamiento de cada paciente. Se han calculado las puntuaciones directas y brutas para cada una de las 9 dimensiones y el índice de severidad global. Los valores que aparecen en la tabla son las puntuaciones directas convertidas en T (student).

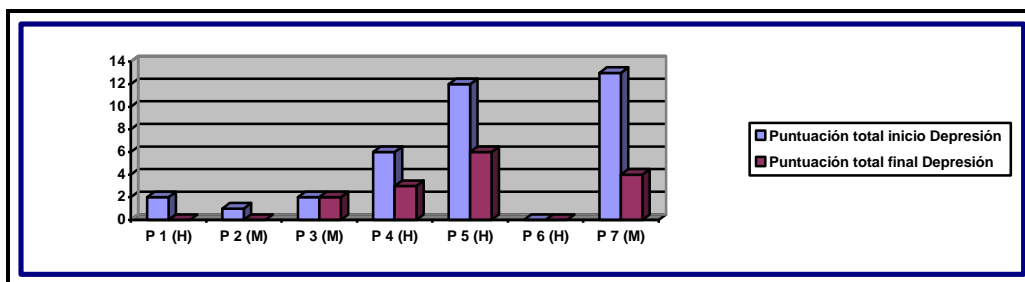


➤ **Tabla 3: HADS**

Medida Pre-tratamiento y Post-tratamiento en la valoración de ansiedad

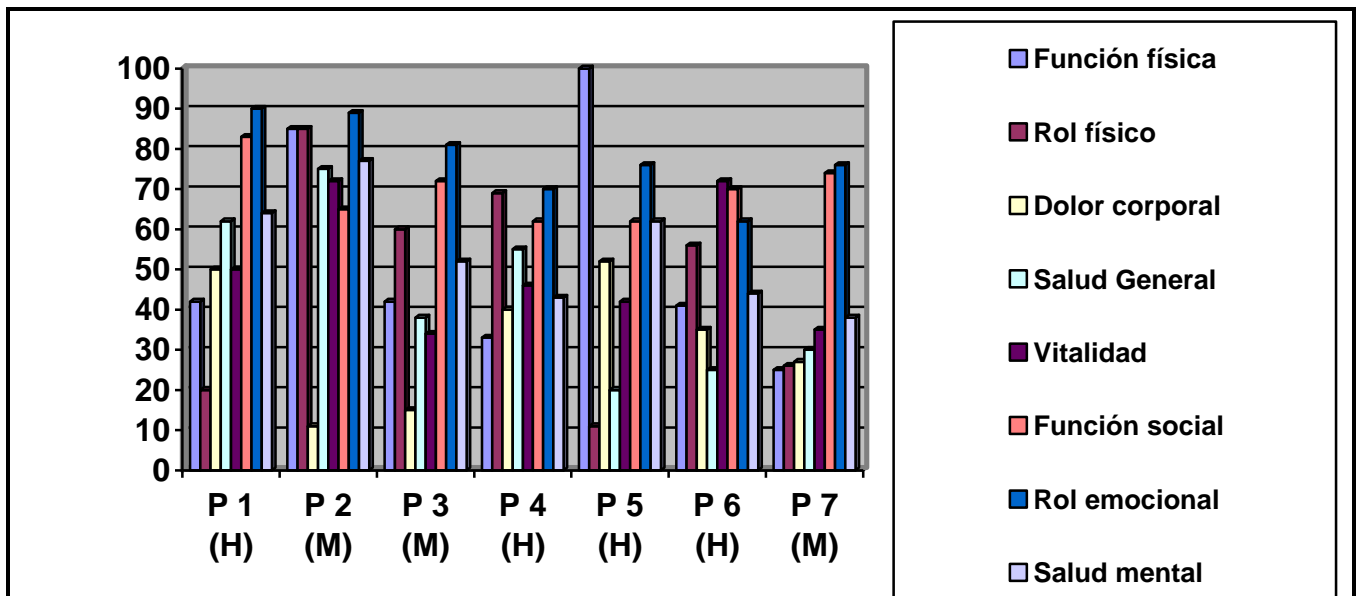


Medida Pre-tratamiento y Post-tratamiento en la valoración de depresión

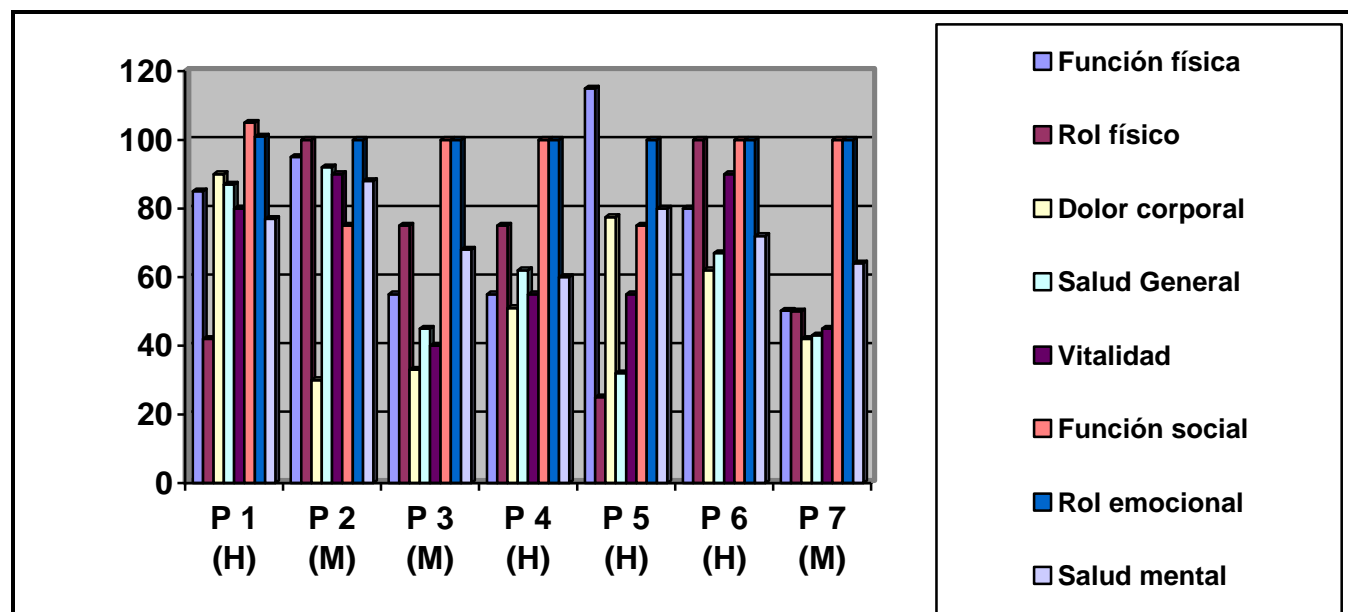


➤ **Tabla 4: SF36**

Medidas Pre-tratamiento. Asignación de puntuación total para 8 dimensiones valoradas



Medidas Post-tratamiento. Asignación de puntuación total para 8 dimensiones valoradas.



## RESULTADOS

Todos los tests muestran en los resultados que hubo transformaciones a lo largo del proceso de terapia en los/as 7 pacientes evaluados/as:

- En el primer test, The Start back screening tool, las puntuaciones más altas se asociaron con un peor estado de salud, mayor intensidad del dolor, discapacidad, miedo-evitación, ansiedad y síntomas depresivos. Y en la fase post, se observan que estas puntuaciones han descendido y muestran un mejor estado de salud.
- En el SCL-90RD evalúa los síntomas y la intensidad psíquica y emocional en la persona y es útil a la vez para evaluar inconsistencias y poder contrastar el dolor físico real de la percepción de cada persona. Se muestra que, a lo largo de los meses, los/as pacientes experimentaron una bajada en las 9 competencias del test, mejorando no solo la función física, sino su función psicológica. El índice de severidad global (GSI) también se reduce, siendo una medida de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicomático global.
- Los resultados para el cuestionario HADS, se puede asociar mayor malestar psicológico (ansiedad y depresión) en los/as pacientes que tienen patologías físicas, así como peor calidad de vida. Se observa el progreso en los/as pacientes a lo largo del tratamiento; mayor auto superación en el hábito físico = menos niveles de ansiedad y depresión
- Por último, en el cuestionario SF-36 exhibe los promedios de cada ítem y se observa, al contrario que los otros test, que los valores más bajos reflejan las limitaciones en las 8 dimensiones tratadas en la fase inicial del tratamiento. Y en la fase final estos ítems han aumentado, lo que expresa que los pacientes han aumentado, en general, diversas dimensiones.

## **CONCLUSIONES**

Todo lo anterior expresa en los/as pacientes del muestreo las deficiencias físicas debidas a sus patologías hacen que tengan dificultades en su salud psicológica y social. Las patologías se relacionan con el malestar psicológico y emocional y esto tiene un impacto en una calidad de vida inferior. De ahí la importancia de hacer un tratamiento con una integración global. Un indicador que llama mucho la atención es la presencia de los índices altos en depresión y ansiedad en la mayoría de test.

En este sentido, en coherencia con lo definido por numerosos autores sobre los beneficios que recoge la práctica de actividad física con un programa personalizado, sistematizado ayuda a que la persona tenga beneficios en muchos aspectos, no solo funcionales, sino que repercute a nivel psicológico y en los hábitos y estilo de vida en la persona.

Es de suma importancia recopilar información de cada paciente para poder incidir en sus aspectos más vulnerables y sanarlos a través de la toma de conciencia y lo educativo, para que él/a sea protagonista de su proceso de transformación como agente activo/a. La presencia de factores de riesgo psicosocial también conocidos como “*yellow-flags*” han mostrado ser fuertes factores predictores para del dolor, ya que pueden alterar la percepción de la enfermedad con comportamientos mal adaptativos (Rousell, 2015). La intervención psicoeducativa es muy efectiva de manera individual y grupal, porque no hay mejor hallazgo que el de reconocerse a uno/a mismo/a y ser conscientes de las limitaciones individuales, expresar emociones y compartir con otras personas que también tienen patologías y experimentan el mismo proceso, y potenciar las fortalezas y disminuir las debilidades.

Y, por último, ofrecer una atención holística en el tratamiento es primordial, porque las personas tenemos características físicas y psicológicas diferentes, un entorno social y personal que nos diferencia a unas de las otras y atender estas diferencias para un tratamiento efectivo.

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradecer al centro médico Neurologics y Afales, especialmente al Dr. Adrià Arboix Damunt, a la Dra. Catalina Fosnòs Astó, Dr. Frederic Font Vila por su implicación, humildad, solidaridad, trabajo en equipo, su mirada holística y humana hacia el/a paciente. ¡Mi enorme gratitud ;*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ware JE, Sherbourne CD. (1992) *The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I*. Med Care, 30: 473-83
- Freytas Rodríguez, G. Ruíz Arcos, A. (2011) *Trastornos somatomorfos*.
- González Jurado, JA. (2004). *La actividad física orientada a la promoción de la salud*. Escuela Abierta 7.
- Sánchez Bañuelos, F. (1996). *La actividad física orientada a la salud*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- OMS. (2016). *¿Cómo define la OMS la salud?*. <http://www.who.int/suggestions/fag/es/>
- OMS. (2016). *Actividad física*. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Higashida Hirose, B. Y. (1991). *Ciencias de la salud* (2da. ed., pp. 1-3, 6, 47-51, 269-270). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Lopategui Corsino, E. (2006). *Bienestar y calidad de vida* (pp. 4, 11-12, 22-24, 44, 65, 76, 78, 501-504, 521-522). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lopategui Corsino, E. (2006). *Experiencias de laboratorio: Bienestar y calidad de vida* (pp. 139-144). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lopategui Corsino, E. (1997). *El ser humano y la salud* (7ma. ed., pp. 2-9). Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Vaquero Puerta, J. L. (1982). *Salud Pública* (pp. 26-27). Madrid: Ediciones, S. A.
- Fernández Liria, A. Giner, JL. Baca Baldomero, E. Torres, F. Conde, V. Lobo Satué, A. Sanjuán Arias, J. Gastó Ferrer, C. Caballero Martínez, L. Márquez, F. Tizón García, JL. Santander, F. Santo-Domingo Carrasco, J. Medina León, A. Vallejo Ruiloba, J. Villagrán Moreno, J. Bernando i Arroyo, M. *Debate sobre teoría del síntoma*. Archivos de psiquiatría. ISSN 1576-0367, Vol. 68, Nº. 3, 2005, págs. 221-232