

Recomendación De Actividad Física A Pacientes Con Trastorno De Salud Mental Por Los Profesionales De Atención Primaria De Salud Y Variables Asociadas A La Cumplimentación De Las Recomendaciones Estudio Transversal

Eva Rodríguez-Eguizabal¹, Mónica Deza-Bella¹, Rebeca Moreno-López¹, Marta Domínguez-Eguizabal¹, Bárbara Oliván-Blázquez^{2*}, Marta Domínguez-García³, Lourdes Salcedo-Ciordia¹

Resumen

Introducción: Fomentar la recomendación de activos para la salud junto a "factores de estilo de vida" como la actividad física, han mostrado sus efectos beneficiosos sobre la salud mental. **Objetivo:** Estimar la cumplimentación de la prescripción de actividad física en pacientes diagnosticados de enfermedad mental. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta. 215 participantes. Se recogieron variables sociodemográficas, de salud y se elaboró un cuestionario ad hoc sobre la realización de ejercicio físico. Con el estadístico chi-cuadrado se analizó la relación de la recomendación de AF y las características sociodemográficas, de salud y las variables del médico/a de familia, para la correlación entre tiempo invertido en la realización de AF y percepción de estado de salud se utilizó el estadístico Rho de Spearman. Se realizó una regresión logística multivariante, cuya variable dependiente fue la recomendación de AF. **Resultados:** Variables significativas que predicen que se les prescriba AF son ser mujer y que el médico/a de familia tenga 50 años o menos. No hay una relación significativa entre la recomendación por un profesional sanitario y realizar AF ($p_{\text{valor}}=0,058$). Existe una correlación directa significativa entre el tiempo de dedicación a realizar AF y la percepción de su estado de salud ($\text{Rho de Spearman}= 0,780$; $p_{\text{valor}}=0,039$). **Discusión:** La AF mejora el bienestar y la salud mental pero prescribirla requiere habilidad clínica y formación. Sería necesario el apoyo de un especialista en ejercicio o promoción de la actividad física como parte de un enfoque multidisciplinario para la atención de la salud mental.

Palabras Clave: Actividad Física, Enfermedad Mental, Atención Primaria De Salud, Recomendaciones, Activos En Salud.

Abstract

Introduction: Encouraging the recommendation of active health promotion together with "lifestyle factors" such as physical activity (PA) have been shown to have beneficial effects on mental health. **Objective:** To estimate compliance with physical activity prescription in patients diagnosed with mental illness. **Methodology:** Cross-sectional descriptive study using a survey. 215 participants. Sociodemographic and health variables were collected and an ad hoc questionnaire on physical exercise was elaborated. The chi-square statistic was used to analyze the relationship between PA recommendation and sociodemographic and health characteristics and family physician variables. The Spearman Rho statistic was used to analyze the correlation between the time invested in PA and the perception of health status. A multivariate logistic regression was performed, the dependent variable of which was PA recommendation. **Results:** Significant variables predicting that PA would be prescribed were being a woman and that the family physician was 50 years of age or younger. There is no significant relationship between recommendation by a health professional and performing PA ($p_{\text{value}}=0.058$). There is a significant direct correlation between the time spent doing PA and the perception of their state of health (Spearman's $\text{Rho}= 0.780$; $p_{\text{value}}=0.039$). **Discussion:** PA improves well-being and mental health but prescribing it requires clinical skill and training. Support from an exercise or physical activity promotion specialist would be needed as part of a multidisciplinary approach to mental health care.

Keywords: Physical Activity, Mental Illness, Primary Health Care, Recommendations, Health Assets.

¹ Servicio Riojano de Salud. Centro de Salud de Arnedo, España.

² Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza, España.

³ Servicio Aragonés de Salud. Centro de Salud Calatayud Sur, España.

*Corresponding Autor: Bárbara Oliván-Blázquez, Email: bolivan@unizar.es

1. Introducción

La prevalencia de los trastornos mentales en todo el mundo es elevada, causa considerables efectos perniciosos en la salud de las personas y graves consecuencias a (Patel et al., 2018). La prevalencia de trastornos mentales de la población adulta en España es del 10,7%. En la población general, una de cada cuatro personas experimenta un trastorno mental común o de conducta, y entre el 0,5% y el 1% un trastorno mental grave (Juliá-Sanchis et al., 2020). La Atención Primaria (AP) en un lugar idóneo donde llevar a cabo estrategias en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de la salud mental, así como en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en los ámbitos familiar y comunitario, facilitando la continuidad de los cuidados y evitando la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves (Buitrago Ramírez et al., 2018). Los médicos/as, enfermeras/os, trabajadores/ras sociales y unidades de salud mental de AP tienen la posibilidad de trabajar coordinados con el conjunto de los recursos comunitarios de su zona básica de salud y fomentar el uso de la prescripción social o recomendación de activos para la salud (Bellón et al., 2020). Un activo para la salud (ApS) se puede definir como «cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar». Hay evidencia que la recomendación de activos aportan numerosos beneficios ante problemas de salud mental frecuentes, como mejorar los resultados de salud mental, disminuir las demandas de servicios de salud y reducir la exclusión social (Kinsella, 2015). Para hacer frente a la excesiva carga de la salud mental, la OMS, en el “Plan de acción integral de salud mental 2013-2020” (OMS, 2013) reconoce la importancia de una estrategia combinada de farmacoterapia/psicoterapia junto a “factores de estilo de vida”, éstos tradicionalmente asociados con la salud física, también pueden relacionarse con la salud mental y el bienestar psicológico (Svatkova et al., 2015). Uno de esos factores es la actividad física (AF), que ha mostrado sus efectos beneficiosos sobre la salud mental y su eficacia en el tratamiento de múltiples trastornos mentales como la depresión (Schuch et al., 2018) (Iglesias Martínez, Olaya Velázquez, & Gómez Castro, 2015) (Kandola et al., 2019). Reduce los síntomas de la ansiedad, el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada (Pelletier, Shamila, & Demers, 2017). Mejora la conectividad cerebral y ayuda a aliviar los síntomas negativos de la esquizofrenia (Soundy et al., 2015; Svatkova et al., 2015). En general la AF ayuda a los pacientes a controlar sus síntomas psiquiátricos y mejora la salud física y la calidad de vida (Mittal et al., 2017; Rosenbaum et al., 2014). Sin embargo, a pesar de las recomendaciones, el ejercicio

está subestimado e infrautilizado como tratamiento. La prescripción de ejercicio físico depende de la visión integrativa, de las creencias, habilidad y formación de los profesionales sanitarios (Kleemann et al., 2020; Vicens et al., 2015).

En los últimos años, tanto la sociedad general como los profesionales de la salud muestran un interés creciente por el fomento de la AF. Los avances en el conocimiento de las ventajas de esta actividad en la salud, en concreto en el control de los síntomas psiquiátricos y mejora de la salud física y la calidad de vida de estos pacientes, aporta elementos para seguir profundizando en su estudio y fomentando estrategias que promuevan la utilización de los activos en salud e intervenciones comunitarias para la práctica de AF.

El objetivo principal de este estudio es analizar la prescripción de activo en salud de actividad física por parte los profesionales de AP a pacientes con un trastorno de salud mental y su cumplimentación, así como el análisis de las variables socioeconómicas y de salud asociadas a la realización de AF.

2. Metodología

2.1 Diseño

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta.

2.2 Población

Se realizó en una comunidad autónoma del norte de España sobre una población de 21.000 habitantes.

Se incluyeron a los pacientes mayores de 18 años con al menos una enfermedad mental según los criterios diagnósticos CIE-10, en tratamiento farmacológico y/o psicológico en el momento de la inclusión en el estudio, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad, que acudieron por cualquier motivo a las consultas médicas o de enfermería de AP. Se excluyeron los pacientes con deterioro cognitivo, en cuidados paliativos, pacientes con problemas de comunicación por la barrera idiomática y aquellos con menos de 3 meses de residencia en las zonas básicas de salud.

2.3 Tamaño Muestral

El tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta la población atendida por los centros de salud donde se desarrolló el trabajo de campo, que era de 18.300 pacientes y suponiendo que el 10% puede tener algún problema de salud mental. Con una precisión del 3% y un intervalo de confianza del 95%, se determinó que debían participar 183 personas. Se consideró una tasa de de cuestionarios incompletos del 10%, por lo que el tamaño muestral debía ser de 203 sujetos. Finalmente se reclutaron 225 participantes, superando así

ligeramente el tamaño muestral requerido.

2.4 Procedimiento

Para la captación de los participantes se realizó un muestreo consecutivo entre los pacientes que acudieron a las consultas de los profesionales que participaron en el estudio y que cumplían los criterios de inclusión.

Cuatro estudiantes de psicología y enfermería fueron formados para la cumplimentación de los cuestionarios, que se llevaron a cabo mediante una entrevista cara a cara entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019.

La fuente de información para la recogida de datos fue la historia clínica electrónica de AP. y las entrevistas con los pacientes.

2.5 Variables Del Estudio

Las variables recogidas en este estudio fueron variables sociodemográficas, variables de salud, del médico/a de familia, variables relacionadas con la recomendación de actividad física y con la actividad física realizada. Se consideraron variables socioeconómicas como edad, sexo, nivel de educación, estado civil, ocupación, clase social subjetiva e ingresos.

También se incluyeron variables de salud: como *la salud autopercebida*, basada sobre la pregunta de cinco ítems "En términos generales, ¿cómo describiría su estado actual de salud?" y dicotomizada en: buena (muy buena y buena) y mala salud autopercebida (normal, mala y muy mala); y otras variables de salud como *el tipo de enfermedad mental, tiempo de evolución de la enfermedad mental y presencia o no de enfermedad crónica comórbida*, cuyos datos se extrajeron de la historia clínica electrónica de cada paciente. La enfermedad mental se categorizó para los análisis bivariantes y multivariantes como trastorno de depresión o ansiedad, trastornos del sueño, y trastorno mental grave. Respecto a las enfermedades crónicas comórbidas, para los análisis se categorizaron en no padecer enfermedad comórbida y si padecer alguna enfermedad comórbida. Se recogió también número de visitas en los últimos 30 días al profesional de medicina de familia, enfermería, fisioterapia, trabajo social, psicología y psiquiatría.

Variables relacionadas con el médico/a de familia: sexo, edad, y años de experiencia.

Respecto a la recomendación de activos en salud de AF, se recogió qué profesional la realiza; tipo de ejercicio y medición AF.

Respecto a la actividad física que realiza, se elaboró un cuestionario ad hoc sobre la realización de ejercicio físico definido con las siguientes variables: - "cuántos días a la semana y qué tiempo medio dedica cada día, en su tiempo libre, a las siguientes actividades físicas: pasear, andar a paso ligero, footing, fútbol, baloncesto, gimnasia, aeróbic, ciclismo,

natación, tenis, squash, pádel, montañismo, senderismo, otro".

2.6 Análisis Estadístico

Dado que las variables continuas siguen una distribución no normal, se utilizó estadísticos no paramétricos.

Se realizó una descripción de las variables continuas de la muestra utilizando la mediana y el rango intercuartílico (además de la media y desviación típica), y se utilizó frecuencias en las variables categóricas.

Se realizó también un análisis bivariante de la recomendación de AF y las características sociodemográficas y de salud de los pacientes, y las variables del médico/a de familia, utilizando para ello el estadístico chi-cuadrado para las variables categóricas y Rho de Spearman para las variables continuas. Posteriormente se realizó una regresión logística multivariante, en el que la variable dependiente fue la recomendación de AF, y las variables independientes las características sociodemográficas y de salud de los pacientes (sexo, edad, ocupación, nivel educativo, ingresos, enfermedad mental y comorbilidades crónicas), y las variables del médico/a de familia de sexo y edad.

2.7 Cuestiones Éticas

El estudio obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación con medicamentos de La Rioja. (Ref. CEImLAR P.I. 343). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

3. Resultados

Se reclutó a 215 usuarios de AP, siendo mujeres 169 (78.6%), con un trastorno depresivo o de ansiedad y padeciendo además otra enfermedad crónica. En la [Tabla 1](#) se muestran la descripción de las variables sociodemográficas y relacionadas con la salud.

Respecto a la recomendación de actividad física, tal y como se observa en la [Tabla 2](#), a 125 (58.1%) sujetos se les recomendó realizar actividad física, realizando esta recomendación principalmente el médico/a de familia (76.8%), y se les recomendó principalmente caminar (73,1%). Los profesionales de medicina de familia son un 66.5% mujeres, con una mediana de edad de 49 años y de 22 años de experiencia. En el análisis bivariante mediante chi-cuadrado para analizar el perfil del profesional de medicina de familia que se asocia a la recomendación de AF, no hubo diferencias significativas por género entre los que realiza esta prescripción y los que no la realizan (p -valor=0.967), ni en función de los años de experiencia profesional (p valor=0.351), pero sí que hay una diferencia significativa respecto a la edad, habiendo un mayor porcentaje de médicos/as que tienen 50 años o menos, que prescriben AF (p valor=0.02).

Tabla 1

Descripción De La Muestra De Pacientes En Las Variables Del Estudio.

VARIABLES	N (%) Media (SD)/mediana IQR
Género	
Hombres	46 (21.4%)
Mujeres	169 (78.6%)
Edad	59,67(19,58) /62 (23)
Estado civil	
Casado/a o en pareja	141 (65.6%)
Separado/a	13 (6%)
Soltero/a	27 (12.6%)
Viudo/a	34 (15.8%)
Nivel de estudios	
Sin estudios	23 (10.7%)
Primaria	94 (43.7%)
Secundaria	74 (34.5%)
Universitarios	21 (9.7%)
Ocupación	
No trabaja, jubilado	177 (82.3%)
Trabajo activo	38 (17.7%)
Clase social	
Baja y media-baja	120 (55.8%)
Media a alta	75 (34.9%)
No sabe/no contesta	20 (9.3%)
Ingresos mes	
<950 euros/mes	33 (15.3%)
>950 euros/mes	119 (44.6%)
No sabe/no contesta	63 (29.3%)
Tamaño del habitat	
Menos de 2.000	33 (15.3%)
2.000 a 10.000	67 (31.2%)
Mas 10.000	115 (53.5%)
Trastorno de salud mental	
Esquizofrenia,esquizotípico, ideas delirantes	4 (1.8%)
Trast bipolar	1 (0.4%)
Trast depresivos	88 (40.9%)
Trast. ansiedad	102 (47.4%)
Trast. del sueño	4 (1.8%)
Trastorno adaptativo	12 (5.58%)
Trast Obsesivo compulsivo	1 (0.4%)
Trast conducta alimentaria	3 (1.4%)
TDH	1 (0.4%)
Tiempo desde diagnóstico enf mental (meses)	8,93(6,26) / 8,50 (10,01)
Comorbilidad	
patologías crónicas (si n%)	173 (80.4%)
diabetes	29 (13.4%)
enf renal crónica	12 (5.6%)
enf neurologicas y neuromusculares	9 (4.2%)
enf respiratoria	20 (9.3%)
enf cardiovascular	17 (7.9%)
hipertension_arterial	76 (35.3%)
dislipemia	78 (36.2%)
enf articulares degenerativas, reumáticas y osteoporosis	29 (13.4%)
enf tiroides	24 (11.2%)
enf digestiva	12 (5.6%)
Estado actual de salud	
Muy bueno	8 (3.7%)
Bueno	47 (21.9%)
Normal	81 (37.7%)
Malo	63 (29.3%)
Muy malo	16 (7.4%)
Estado salud percibido EVA (0 a 100)	58,65 (21,26) / 60,00 (25)
Visitas médico/a familia	
Ninguna	51 (23.7%)
Entre 1 y 4 veces	151 (70.2%)
Más de 5 veces	13 (6.1%)

Visitas enfermería	
Ninguna	125 (58.1%)
Entre 1 y 4	75 (34.9%)
Más de 5 veces	15 (7%)
Visitas psicólogo	
Ninguna	203 (94.4%)
Entre 1 y 4 veces	1 (5.1%)
Más de 5 veces	1 (0.5%)
Visitas psiquiatra	
Ninguna	184 (85.6%)
Entre 1 y 4 veces	30 (14.0%)
Más de 5 veces	1 (0.5%)
Visitas fisioterapeuta	
Ninguna	201 (93.5%)
Entre 1 y 4	10 (4.7%)
Más de 5 veces	4 (1.9%)
Visitas trabajador/a social	
Ninguna	206 (95.8%)
Entre 1 y 4 veces	8 (3.7%)
Entre 5 y 8 veces	1 (0.5%)

Tabla 2

Descripción De Las Variables Relacionadas Con La Recomendación De Actividad Física.

Variables Relacionadas Con La Recomendación De Actividad Física	N (%)
Prescripción de AP	
Si	125 (58.1%)
No	90 (41.9%)
Profesional que realiza la prescripción	
Medico/a de familia	96 (76.8%)
Enfermera/o	19 (15.2%)
Psicólogo/a	1 (0.8%)
Psiquiatra	9 (7.2%)
Tipo de AF que se prescribe	
Caminar	87 (73.10%)
Cualquiera	30 (25.21%)
Otros	2 (1.68%)
Personas a las que se les ha recomendado AF y que practican (si/no)	
Si practican	99 (79.2%)
No practican	26 (20.8%)

De los pacientes a los que se les recomendó AF, solo un 20.8% de las personas lo practicaban, y un 32.22% de los que no se lo recomendaron practican AF. Hay 55 pacientes que realizan habitualmente actividad física, pero no hay una relación significativa entre la recomendación por un profesional sanitario y realizar AF (pvalor=0.058). De estos pacientes que realizan AF, existe una correlación directa significativa entre el tiempo de dedicación a realizar AF y la percepción de su estado de salud (Rho de Spearman= 0.780; pvalor=0.039), es decir, los pacientes que dedican más tiempo a hacer AF, tienen una mejor percepción de su estado de salud. La mediana del tiempo dedicado a la semana es 105 minutos (RIQ 60). Las actividades físicas realizadas son: pasear (41.8%), gimnasia (34.5%), andar ligero (25.5%), footing (3.6%), aerobico (9.1%), ciclismo (7.3%), futbol (1.8%), montañismo (1.8%), senderismo (3.6%) y otros (25.5%).

Respecto a la recomendación de AF en relación a las características sociodemográficas y de salud de los pacientes, en el análisis bivalente, tal y como se observa en la [Tabla 3](#), el género y el nivel de ingresos están cerca ser de variables significativas en relación a la recomendación de AF.

Tabla 3

Análisis Bivalente De La Recomendación De AF Y Las Características Sociodemográficas Y De Salud De Los Pacientes.

Variables Sociodemográficas Y Recomendación De Salud	SIN (%)	NON (%)	Pvalor
Sexo			
Hombre	32 (25.6%)	14 (15.55%)	0.076
Mujer	93 (74.4%)	76 (84.45%)	
Edad			
40 años o menores	12 (9.6%)	7 (7.77%)	0.527
De 41 a 60 años	49 (39.2%)	28 (31.11%)	
Más de 60 años	64 (51.2%)	52 (57.77%)	
Estado civil			
Soltero/a, viudo/a, separado/a	47 (37.6%)	27 (30%)	0.247
Casado/a, en pareja	78 (62.4%)	63 (70%)	
Nivel de estudios			
Primaria o inferior	72 (57.6%)	48 (53.33%)	0.534
Secundaria o superior	53 (43.4%)	42 (46.67%)	
Ingresos			
950 euros o menos	34 (27.2%)	35 (38.88%)	0.070
Más de 950 euros	91 (72.8%)	55 (61.12%)	
Ocupación			
No trabaja, jubilado	103 (82.4%)	74 (82.22%)	0.973
Trabajo activo	22 (17.6%)	16 (17.88%)	
Trastorno de salud mental			
Depresión, ansiedad	116 (92.8%)	86 (95.55%)	0.701
Enfermedad mental grave	7 (5.6%)	1 (1.11%)	
Trastorno sueño	2 (1.6%)	3 (3.34%)	
Enfermedad crónica			
Si	107 (85.6%)	77 (85.5%)	0.993
No	18 (14.4%)	13 (14.5%)	

Respecto al análisis multivariante de la recomendación de AF en relación a las características sociodemográficas y de salud del paciente y características del médico/a de familia,

las variables que predicen la recomendación son ser mujer, con estudios secundarios, Variables significativas que

predicen que se les prescriba AF: ser mujer y que el médico/a de familia tenga 50 años o menos.

Tabla 4

Análisis Multivariante De La Recomendación De AF En Relación A Las Características Sociodemográficas Y De Salud Del Paciente Y Características Del Médico/A De Familia.

Variables Sociodemográficas Y De Salud		B	Odds ratio Exp (B)	Intervalo de confianza Exp (B)	Pvalor
Sexo	Ser hombre	-0.744	0.475	0.220-1.028	0.059
	Ser mujer	Ref			
Edad	40 años o menos	-0,608	0.545	0.146-2.029	0.365
	De 41 a 60 años	-0.370	0.691	0.321-1.486	0.344
Estudios	Más de 60 años	Ref			
	Estudios primarios	-0.691	0.501	0.244-1.030	0.060
Ingresos	Estudios secundarios o más	Ref			
	Ingresos < 950 euros	0.529	1.696	0.890-3.232	0.108
Ocupación	Ingresos > 950 euros	Ref			
	No trabajo, jubilado	-0.211	0.810	0.340-1.928	0.634
Trastorno de salud mental	Trabajo activo	Ref			
	Depresión, ansiedad	0.272	1.313	0.299-5.768	0.719
Comorbilidad	Trastorno del sueño	-0.067	0.935	0.054-16.136	0.963
	Trastorno mental grave	Ref			
Comorbilidad	No enfermedad crónica	0.120	1.128	0.468-2.721	0.789
	Enfermedad crónica	Ref			
Características Del Médico/A De Familia					
Sexo	Sexo hombre médico familia	0.160	1.174	0.613-2,247	0.628
	Sexo mujer médico familia	Ref			
Edad	Edad 50 o menor médico/a	0.661	1.937	1.019-3.680	0.044
	Edad más 50 médico/a familia	Ref			

4. Discusión

Este estudio tiene como objetivo analizar la prescripción de activo en salud de actividad física a pacientes con un trastorno de salud mental, describir qué profesional realiza principalmente la prescripción, cuál es el grado de cumplimentación y las variables asociadas a la realización de ejercicio físico por parte de estos pacientes.

Existe escasa bibliografía que aborde la prescripción de actividad física por los profesionales de AP en enfermos de salud mental y los estudios son referidos principalmente a depresión y ansiedad (Iglesias Martínez et al., 2015). En nuestro estudio la prescripción de actividad física se hizo principalmente por el médico de familia (76,8%), en segundo lugar, por la enfermera (15.2%) seguido por el/la psiquiatra (7.2%) y por último el/la psicólogo/a (0.8%). En el estudio de Iglesias et al., de cada 10 pacientes a los que se les prescribe AF a 9 se lo recomienda su MF, este hecho lo atribuye a que en AP la captación de los trastornos mentales es realizado principalmente por el/la médico/a y la enfermera/o puede que no realice el seguimiento de este tipo de pacientes. Esta teoría se ratifica en nuestro estudio, puesto que más de un 80% de los pacientes acude a la consulta médica de 1 a 4 veces en el último mes, mientras que a la enfermera acude poco más del 15%. Los médicos

más jóvenes fueron los que más prescribieron AF, lo que concuerda con otros trabajos, que lo justifican por varios motivos: La trascendencia dada a la AF y las guías de recomendación para estos pacientes es relativamente reciente (Donaghy & Taylor, 2010; Vicens et al., 2015). Los MAP con menos años de práctica profesional valoran más el papel del ejercicio físico en la salud (Bellantuono et al., 2000) a medida que aumentan los años trabajados se tiende a recomendar menos hábitos de vida saludables (Vicens et al., 2015).

En nuestro estudio la recomendación de AF tiene una relación significativa con ser mujer y con un nivel de estudios secundarios, pero hay escasa bibliografía que relacione la prescripción respecto al género y ninguna encontrada referida a la educación. Respecto al género (Pola-García et al., 2022) revelaron que la mayoría de las recomendaciones sobre activos de salud se hicieron a mujeres mayores. Es posible que en este resultado influya el hecho de que haya un mayor porcentaje de mujeres con patología mental en AP y que el impacto de la AF sea mayor en mujeres (Maynou, Hernández-Pizarro, & Errea Rodríguez, 2021).

No hay relación significativa entre recomendar AF y realizarla, el mismo resultado obtuvieron (Iglesias Martínez et al., 2015). Sin embargo otras investigaciones afirman que

el consejo de un médico u otro profesional de la salud para participar en AF, fue el factor más importante asociado con la actividad física realizada al menos una vez a la semana (Katz & Koutsovitis, 2021; Kleemann et al., 2020; Pelletier et al., 2017).

La mediana del tiempo dedicado a la semana es 105 minutos (RIQ 60) Las actividades físicas más frecuentes son: pasear (41.8%), gimnasia (34.5%), andar ligero (25.5%). Estos tipos de AF podrían estar justificados porque en la muestra existe un mayor porcentaje de mujeres alrededor de 60 años, con alguna enfermedad crónica y al igual que otros estudios es congruente que la actividad de pasear sea la más frecuente (Vicens et al., 2015).

Los pacientes que dedican más tiempo a hacer AF, tienen una mejor percepción de su estado de salud, dato que se confirma en el estudio de (Pelletier et al., 2017). Hay suficiente bibliografía que corrobora que la AF puede mejorar la salud física, la autoestima y la calidad de vida, mejorando así el bienestar y la salud mental (An & Chuo, 2022; Schuch & Vancampfort, 2021).

Como cualquier acto médico, prescribir ejercicio físico requiere dedicar un tiempo para que la prescripción sea efectiva (Katz & Koutsovitis, 2021). También se necesita habilidad clínica y entrenamiento, porque no está exento de problemas, (Subirats Bayego, Subirats Vila, & Soteris Martínez, 2012). Implementar intervenciones en la prescripción de AF o recomendar activos en salud en las consultas de los profesionales sanitarios de AP, puede facilitarse si se emplean hojas de recomendaciones y programas de AF (Rosenbaum et al., 2014; García-Toro et al., 2012). Para una atención individualizada, incluida en espacios comunitarios, enfocada en las fortalezas del paciente, que fomente su autocuidado, es preciso una formación continuada del profesional en prescripción de AF y de activos en salud (Katz & Koutsovitis, 2021; Schuch & Vancampfort, 2021), para mejorar el bienestar, la inclusión social, disminuir la demanda en servicios de salud, mejorar la calidad y el rigor de las intervenciones, así como su sostenibilidad a medio-largo plazo (Valls Pérez et al., 2018). La persona que brinda la prescripción puede influir en la fidelidad de la intervención (Pascoe et al., 2021) y la forma en la que se prescribe puede incidir en el resultado final (Katz &

Koutsovitis, 2021). Estos condicionantes respaldarían la necesidad del apoyo de un especialista en ejercicio o promoción de la actividad física como parte de un enfoque multidisciplinario para la atención de la salud mental (Schuch & Vancampfort, 2021; Shrestha et al., 2021).

Este estudio presenta algunas limitaciones como que hay un alto porcentaje de personas con comorbilidades en este trabajo que podrían asimismo ser la causa de la prescripción, sin embargo, el padecer enfermedad crónica no se asocia con la prescripción de AF. También se puede considerar una limitación el lapso de tiempo transcurrido entre la recogida de los datos y la publicación del artículo. A pesar de estas limitaciones creemos que los resultados refuerzan los beneficios en los pacientes con enfermedad mental de la prescripción de activos de AF, la formación de los profesionales de AP en ese campo y la intervención de un especialista en AF.

5. Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todos/as médicos/as y enfermeras/os que han participado en este estudio. Los autores agradecen al Grupo de Investigación en Atención Primaria de Salud de Aragón (GAIAP-B21- 20R) del Departamento de Ciencia, Universidad y Sociedad del Conocimiento del Gobierno de Aragón (España), y Fondos FEDER 'Otra manera de hacer Europa' su apoyo en la realización de este estudio.

6. Conflictos De Interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

7. Financiación

Este estudio se ha realizado con la financiación del Instituto de Estudios Riojanos, del Gobierno de La Rioja; del Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria (GAIAP, B21_23R) que forma parte del Departamento de Innovación, Investigación y Universidad del Gobierno de Aragón (España); y Fondos Feder (otra manera de hacer Europa).

Bibliografía

- An, N., & Chuo, J. (2022). Walking and Activeness: The First Step toward the Prevention of Strokes and Mental Illness. *Computational Intelligence and Neuroscience*, 2022, 3440437. <https://doi.org/10.1155/2022/3440437>
- Bellantuono, C., Jones, J., Kisely, S., Linden, M., & Simon, G. (2000). Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychological Medicine*, 30(5), 1217-1225. <https://doi.org/10.1017/S0033291799002743>
- Bellón, J. Á., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Mendive, J. M., & Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SEESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>

- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Carmen Fernández Alonso, M. D., García Campayo, J., Montón Franco, C., & Tizón García, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*, 50(Suppl 1), 83-108. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(18\)30364-0](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(18)30364-0)
- Donaghy, M., & Taylor, A. H. (2010). Should practitioners promote physical activity as a treatment for depression. *JR Coll Physicians Edinb*, 40(2), 132-135. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2010.223>
- García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Serrano, M. J., Vives, M., Monzón, S., Bauzá, N., Oliván, B., Vicens, E., & Roca, M. (2012). Adherence to lifestyle recommendations by patients with depression. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 5(4), 236-240. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.04.009>
- Iglesias Martínez, B., Olaya Velázquez, I., & Gómez Castro, M. J. (2015). Prevalencia de realización y prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión. *Atención Primaria*, 47(7), 428-437. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.003>
- Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F., & Martínez-Riera, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014>
- Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 525-539. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>
- Katz, E. I., & Koutsovitis, F. (2021). Prescripción del ejercicio y la actividad física en Salud Mental: una revisión bibliográfica. In *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia* (pp. 11-20). Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://n2t.net/ark:/13683/even/cqh>
- Kinsella, S. (2015). *Social prescribing: A review of the evidence*. Wirral Council Business & Public Health Intelligence Team. <https://www.wirralintelligenceservice.org/media/1077/social-prescribing-literature-review-v5.pdf>
- Kleemann, E., Bracht, C. G., Stanton, R., & Schuch, F. B. (2020). Exercise prescription for people with mental illness: an evaluation of mental health professionals' knowledge, beliefs, barriers, and behaviors. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 271-277. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0547>
- Maynou, L., Hernández-Pizarro, H. M., & Errea Rodríguez, M. (2021). The Association of Physical (in)Activity with Mental Health. Differences between Elder and Younger Populations: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4771. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094771>
- Mittal, V. A., Vargas, T., Juston Osborne, K., Dean, D., Gupta, T., Ristanovic, I., Hooker, C. I., & Shankman, S. A. (2017). Exercise Treatments for Psychosis: a Review. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(2), 152-166. <https://doi.org/10.1007/s40501-017-0112-2>
- OMS. (2013). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013—2030*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Pascoe, M. C., Bailey, A. P., Craike, M., Carter, T., Patten, R. K., Stepto, N. K., & Parker, A. G. (2021). Poor reporting of physical activity and exercise interventions in youth mental health trials: A brief report. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(5), 1414-1422. <https://doi.org/10.1111/eip.13045>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., & Eaton, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pelletier, L., Shamila, S., & Demers, A. (2017). Self-management of mood and/or anxiety disorders through physical activity/exercise. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*, 37(5), 149-159. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.5.03>
- Pola-García, M., García, D., Gasch-Gallen, A., ML, L. A., Martín, E., & CB, B. A. (2022). Implementation of a social prescribing protocol in Aragon's primary care teams. *Atencion Primaria*, 54(12), 102496. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102496>
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(9), 14465. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08765>
- Schuch, F. B., & Vancampfort, D. (2021). Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends in*

- Psychiatry and Psychotherapy*, 43, 177-184. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0237>
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., Ponce De Leon, A., Dunn, A. L., & Deslandes, A. C. (2018). Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631-648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>
- Shrestha, N., Pedisic, Z., Jurakic, D., Biddle, S. J., & Parker, A. (2021). Physical activity and sedentary behaviour counselling: Attitudes and practices of mental health professionals. *PLoS One*, 16(7), e0254684. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254684>
- Soundy, A., Roskell, C., Stubbs, B., Probst, M., & Vancampfort, D. (2015). Investigating the benefits of sport participation for individuals with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 0-13. <https://hrcak.srce.hr/file/229843>
- Subirats Bayego, E., Subirats Vila, G., & Soteras Martínez, I. (2012). Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina Clínica*, 138(1), 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.12.008>
- Svatkova, A., Mandl, R. C., Scheewe, T. W., Cahn, W., Kahn, R. S., & Hulshoff Pol, H. E. (2015). Physical exercise keeps the brain connected: biking increases white matter integrity in patients with schizophrenia and healthy controls. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 869-878. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv033>
- Valls Pérez, B., Calderón Larrañaga, S., March Cerdà, J. C., & Oltra Rodríguez, E. (2018). Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe SEESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 82-85. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.007>
- Vicens, C., Garcia-Toro, M., Gómez-Juanes, R., Gili, M., Roca, M., Castro, A., Lopez-Navarro, E., Crespi, C., Calafat, A., & Oliván, B. (2015). Prescripción de ejercicio físico en la depresión por parte de Médicos de Familia. Factores involucrados. *Revista de Psicología del Deporte*, 24(1), 61-69. <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235139639008.pdf>