



**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología**

**EL DEPORTE EN LA REHABILITACIÓN  
PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON  
ESQUIZOFRENIA**

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Autor: Leandro Martin Schioppi Musso  
CI: 4802745-2

Tutora: Prof. Dra. Gabriela Prieto

Montevideo, Uruguay.

# Índice

---

<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>ESQUIZOFRENIA: Revisión histórica</b>	<b>5</b>
<b>Sintomatología de la Esquizofrenia</b>	<b>8</b>
<b>Rehabilitación Psicosocial</b>	<b>11</b>
<b>Deporte</b>	<b>15</b>
<b>El deporte en la rehabilitación psicosocial de personas con esquizofrenia.</b>	<b>21</b>
<b>Reflexiones finales</b>	<b>25</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>26</b>

# Resumen

Este Trabajo Final de Grado abordó la temática del deporte, dentro de la Rehabilitación Psicosocial, para personas con Esquizofrenia, en base a una búsqueda bibliográfica.

En primera instancia, se desarrolla una reseña histórica de cómo el concepto de esquizofrenia, fue variando con el paso del tiempo, debido a estudios e investigaciones realizadas por los diversos autores, que trabajaré en esta monografía.

Luego se continúa con una breve descripción sobre la sintomatología de la esquizofrenia, para así desarrollar la noción de rehabilitación psicosocial.

Además, se exponen los beneficios que presentan el deporte para la salud y el bienestar, como también su práctica dentro de la rehabilitación psicosocial.

En definitiva, se desarrolla cómo el deporte y la actividad física, son beneficiosos para la rehabilitación psicosocial de personas con esquizofrenia.

## Palabras Claves

Esquizofrenia - Rehabilitación Psicosocial - Deporte - Actividad Física

# Introducción

El objetivo de esta monografía, es fundamentar la importancia de los beneficios del deporte y la actividad física, en la rehabilitación psicosocial de personas diagnosticadas con esquizofrenia, a través de una búsqueda bibliográfica acorde a la temática.

El propósito es lograr una articulación sobre el tema elegido, siendo consciente que no hay antecedentes con la trascendencia necesaria en nuestro país.

A lo largo de la historia el concepto de esquizofrenia ha variado, destacándose que se trata de un trastorno que deteriora de manera significativa el funcionamiento en todas las áreas de los sujetos que la padecen. Sin embargo, siempre se ha hecho hincapié en la salud mental de las personas con esquizofrenia, ignorando la condición física de las mismas.

Al comienzo de esta monografía, se describe cómo surgió el término esquizofrenia y cómo fue evolucionando con el paso de los años, hasta llegar a un consenso casi unánime, de lo que el trastorno implica.

Para finalizar este trabajo, se desarrolla cómo el deporte y la actividad física, no solamente ayudan a mantener un mejor estado físico en las personas, sino también cómo esto influye en algunos de los síntomas de la esquizofrenia y porque es necesario, realizar actividades deportivas en las rehabilitaciones psicosociales.

# MARCO TEÓRICO

## ESQUIZOFRENIA: *Revisión histórica*

En 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS), catalogó a la esquizofrenia como un trastorno mental grave, ya que aseguran que, 21 millones de personas aproximadamente, sufren de esta enfermedad, afectando más frecuentemente a hombres que a mujeres.

“El curso de la esquizofrenia es muy heterogéneo con variaciones que van desde una completa recuperación a una grave incapacidad crónica, pasando por patrones con episodios psicóticos recurrentes con recuperación parcial y formas con síntomas y deterioros funcionales persistentes en diversos grados.” (Pardo, 2007, p.1)

En una primera instancia, Benedict Morel (1852-53), introdujo el término demencia precoz, haciendo referencia a un caso de un adolescente brillante, que en poco tiempo, se volvió aislado, callado y apático. (Citado en Novella y Huertas, 2010)

Por otro lado, Sander (1868), presentó el término paranoia, ya que un grupo de personas, tenían los sentimientos de ser perseguidos, maltratados y humillados, por lo que decidió acuñar este concepto. (Citado en López, P.; Sanmillán, H.; Cainet, A.; Olivares, O.: 2015)

Asimismo, Ewald Hecker (1871), introdujo el término hebefrenia, para describir un cuadro clínico, con comienzo en la adolescencia, y donde hay una perturbación mental, que conlleva al sujeto, a un deterioro. (Citado en Novella y Huertas, 2010)

Por otra parte, Kraepelin en 1896 (Citado en Novella y Huertas, 2010), decide reanudar el término demencia precoz de Morel, y hace una descripción de la misma, que aún sigue teniendo vigor hoy en día. En esta descripción, también se conceptualiza el inicio temprano, y se presenta la diferenciación con la psicosis maniaco-depresiva, ya que esta, no tiene un inicio temprano. Además subdivide el término de esquizofrenia en tres diferentes tipos: Paranoide, Catatónica y Hebefrénica.

Ahora bien, Bleuler (1911) sustituye al término de demencia precoz, y lo renombra como esquizofrenia, ya que considera que la demencia, presenta un deterioro cognitivo del enfermo, mientras que la esquizofrenia, no lo presenta. (Citado en Novella y Huertas, 2010) A su vez, Bleuler retomó la clasificación de esquizofrenia realizada por Kraepelin en 1896 y añadió una nueva categoría: esquizofrenia simple. (Citado en Novella y Huertas, 2010)

Más tarde, varios autores han modificado la definición de esquizofrenia, como Kasanin (1933), que acuñó el término esquizoafectivo, para conceptualizar a un grupo dentro de la esquizofrenia, que además de existir un trastorno formal del pensamiento, presentan también, alteraciones afectivas, como lo es la manía o la depresión. (Citado en López, P.; Sanmillán, H.; Cainet, A.; Olivares, O.: 2015)

Ahora bien, Langfeldt (1939), discierne entre el proceso esquizofrénico, a lo que refiere como el inicio temprano, desorganización mental y deterioro de la persona, con lo que es la reacción esquizofrénica, que es un cuadro menos severo, presenta una mejor inserción social y laboral, y que es capaz de remitir, ya sea parcial o totalmente, por lo que no siempre presenta un deterioro progresivo. (Citado en López, P.; Sanmillán, H.; Cainet, A.; Olivares, O.: 2015)

En el año 1952, la Asociación Psiquiátrica Americana, lanza la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), dónde se clasifica a la esquizofrenia, como reacciones esquizofrénicas, y donde conceptualizan diferentes tipos: simple, paranoide, hebefrenico, catatonico, agudo indiferenciado, tipo esquizofrenico-afectivo, crónico indiferenciado, tipo infantil y tipo residual. (López, P.; Sanmillán, H.; Cainet, A.; Olivares, O.: 2015)

Asimismo, Henry Ey (1955) (citado en Pardo 2007) afirma sobre la constitución de fases activas del proceso, en base a la existencia de empujes esquizofrénicos evolutivos, que acentúan los rasgos de discordancia. Y a su vez, sostiene que luego del segundo o tercer empuje, se instala la cronicidad de la enfermedad en la persona.

Se realizaron estudios en Europa, durante 1970 y 1980, que concluyeron que la esquizofrenia no era tan deteriorante como se había planteado anteriormente. Sin embargo, se estableció, que los resultados de estos estudios que afirmaban una evolución más benigna, fueron realizados con criterios bleulerianos, es decir, en criterios diagnósticos más amplios.

No fue hasta 1988, que McGlashan (1988) concluyó, que el trastorno si bien es deteriorante, no tiene un avance progresivo negativo, durante toda la vida de la persona enferma. El autor

aseguró que, el proceso deficitario, se daba en la mayoría de los individuos, durante los primeros 5 a 10 años, y luego existiría una meseta de estabilización. (Citado por Pardo 2007)

De igual forma, Carpenter y Strauss (1991) , presentan un estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia, realizando un seguimiento de 2 a 11 años, desde el inicio de la enfermedad, y concluyeron que, se logra una estabilización en los dos primeros años de la enfermedad sobre el deterioro temprano, que el 75% de los participantes, no mostró cambios en las recaídas, los síntomas residuales o en el funcionamiento sociolaboral y que un tercio de los pacientes, presentaban una mejora luego de los 11 años. (Pardo, 2007)

# Sintomatología de la Esquizofrenia

Los manuales diagnósticos, como el DSM-III (1980) y DSM-III-R (1987), establecen que el deterioro residual, presentaba un aumento al pasar el tiempo, mientras que, el DSM-IV (1994) y la CIE-10 (1990) conceptualizan las diferentes maneras de evolución de la esquizofrenia, describiendo sus diferentes variaciones, como las exacerbaciones y remisiones, remisión total o completa, estabilidad relativa o su agudización.

El manual DSM-V (2014) plantea que, al menos durante seis meses, la persona ha presentado dos o más, de los 5 síntomas psicóticos: ideas delirantes, lenguaje desorganizado, alucinaciones, síntomas negativos y catatonía, u otro comportamiento fuera de lo normal. Es importante que los síntomas, no sean debido a trastornos en el estado de ánimo, consumo de sustancias o enfermedades médicas.

De la misma manera, Belloso (2012) describe a los síntomas negativos, como la falta o la disminución de la cognición, de las emociones o de las conductas, que normalmente, presentan la población en general. Los ejemplos que expone el autor de estos síntomas son, una pobreza en el habla, apatía, expresividad afectiva aplanada, enlentecimiento de los movimientos, entre otros. Los síntomas negativos no están presentes en todos los individuos, y son el reto mayor en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que con frecuencia, no responden con facilidad, al tratamiento psicofarmacológico. A su vez, la reinserción social y la integración laboral del paciente, se ve dificultada, a raíz de estos síntomas.

Asimismo, Belloso (2012) entiende a los síntomas positivos, como las cogniciones, experiencias sensoriales y conductas que “sobresalen”. El autor, presenta como ejemplos de estos síntomas, a las alucinaciones auditivas, conductas extrañas o desorganizadas y las ideas delirantes. Estos síntomas, son los que ocasionalmente, son responsable de que el individuo con esquizofrenia, termine ingresado en el hospital o vaya a urgencias.

A su vez, Kaplan, Sadock, B., Sadock, V., y Ruiz (2015) afirman que, si bien la esquizofrenia se discute como si fuera una sola enfermedad, probablemente involucre otro grupo de trastornos, con etiología variadas, con pacientes con una variedad de síntomas clínicos, diferentes respuestas al tratamientos y cursos distintos de la enfermedad. Según los autores, los signos y síntomas son diferentes. La gravedad de los síntomas pueden variar dependiendo del paciente e incluyen cambios en la percepción, la emoción, la cognición, el pensamiento y el comportamiento, pero siempre los síntomas de este trastorno, son graves y generalmente duraderos.



Según Freudenreich, Brown y Holt (2018), la psicosis, a grandes rasgos, significa conciencia de realidad alterada y que la esquizofrenia es un cuadro clínico, que aparece en todas las culturas y zonas del mundo.

También Freudenreich, Brown y Holt (2018) describen a su vez, que se han presentado diversos estudios epidemiológicos, que han demostrado que la tasa de incidencia, presenta una media de 15,2 casos nuevos, entre 100.000 habitantes.

Este trastorno presenta un riesgo de morbilidad a lo largo de la vida del enfermo, en torno al 1%. Por otra parte, la tasa de mortalidad, es de 2,5 veces mayor que la correspondiente al resto de la población en general y se plantea, que esta brecha sigue en aumento.

Los síntomas con más relevancia dentro de la psicosis, son los delirios y las alucinaciones, aunque también presentan otros síntomas, como lo son el comportamiento y lenguaje desorganizado y la catatonia, que también se consideran fenómenos psicóticos.

A su vez, este trastorno presenta otro grupo de signos, como lo son los síntomas negativos y cognitivos, que son la causa de la discapacidad psicosocial que existe en este trastorno.

Seguido con lo descrito anteriormente, Brenner et al. (Citado por Cavieres y Valdebenito 2005), proponen un modelo en que la relación entre déficit cognitivo y social, pueda ser simbolizada como dos círculos viciosos. En el primer círculo, los déficits cognitivos básicos (atención y memoria) interrumpen al siguiente nivel (planificación ejecutiva), interrumpiendo así, el funcionamiento del nivel anterior. Este espiral, conduce a deterioro de la percepción y respuestas sociales inadecuadas, creando así, un segundo círculo en que la disfunción cognitiva, imposibilita el desarrollo de habilidades de afrontamiento interpersonal, provocando que el sujeto sea aún más susceptible al estrés social, y dificulte la adquisición de nuevos conocimientos.

De igual forma, Restrepo y Lopez (2020) describen las manifestaciones de las alteraciones corporales dentro de la psicosis, como aquellas que los pacientes afirman tener una enfermedad grave, aunque la evidencia clínica y médica diga lo contrario.

Algunos individuos, relatan presentar dolores o sensaciones intensas, “como corrientes eléctricas”, afirman que ratas caminan dentro de su cuerpo, que su nariz está torcida, entre otras.

Los pacientes afirman que son sacudidos, movidos, elevados y las diferentes partes del cuerpo, están fragmentadas o en lugares equivocados, y la imagen del cuerpo es irreconocible, ya que el paciente se ve en el espejo y no se reconoce, aunque le parezca familiar. Esta alteración, por más pequeña que sea, toma todo el interés de la persona.

La experiencia de extrañeza y alienación corporal se describe como la sensación, de que el cuerpo o sus partes, no le pertenecen más, o que son poseídos o que se adueñan de su cuerpo y tiene el poder, para operar sobre ellos.

Ahora bien, Romero, Gallego, Rodriguez y Roman (2016) describen que, en la esquizofrenia, la diabetes, la hipercolesterolemia y la obesidad, son enfermedades que se encuentran presentes en esta población. Además, las personas que padecen esquizofrenia, presentan estilos de vida poco saludables y junto con el sedentarismo, son responsables de una elevada morbilidad. Los autores aseveran que en la esquizofrenia, es necesario también, tener en cuenta las intervenciones psicosociales, teniendo como objetivo minimizar la vulnerabilidad de estas personas, ante el estrés, reforzar su adaptación y mejorar su funcionamiento social, familiar y laboral, como también brindarles recursos, para hacer frente a conflictos, problemas y tensiones, que se presentan en la vida cotidiana.

A su vez, Beguiristain (2019), afirma que el deporte y la actividad física, generan una mejoría en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual es una problemática sumamente común, en personas que padecen esquizofrenia, por su estilo de vida sedentario, sus hábitos no saludables y por la medicación antipsicótica, que también favorece la obesidad. Además, según la autora, el deporte mejora los síntomas psiquiátricos (tanto los positivos como los negativos) y promueve una mayor adherencia a la rehabilitación psicosocial, por lo que se cree pertinente, que se incluya al deporte y la actividad física, en los tratamientos de personas con esquizofrenia.

# Rehabilitación Psicosocial

La Dirección Nacional de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables - ASSE (2013), plantea a la rehabilitación, como un proceso terapéutico, escalonado en diferentes etapas, y aseguran que no es de forma lineal, sino que acompaña a una persona en los diversos altibajos de la vida, desde el descubrimiento de la enfermedad y a través de de diversos dispositivos sociales y sanitarios. Esto quiere decir que la presencia de diversas estructuras progresivas y complementarias, que permite a la persona obtener el dispositivo terapéutico más adecuado, según el momento evolutivo, así como maximizar su potencial personal.

El desarrollo de un diseño terapéutico individualizado, que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicoterapéuticos y sociales, y tenga en cuenta sus capacidades y limitaciones, así como los deseos y expectativas de su abordaje, está en el centro del tratamiento de estos pacientes.

Seguido a lo anterior, Garcelan (2015) explica que, para entender lo que sucede cuando un individuo comienza a padecer un trastorno mental, es necesario no reducir sus problemas, a los síntomas generales de la enfermedad, sino hay que tener en cuenta las consecuencias, que conlleva, tanto para el individuo, como a su familia y su entorno social.

En este sentido, es fundamental considerar al individuo, desde su contexto, y desde la perspectiva, que permita la observación desde un punto de vista psicosocial.

Del mismo modo, Castillo, Villar y Dogmanas (2011) definen a la Rehabilitación Psicosocial como un modelo integral, el cual se fundamenta en el paradigma biopsicosocial. El objetivo primordial de este tipo de rehabilitación, es lograr una mejora en la vida cotidiana del paciente y su familia, y así lograr una reinserción en la comunidad. La prevención primaria, secundaria y terciaria son objetivos específicos de este modelo y se pretende que las personas que padecen trastornos mentales severos, puedan reintegrarse tanto cultural como ambientalmente, trabajando con su familia, su entorno y con un equipo de referencia.

Las autoras afirman que, durante los últimos 25 años, la población asilar ha disminuido progresivamente en nuestro país, en consecuencia al desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), por la creación y el desarrollo de la Red de Salud Mental, la mejora en los tratamientos y la gran descentralización de los servicios.

A su vez, Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011), afirman que con la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos, se posibilitó una profundización para este tipo de abordaje. Lo que aún se pretende lograr, es una mejora en la atención comunitaria en la salud mental, y de esta manera poder superar el modelo asilar y así, asegurar la eliminación

del sistema manicomial. Lo que se procura en la rehabilitación psicosocial, es trabajar desde un enfoque inclusivo para lograr una mejora en su calidad de vida, generar autonomía e insertarlo como miembro activo de la sociedad.

De este modo, la Asociación Psiquiátrica Mexicana (2014), refiere que los enfoques terapéuticos en el tratamiento psicosocial, aplican modalidades diferentes, entre ellos la adquisición de habilidades, la conciencia sobre la enfermedad, la mejora del manejo de los síntomas, el aumento de la adherencia a la terapia, la prevención de recaídas y la adquisición de habilidades psicosociales, como medio para promover el bienestar individual y relaciones sociales saludables en los diferentes ámbitos, así como la participación en actividades recreativas, el uso de servicios de salud mental adecuados y el mantenimiento de una vida independiente en comunidad.

Según Florit Robles (2006), las intervenciones psicosociales pretenden reducir la afectación en el individuo, tanto de los síntomas negativos de la esquizofrenia, como también de los positivos. A su vez, ayuda a generar un conocimiento mayor sobre el trastorno, tanto en la persona afectada, como en su familia y así lograr una mayor adhesión al tratamiento farmacológico, para lograr prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la red social del paciente. También se proporcionará estrategias de afrontamiento del estrés para los enfermos y sus familiares.

De igual forma, Florit Robles (2006), describe que la rehabilitación tiene como objetivo, la reeducación en habilidades básicas, interpersonales y sociales, como es el cuidado personal, la higiene, la alimentación, uso del dinero, movilidad, comunicaciones y se procurará una inserción en el tejido social, para lograr una formación laboral y profesional o terminar los estudios, ya que en muchos casos, por el inicio de la enfermedad a temprana edad, abandonan los estudios.

Asimismo Florit Robles (2006), propone que es necesario fomentar la implicación activa y la responsabilidad del individuo en el control de su vida y del proceso de rehabilitación, de acuerdo con sus metas y proyectos personales. No se puede considerar, a la rehabilitación psicosocial, como un tratamiento forzoso, sino, que es necesario la participación e implicación del individuo en todo el proceso de recuperación, que es de suma importancia, para lograr buenos resultados. Es por esto, que es importante, fortalecer la motivación del sujeto, como también la independencia y autonomía, en base a sus capacidades.

De la misma manera, Florit Robles (2006) plantea que, el uso de psicofármacos no es suficiente para las personas con trastornos mentales, sino que es necesario e indispensable, promover alternativas de rehabilitación psicosocial, para lograr una autonomía funcional.

Para Florit Robles (2006), el ocio y el tiempo libre, son unos de los factores necesarios para trabajar, en la rehabilitación psicosocial. Es necesario, conocer los intereses de los individuos, ya sean pasados, actuales o futuros, para lograr una intervención específica.

A su vez, es necesario evaluar el esquema corporal funcional del sujeto, poniendo énfasis en la motricidad gruesa y fina, la orientación temporo-espacial, entre otras.

Así también, evaluar la imagen corporal con respecto a si mismo y con respecto al otro.

El autor formula que en base a estas últimas conclusiones, es necesario adecuar los hábitos de ejercicios físicos y deportes, ya que es necesario a raíz de los medicamentos recetados a los individuos que padecen esquizofrenia, puede presentar efectos adversos, como lo es la apatía. Por lo que es importante incorporar a la rehabilitación psicosocial, por ejemplo, elementos de expresión corporal, sumamente útiles como el entrenamiento de las habilidades sociales, la percepción de emociones en el entrenamiento en autocontrol, entre otras.

De igual manera, Castillo, Galan y Garcia (2020) comentan que, cuando nos referimos a personas con trastornos mentales graves, como es la esquizofrenia, es necesario entender que la problemática que padecen estas personas, no solo se reduce a la sintomatología psicopatológica que presentan, sino que afecta varios aspectos, como es su funcionamiento psicosocial y su participación activa comunidad.

La rehabilitación psicosocial, surge para atender las necesidades de esta población y en base a la desinstitucionalización que prioriza la atención en la comunidad. En este tipo de rehabilitación, se pretende que una persona con un trastorno mental, pueda realizar determinadas habilidades, con el objetivo de poder vivir inserto en la comunidad, con el menor apoyo por parte de los profesionales, donde el deporte, presenta elementos importantes para lograr este proceso de recuperación.

En definitiva, Beguiristain (2019) concluye que, la actividad física tiene beneficios tanto en los síntomas positivos, como en los negativos de la esquizofrenia, influye en la calidad de vida y bienestar de la persona, y ayuda a lograr un sentido de identidad y pertenencia a un grupo.

Asimismo, Britapaz y Del Valle (2015) aseveran que, un elemento importante, que presenta beneficio con la práctica deportiva, es el psíquico. Los autores afirman que, estimula la producción de hormonas, que mejoran el bienestar personal, logrando un aumento en la capacidad psicomotriz del individuo, y presentan una sensación de autonomía personal y a su vez, generan un mejor estado de ánimo. Desde el punto vista social, el ejercicio presenta mejoras en las relaciones personales, en la asertividad y la autoestima.

Según Britapaz y Del Valle (2015), las actividades físicas y deportivas, presentan un gran beneficio en la salud, y en la calidad de vida de la persona que la practican. Estos beneficios, no sólo van desde la mejora en la condición física, sino que también facilita las relaciones sociales, se genera un disfrute a la hora de realizarlo y también, evita los deterioros físicos y cambios de humor.

Las personas que padecen esquizofrenia y practican un deporte, generan una identidad ocupacional, ya que se aceptan responsabilidades, toman decisiones dentro del equipo, se reconocen limitaciones, aceptan compromisos, como lo es no faltar a los entrenamientos, hacer planes a futuro y se plantea metas como es ganar la competencia (Cantero y Marin, 2015).

Por otra parte, Lopez Pardo (2014) afirma que, diferentes estudios, han demostrado que, practicar deportes, puede mejorar diferentes síntomas, como lo es la apatía, la falta de iniciativa, la baja autoestima, los trastornos del sueño y el aislamiento social. Del mismo modo, algunas investigaciones han demostrado, que existen mejoras en los síntomas positivos en individuos que padecen esquizofrenia que practican alguna actividad física. A pesar de esta evidencia, el ejercicio sigue siendo rara vez practicado, en personas con trastornos mentales graves.

Incluso, Lopez Pardo (2014) asegura que, podrían existir barreras para la práctica de ejercicio, de las personas con esquizofrenia, como es el estigma, la discriminación, la falta de esperanza y la poca confianza en las propias habilidades, y afectaría negativamente a la hora de tener oportunidades en espacios “normalizados” y con una práctica frecuente.

El ejercicio físico y el deporte, para personas con trastornos mentales graves, son un derecho fundamental, y ofrecen nuevas oportunidades para la recuperación y es una estrategia fundamental para eliminar estigmas y pensamientos erróneos sobre esta población.

Sin embargo, pocos profesionales de la salud mental, creen importante el ejercicio físico, como un factor clave en la rehabilitación psicosocial.

# Deporte

La Organización Mundial de la Salud (2020) define a la actividad física, como cualquier movimiento del cuerpo producido por los músculos esqueléticos, que generan así, un gasto de energía. La actividad física se refiere a todo movimiento, incluso durante el tiempo libre, de manera moderada o intensa, y brindan beneficios positivos en la salud.

Las actividades físicas más comunes incluyen caminar, andar en bicicleta, practicar deportes, participar en actividades recreativas y juegos. La particularidad de cada uno de ellos, es que se puede practicar con diferentes niveles de habilidad o dominio, siendo esa una de las consignas principales para el disfrute del individuo.

A su vez, la OMS (2020) ha demostrado que el ejercicio, ayuda a prevenir y controlar enfermedades no transmisibles, como lo son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y varios tipos de cáncer. Mantiene la hipertensión controlada, ayuda a mantener un peso corporal saludable, y puede mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar en la persona.

En 2009, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, (UNESCO), consideró al deporte como un aspecto fundamental, para el desarrollo de los elementos socioculturales. Plantean que es una forma de aprovechar los tiempos de ocio. La práctica de ejercicio, asegura un desarrollo físico y mental en todas las personas, y garantiza un equilibrio dinámico y satisfactorio de la salud. Por otro lado, ayuda en la integración de los participantes, generando relaciones humanas y de expresión.

Según OMS (2020), el deporte presenta varios beneficios y en relación con la salud, juega un papel importante como factor de rehabilitación, prevención y promoción de la salud. Desde un punto de vista físico, el ejercicio mejora las funciones motoras, el sistema musculoesquelético y el sistema inmunológico, activa positivamente el sistema endocrino y equilibra el organismo a través de la homeostasis corporal y la sangre linfática, previniendo lesiones y enfermedades.

Por otra parte, Beguiristain (2019) define al deporte a través de la Carta Europea de Deporte como: “todas las formas de actividades que, a través de una participación, organizada o no, tienen como objetivo la expresión o la mejora de la condición física o psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales” (p.1).

A su vez, Muñoz (2001) trabaja las denominaciones de “Deporte para Todos” o “Deporte Salud”, y hace referencia a que las actividades físicas, tienen como finalidad no solo una mejora del bienestar personal, sino también una práctica donde exista la diversión, y que esté al alcance de todos y todas, y que resulte placentero para quienes lo practiquen.

Lo que pretende el autor, es que se logre una mejora en la salud y en la calidad de vida, pero teniendo en cuenta, que no siempre el deporte de alto rendimiento, logra cumplir todos los objetivos, descritos anteriormente.

Asimismo, Hsieh, Hyde, Paffaenbarger y Wing (1986) plantean que el estilo de vida sedentario, afecta a dos tercios de la población adulta y que existe una relación entre actividad físico-deportiva y la salud, ya que el deporte, presenta una gran capacidad para la prevención de enfermedades. Esta aportación positiva, requiere de una práctica adecuada, de manera moderada y alejada de la intensidad del deporte profesional.

Al mismo tiempo, Hsieh, Hyde, Paffaenbarger y Wing (1986) afirman que, el deporte ayuda a la disminución de factores de riesgo, como es la obesidad y la inactividad física. En este sentido, el ejercicio físico continuado y moderado, ayuda en la estabilización del peso corporal y favorece en la pérdida ponderal, debido a los efectos que genera, como lo es la quema de calorías, controla el apetito, contrarresta enfermedades cardiovasculares y asociadas a la obesidad, reserva la musculatura corporal e incrementa y acelera, la tasa metabólica.

Del mismo modo, G. Martin (2018), refiere que fisiológicamente el deporte ayuda a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, mantener la presión arterial en los rangos normales, prevenir el cancer y la diabetes. El autor afirma que psicológicamente, mejora el estado de ánimo, aumenta la autoestima y genera bienestar.

Desde el punto de vista social, genera autonomía y ayuda a la integración social, imprescindible para personas con trastornos mentales.

En esa misma línea, Pappous, Zafeiri, (2018) aseguran que, se ha demostrado que la actividad física, reduce varios riesgos para la salud, como la obesidad, la diabetes y la presión arterial alta, y beneficia a algunos pacientes con cáncer.

De la misma manera, Karteroliotis, Psychountaki, Staurou, Skordilis (2018) explican que, la actividad física, y el ejercicio, se consideran esenciales en la prevención de enfermedades cardiovasculares, y con altas tasas de mortalidad, a causa de dietas poco saludables, estilos de vida sedentarios, aumento de peso, diabetes, síndrome metabólico, consumo de drogas y tabaquismo. El tipo de actividad física más común es la aeróbica.



Esta afirmación es respaldada por estudios que muestran que el ejercicio aeróbico presenta mejoras en la atención, la memoria y la función ejecutiva al estimular la neuroplasticidad. La actividad física aumenta el volumen del hipocampo y la integridad de la materia blanca.

Ahora bien, Bobes, Giner, Saiz y Vallejo (2008), realizaron un consenso con la finalidad de desarrollar un documento, sobre salud física de pacientes con esquizofrenia en España.

Los autores concluyeron, que las personas con esquizofrenia presentan una peor salud física que la población en general y aún peor que personas con otros trastornos mentales, aunque también es a causa de los medicamentos antipsicóticos, que genera obesidad.

En comparación con la población general, los pacientes con esquizofrenia se caracterizan por presentar altas tasas de enfermedades infecciosas, endocrinometabólicas, cardíacas y respiratorias, así como una alta mortalidad por causas naturales, principalmente por enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Los autores creen conveniente, que para abordar de manera más adecuada los problemas de salud física de estos pacientes, es necesario integrar los temas de salud corporal en los programas de rehabilitación, y en los planes de tratamiento de atención primaria de salud mental.

Por otra parte, plantean que es de suma relevancia, sensibilizar a los médicos y profesionales de atención primaria, incluidos los psiquiatras, sobre estos aspectos.

De la misma manera, López Pardo (2014) asegura que, hoy en día se reconoce, que la actividad física, presenta efectos positivos en la calidad de vida de personas con trastornos mentales severos, mejorando la salud física, aliviando los síntomas y reduciendo el estigma social. En estudios recientes, se han destacado los beneficios del ejercicio físico que ayuda modificar el estilo de vida. Se ha demostrado la eficacia del ejercicio moderado y regular, y con una dieta equilibrada en pacientes con esquizofrenia, para prevenir la diabetes tipo II, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, problemas respiratorios y aumentos de peso.

A su vez, R. Muscellini(2018) comenta que, los pacientes que conjuntamente al tratamiento de rehabilitación, practican deportes desde hace largo tiempo, presentan una mejoría en su estado de ánimo, generan una mayor organización de sus horarios y presentan mejoras en sus vínculos sociales.

Incluso Karteroliotis et al, (2018) consideran, a la actividad física, como una herramienta fundamental para el tratamiento de las enfermedades mentales, ya que se cree que es una alternativa eficaz, para aquellos pacientes en contra del tratamiento farmacológico o para las personas que no tengan posibilidades de acceder a terapia. Se afirma que la actividad física,

no presenta efectos secundarios adversos y puede practicarse por mucho tiempo. Al mismo tiempo, es capaz de mejorar tanto la salud física como la salud mental.

Del mismo modo, Hsieh, Hyde, Paffenbarger y Wing (1986) aseveran que, es necesario identificar el factor a tener en cuenta para establecer la relación entre deporte y salud.

Es importante saber qué características de la actividad física, pueden afectar negativamente a la salud y al bienestar de los usuarios, y en qué medida, se pueden realizar modificaciones necesarias para lograr un mejor desarrollo (reglas, objetivos, dirección).

Uno de los motivos principales de la práctica de físico-deportiva, es la mejora de la salud y la prevención del deterioro físico en las personas.

Además, Vancampfort et al. (2015) explica que, las comparaciones entre pacientes son infructuosas y es mejor centrarse en concientizar a los pacientes sobre su motivación para estar activos en determinadas actividades, y dejar de lado objetivos a largo plazo, como la pérdida de peso. De hecho, enfatizar los intereses a corto plazo es la mejor estrategia, comentándolo después de cada encuentro. Se pretenderá desarrollar una identidad propia, como una persona activa, y cambiando los objetivos de vez en cuando. Además, los profesionales, pueden llegar a necesitar el apoyo de familiares y amigos para resolver los problemas de accesibilidad, por lo que es adecuado, una integración de su núcleo social.

En esa misma línea, Mullor et al. (2017) refieren que el ejercicio es de gran ayuda en la salud, y que tiene una gran repercusión a nivel social, y plantea la importancia de fomentar este tipo de actividades en las rehabilitaciones psicosociales.

Asimismo, Casado, Castillo y Garcia (2019) aseguran que el deporte es un gran integrador de personas, y más en un grupo donde existe riesgo de exclusión social, es una herramienta importante en la rehabilitación de personas con trastornos mentales severos. Los autores proponen que produce una mejora en el estado físico y psicológico, ayuda a reducir los niveles de ansiedad y estrés, como también los pensamientos negativos.

Por otra parte, Pappous y Zafeiri (2018) señalan que, es fundamental establecer objetivos realistas y alcanzables, y lograr desarrollar estrategias para hacer frente a la posibilidad de recaída, en pacientes inscritos en un programa de actividad física.

Según Ramirez, Suarez y Vinaccia (2004), existen diferentes herramientas terapéuticas asociadas a las prácticas deportivas, si consideramos a la actividad física, como un aliado en las intervenciones, de los procesos patológicos como el estrés, la ansiedad y la depresión. Además, la actividad física puede verse como un factor de prevención de estrés laboral o académico, ansiedad social y generador de habilidades sociales.

A su vez, Hodgson et al.(2011) comentan que, a pesar de todos los beneficios que trae un estilo de vida saludable, y la práctica de actividades físicas, pueden presentar obstáculos, como lo es la dificultad en la accesibilidad y a los costos que pueden conllevar un estilo de

vida más activo, aunque afirma que es de suma importancia e indispensable, la monitorización y el apoyo de un grupo especializado, para lograr una participación regular y prolongada en las actividades.

Ahora bien, Castillo, Galan y Garcia (2020) seleccionaron una Liga de Fútbol Mixto de Madrid, España, para personas con trastornos mentales severos, llamada Ligasame, con la finalidad de conocer los beneficios de esta competencia, en la rehabilitación psicosocial de los pacientes. Se realizó un cuestionario, de respuestas abiertas, con una metodología cualitativa, a 26 profesionales que trabajan para las organizaciones vinculadas a los procesos de rehabilitación, como lo son los educadores y trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, y voluntarios.

Las respuestas son variadas, pero incluyen entre otras, que se ha notado una mejora en las habilidades sociales de los sujetos, como también un aumento en el autocuidado y la higiene personal. El resultado de esta investigación refiere que, el deporte les ha ayudado a los participantes a mejorar la autoestima, generar confianza en sí mismos y a combatir el sedentarismo y la apatía. Los jugadores de esta Liga se percibieron mejor físicamente, se sienten integrados a un grupo y eso los ayuda a mejorar las relaciones interpersonales y desarrollar otras habilidades sociales, como la empatía. Plantean también, que en varias ocasiones, se disminuyen los pensamientos negativos.

Uno de los beneficios más importantes, es que al ser un juego mixto, se han eliminado los tratos despectivos, pensamientos e insultos machistas, hacia las mujeres.

Como resultados generales de este cuestionario, los autores concluyeron que, a nivel físico, los participantes de esta Liga, mejoran su aptitud física en general. Los usuarios de la Liga, presentaron un aumento en su movilidad y hubo mejoras en la higiene, en los hábitos alimenticios y se propicia una vida más estructurada.

A nivel psicológico, se combate la frustración en los pacientes, existe una disminución tanto de la apatía como del estrés y de los pensamientos negativos. Se presenta un aumento en

la autoestima, como del autocontrol y favorece al empoderamiento personal en los participantes de esta liga.

En los beneficios sociales, Castillo, Galan y Garcia (2020) concluyen, que existe un avance en el respeto a las normas, se propician relaciones interpersonales, se trabaja sobre la puntualidad y por sobre todo, se combate a los estigmas sociales, familiares y personales.

Resulta necesario aumentar este tipo de iniciativas desde una perspectiva socioeducativa, que tenga en cuenta, al igual que la Ligasame, sus fundamentos basados en el proceso de acompañamiento y en la utilización de espacios de intervención normalizados que permita a este colectivo conseguir mejorar su proceso inclusivo. (Castillo, Galan y Garcia, 2020, p.81)

## **El deporte en la rehabilitación psicosocial de personas con esquizofrenia.**

Para comenzar este apartado, creo conveniente aclarar que si bien, en varios de los centros de rehabilitación psicosocial de Uruguay, la práctica deportiva está presente de forma lúdica, aún no se ha logrado una implementación adecuada para este tipo de intervenciones.

Aun así, Hodgson et al.(2011) plantean que, se debe estudiar y monitorear los efectos de la actividad física, en personas con trastornos mentales graves y crónicos, y que es sumamente desafiante, debido a varias obstáculos, como lo son el efectos secundarios de los medicamentos, el estigma y el acceso limitado al sistema de salud mental.

Estos factores, junto con la falta de investigación adecuada en esta área, hacen que sea particularmente difícil integrar la actividad física en los programas de rehabilitación psicosocial.

Ahora bien, Romero et al (2016) afirman en su artículo, que la esquizofrenia es una enfermedad que provoca una gran incapacidad y deterioro en los pacientes en sus formas más graves, y presentan un mayor grado de comorbilidad física.

Conjuntamente, Carney et al.(2006) explican que, el 70% de personas con esquizofrenia padecen otras enfermedades como hipertensión, EPOC y diabetes y en consecuencia, existe una tasa de mortalidad cinco veces mayor en esta población.

Hsieh, Hyde, Paffaenbarger y Wing (1986) y G.Martín (2018) concuerdan con que el deporte ayuda a disminuir factores de riesgo, como la obesidad, enfermedades cardiovasculares, la diabetes y principalmente al sedentarismo, tan presente en esta población.

Según Villegas, Lopez, Martinez, Villegas y Luque (2004), determinadas enfermedades mentales producen una gran inactividad física en las personas que la padecen. Los autores desarrollan el ejemplo, de cuando una persona tiene un ingreso en un hospital psiquiátrico, luego de una crisis psicótica, esta situación le genera abulia y fobia social.

Por otra parte, el psiquiatra argentino Raimundo Muscellini (2018) asegura que: “El deporte hace muy bien a los pacientes con esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, psicóticos y para quienes padecen trastornos postraumáticos o bipolaridad. Mejora su integración social, la autoestima, el sentimiento de competencia social y la capacidad de trabajo en equipo” (p.1).

Asimismo, Karteroliotis, Psychountaki, Staurou, Skordilis (2018) aseguran que, la actividad física genera una mejoría en la salud física y mental de las personas con trastornos mentales graves. Al mismo tiempo, puede generar una disminución en las alucinaciones auditivas, mejora el ciclo del sueño y aumenta el autoestima en personas diagnosticadas con esquizofrenia. Los autores plantean que, esta población tiene una expectativa de vida menor, con respecto a la población en general, y es a causa de la mala alimentación, el aumento de peso como efecto secundario de la medicación, el mayor consumo de tabaco, adicciones a drogas y un estilo de vida sedentario.

Otros estudios en personas con esquizofrenia, han encontrado que la actividad física y el ejercicio están asociados con un mejor rendimiento cognitivo y un mayor volumen de neutrófilos, y materia gris del cerebro, lo que conduce a una mejor plasticidad. (Karteroliotis et al, 2018)

Igualmente, Lopez Pardo (2014) asegura que, en cuanto a la práctica deportiva de personas con esquizofrenia, se considera que lo mejor, es que se desarrollen en los mismos espacios y lugares, y a través de las mismas organizaciones para el resto de las personas, que no padecen de una enfermedad de salud mental. A su vez, si se necesitan espacios y organizaciones específicas, no se debe de negar el acceso a la población general y es de suma importancia, que esté orientada a la integración y a la recuperación.

En tanto, Ana Cantero y Marta Marin (2015) aseveran sobre lo importante que es, en la rehabilitación de trastornos mentales, realizar las actividades de manera grupal.

Creer importante recalcar, que el enfermo pueda relacionarse con otras personas desde el rol de deportista y no desde el rol de enfermo, y que se permita entablar comunicaciones diferentes a las que la persona acostumbra.

Karteroliotis et al. (2018), aseguran al deporte como una práctica alternativa, para aquellas personas que se niegan al tratamiento farmacológico o para aquellas personas sin posibilidades de acceder a terapia.

De igual forma, Vancampfort (2015) afirma que es importante explicar a las personas con esquizofrenia, que la recaída es parte de un proceso de cambio y que respuestas como la frustración y la autocrítica son ineficaces. Lo correcto es identificar estrategias de prevención de recaídas cómo: establecer metas alcanzables, desarrollar un plan de acción, tener expectativas realistas, identificar pensamientos negativos, y enfocarse en el impacto positivo de cada ejercicio.

Seguido a lo anterior, Vancampfort et al. (2015) elaboraron un plan de intervención para personas con esquizofrenia. Estas pautas, recomiendan empatía y soporte anímico para los pacientes de parte del equipo referente, ya que, en diferentes situaciones, los pacientes verán su confianza y autoestima disminuidas y por lo tanto, dudaran de sus capacidades para ejecutar el programa. Las preferencias y limitaciones personales de los usuarios, deben tenerse en cuenta al diseñar las intervenciones. Cada paciente tendrá objetivos que sean individuales y alcanzables, teniendo en cuenta los efectos secundarios de la medicación, su experiencia personal con el ejercicio, el esfuerzo que realizan, y su tolerancia general a dichas prácticas.

En oposición a los autores previamente referidos, Romero et al. (2016) citando un proyecto realizado por el equipo de Robert Pearsall, en el Reino Unido, a través de un meta-análisis y una revisión sistemática de ensayos clínicos randomizados, buscaba lograr una comparación entre el efecto del ejercicio en personas con trastornos mentales graves, entre ellos, la esquizofrenia.. En cada uno de los estudios se realizaron diferentes ejercicios aeróbicos y se añadieron ejercicios cardiovasculares y de resistencia. Se concluyó que hubo una mejora en la salud física de los pacientes, pero que no tuvo efectos en los síntomas de la enfermedad ni en el peso corporal.

Asimismo, en un estudio realizado por Elisabeth Zschucke, presentó conclusiones similares al anterior, pero resalta la necesidad de nuevos estudios y señala la importancia del apoyo social, para que las personas generen una cierta adhesión al programa de deportes luego de finalizado el estudio.

Sin embargo, en otra investigación realizada en 2012 (Citado en Vancampfort et al. 2015), en donde se usó el yoga, ejercicios aeróbicos y de fuerza, se determinó que genera una mejor calidad de vida, reduciendo la ansiedad y la angustia. La autora asegura que, el ejercicio aeróbico produce beneficios en la memoria a corto plazo, la ansiedad y los trastornos psicológicos, que se logran disminuir a través de la relajación muscular.

Cabe señalar que el uso de la actividad física, y el ejercicio como terapia compensatoria de otros tratamientos o en combinación con otras terapias, (farmacología y psicoterapia), es cada vez más aceptado por los profesionales de la salud mental. La prueba de esto, es que cada vez se realizan más investigaciones y proyectos. Se generan beneficios en los pacientes, que incluyen una minimización en los problemas ocasionados por la obesidad como la diabetes y contrarresta los efectos negativos del tratamiento farmacológico. Se logra una disminución de las conductas depresivas y produce un componente motivacional, importante a la hora de trabajar con una población mayoritariamente sedentaria y muy poca activa. Socialmente ayuda en los procesos de inclusión y existe una mayor participación en equipos (Martin, 2018).

No obstante, Pappous, Zafeiri, (2018) coinciden que, el ejercicio físico ayuda a reducir los síntomas de depresión, ansiedad y los efectos negativos de las enfermedades mentales. Aunque el mecanismo por el cual se logran estos efectos aún no se conoce bien y se necesita más investigación en esta área, lo cierto es que los beneficios de la actividad física y el ejercicio son significativos, ya que permiten la unión mente-cuerpo, que beneficia la salud de la persona. Las opiniones y puntos de vista de los pacientes, son de suma importancia a la hora de planificar las intervenciones y siempre deben tenerse en cuenta

Es adecuado concluir este apartado haciendo referencia a que las intervenciones a través del deporte, deben ser adaptadas a la realidad y situación de la persona. Es inviable generalizar las intervenciones, ya que existen demasiadas variables, como lo es la situación física, el entorno de la persona, la farmacoterapia, los síntomas, los intereses, entre otros. Se debe generar una rutina de ejercicios y actividad física específica para cada usuario. Los efectos secundarios del ejercicio son mínimos a diferencia de otros tratamientos. (Martin, 2018).



## Reflexiones finales

De acuerdo con los autores desarrollados en este trabajo, se entiende a la esquizofrenia como un trastorno mental grave, que no solo afecta a la persona en su condición mental y social, sino que conlleva a un gran deterioro físico.

La rehabilitación psicosocial es entendida como un nexo entre el paciente psiquiátrico y la comunidad, para personas que ven disminuidas sus habilidades sociales y se busca una reinserción en sociedad. Si bien hay que entender a la persona como individuo y que ningún sujeto padece la enfermedad como otro, es importante que cuando se practique el deporte, sea de manera grupal, si es posible, y también en espacios donde otra gente lo practique, para no aislar a las personas con esquizofrenia de la sociedad. (Lopez Pardo, 2014)

Se ha señalado en este trabajo, desde diferentes investigaciones, como el deporte genera beneficios en varios ámbitos, desde lo físico, siendo útil previniendo y controlando enfermedades como, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, ayuda a mantener el peso corporal saludable, entre otros beneficios.

Desde el punto de vista social, el deporte ayuda a que los pacientes, generen autonomía, presenten una mejor integración social y se disminuya el estigma, necesario para personas con trastornos mentales graves, ya que son un grupo donde el riesgo de exclusión social, está siempre presente.

Y desde el punto de vista psicológico, la práctica de actividad física, mejora el rendimiento cognitivo, disminuye las alucinaciones auditivas, reduce los niveles de ansiedad y estrés como también los pensamientos negativos. El deporte ayuda a combatir la frustración en los pacientes y genera un aumento en la autoestima como también del autocontrol.

Si bien existen varias investigaciones sobre este tema, se cree necesario recalcar la necesidad de continuar con este tipo de estudios, ya que falta demasiada información y evidencia, sobre la rehabilitación psicosocial de personas con esquizofrenia y el deporte.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Barcelona: Médica Panamericana.

Aguilar ,Gallego, Rodríguez, Román (2016) *Beneficios de un programa de deporte para aumentar la calidad de vida en el paciente con esquizofrenia*. Biblioteca Lascasas. 12(3). Recuperado en:  
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0918.php>

Belloso, J. (2012). *Intervención en trastorno mental grave. Clínica contemporánea*. Recuperado de:  
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2012v3n1a1.pdf>

Beguiristain, A. (2019). Efectos del Deporte y Actividad Física en Personas con Esquizofrenia. *NeuroRehabNews*,. <https://doi.org/10.37382/nrn.Octubre.2019.547>

Bobes, J., Saiz, J. Vallejo, J., Giner, J. y Garcia-Portilla, M. (2008) Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(5).

Britapaz, L ; Del Valle, J. (2015) Significado del deporte en la dimensión social de la salud. *Salus*, 19. Recuperado de  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382015000400006](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000400006)

Cantero, M. y Marin, M. (2015). El deporte como parte del tratamiento ocupacional en un caso de esquizofrenia indiferenciada. *Revista electrónica de terapia ocupacional* N°. 21. Galicia, España. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091799>

Castillo, J., Galan, D. y Garcia, B. (2019). Deporte e Inclusión social en personas con Trastorno Mental Grave (TMG). *Sociedad de Psicología y Educación* , 12 (1), 71–83. doi:10.25115/psye.v0i0.2343

- Carney, CP, Jones, L. y Woolson, RF (2006). Comorbilidad médica en mujeres y hombres con esquizofrenia. *Revista de medicina interna general* , 21 (11), 1133-1137.  
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00563.x>
- Cavieres, A. y Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43(2). Recuperado de:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000200003&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000200003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Dirección Nacional de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables - ASSE (2013). Informe de los centros de rehabilitación psicosocial de la red asistencial de ASSE y de la C.H.P.P.
- Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(4), 83-96. Recuperado de:  
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>
- Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Revista Apuntes de Psicología*, 24(1-3). Recuperado de:  
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104>
- Freudenreich, O., Brown, H., & Holt, D. (2018). *Psicosis y esquizofrenia*. En: Tratado de psiquiatría clínica. Massachusetts General Hospital. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier.
- Garcelán, S. P. (2015). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Revista Información Psicológica*, (83), 37-46. Recuperado de:  
<http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/365>
- Hodgson, M., McCulloch, H., y Fox. K. (2011). Las experiencias de personas con enfermedades mentales graves y duraderas que participan en un programa de actividad física integrado en el servicio de salud mental. *Salud mental y actividad física*, 4 (1), 23-29.
- Kaplan, Sadock, B., Sadock, V., y Ruiz, P. (2015). Sinopsis de psiquiatría. *Revista Ciencias de la Conducta, Psiquiatría Clínica*, 8(1). Recuperado de:  
<https://es.calameo.com/read/000058516e513e0106687>

- Karteroliotis, K., Psychountaki, M., Staurou, N., y Skordilis, E. (2018). Desarrollo de modelos, eventos deportivos y programas de ejercicios para la promoción de la actividad física. *En Mens Sana Corpore Sano*, 41. Recuperado de:  
<https://mensproject.eu/wp-content/uploads/policy-papers-es.pdf#page=108>
- Lopez Pardo, A.(2014). Deporte en personas con trastornos mentales graves: buenas prácticas en Europa. Recuperado de:  
[https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2016/01/Deporte en personas con TMG Andres Lopez.pdf](https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2016/01/Deporte_en_personas_con_TMG_Andres_Lopez.pdf)
- López , P.; Sanmillán, H.; Cainet , A.; Olivares, O. (2015); Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*, 93(5), 1189-1206. Recuperado de:  
<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/189/1407>
- Martin, G. (2018). El deporte como tratamiento no farmacológico de la enfermedad mental. *En Mens Sana Corpore Sano*, 107. Recuperado de:  
<https://mensproject.eu/wp-content/uploads/policy-papers-es.pdf#page=108>
- Muñoz, J. A (2001). Definición de Deporte. España: Quisena. Recuperado de:  
<https://es.scribd.com/document/44826175/Definicion-de-Deporte>
- Mullor, D.; Gallego, J.; Cangas, A.; Aguilar-Parra, Ja.M.; Valenzuela, L.; Mateu, J.M.; López-Pardo, A. (2017). Efectividad de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*. <https://doi.org/10.15366/rimcafd2017.67.008>
- Muscellini, R. (2018). Cuando el fútbol sana: la pelea contra la esquizofrenia también se da en la cancha. *Diario La Nación*. Recuperado de:  
<https://www.lanacion.com.ar/deportes/futbol/cuando-el-futbol-sana-la-pelea-contra-la-esquizofrenia-tambien-se-da-en-una-cancha-nid2122617/>
- Novella, E., y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Revista Clínica y Salud*. Recuperado de:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002)

- Organización Mundial de la Salud (2015). *Esquizofrenia*. Nota descriptiva. N° 397. Recuperado de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Actividad Física*. OMS. Recuperado de:  
<https://bit.ly/2Xui3n8>
- Pardo, V. (2007) Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Volumen 71 N° 1. Recuperado de:  
[http://www.spu.org.uy/revista/set2007/05\\_revision.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/set2007/05_revision.pdf)
- Pappous, A., y Zafeiri, A. (2018). Indicadores de salud mental y actividad física. *En Mens Sana Corpore Sano*, 55. Recuperado de:  
<https://mensproject.eu/wp-content/uploads/policy-papers-es.pdf#page=108>
- Paffenbarger, R., Hyde, R., Wing, A. y Hsieh, C. (1986). Actividad física, mortalidad por todas las causas y longevidad de ex alumnos universitarios. *La Revista de Medicina de Nueva Inglaterra*, 314, 605-613. doi:10.1056/NEJM198603063141003
- Ramírez, W., Vinaccia, S. y Gustavo, RS. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico; una revisión teórica. *Revista de estudios sociales*. doi:10.7440/res18.2004.06
- Restrepo, JMB, López, AM. (2020). El cuerpo a cielo abierto en la psicosis. *Trivium Estudios Interdisciplinarios* , 12 (1), 107–118. doi:10.18379/2176-4891.2020v1p.107
- Romero, L., Gallego, A., Rodriguez, C. y Roman, C. (2016) Beneficios de un programa de deporte para aumentar la calidad de vida en el paciente con esquizofrenia. *Biblioteca Lascasas*, 12(3). Disponible en  
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0918.php>
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Soundy, A., Mitchell, A., De Hert, M., & Stubbs, B. (2015). Promoción de la aptitud cardiorrespiratoria en la esquizofrenia: una descripción clínica y metanálisis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(2), 131–143. doi:10.1111/acps.12407

Villegas, I., López, J., Martínez A. B., Luque A. y Villegas J. A. (2004). Actividad física en la enfermedad mental. *Revista Digital*, 76. Recuperado de:  
<http://www.efdeportes.com/>

Unesco (2009) *Carta Internacional de la Educación Física, la Actividad Física y el Deporte* .