



Universidad de Belgrano

Facultad de Humanidades

Carrera de Psicología

Alumna: Noelia Fernández Cruz

Matrícula: 402-21676

ID: 161273

Tutor a cargo: Dr. José Barros

**El ejercicio físico como facilitador terapéutico en la activación
conductual de personas con esquizofrenia**

Agradecimientos

Agradezco al Dr. José Barros por su gran generosidad al compartir sus conocimientos, experiencia y profesionalismo, guiándome en el desarrollo de la presente tesina de grado, colaborando para que este proceso haya sido un disfrute en cada paso.

Mi gratitud también la dirijo a aquellos profesores de la Universidad de Belgrano que mediante su transmisión de excelencia acerca de la esquizofrenia y sus tratamientos lograron provocar mi interés en la temática.

Por último, agradezco a mi familia (mamá, hermana, sobrinos), a mi pareja Gustavo, a mis amigos y compañeros y amigos de carrera (Sandra, Alvar, Felipe), a mi analista y a mis alumnos por escuchar mis apasionadas explicaciones y avances de la tesina, por contenerme y alentarme ante las dificultades que tuve que atravesar.

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	4
Presentación del tema.....	4
Problema.....	6
Pregunta.....	7
Relevancia.....	7
Objetivos generales y específicos.....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
Alcances y límites.....	8
Antecedentes.....	8
Estado del arte.....	13
Marco teórico.....	15
Trastorno Mental Grave.....	15
Activación Conductual.....	15
Calidad de Vida	16
Desarrollo metodológico.....	18
Procedimiento.....	18
Índice comentado.....	18
Capítulo 1: El ejercicio físico como opción de programa de Activación Conductual en el tratamiento de personas con esquizofrenia.....	20
Capítulo 2: Aportes sociales, clínicos y calidad de Vida.....	36
Conclusión.....	44
Referencias bibliográficas.....	46

El ejercicio físico como facilitador terapéutico en la activación conductual de personas con esquizofrenia

Resumen

El presente trabajo final de carrera tiene como finalidad proponer, en el área de la psicoterapia cognitivo conductual, al ejercicio físico a modo de activación conductual, para colaborar en el tratamiento de los síntomas negativos en personas con esquizofrenia. Se pretende contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la autonomía funcional de la persona con esta condición.

Se definen los conceptos de esquizofrenia, ejercicio físico y calidad de vida. Se desarrolla la importancia que tiene, en personas con esta condición mental crónica, el realizar ejercicio físico, y los aportes sociales y clínicos que la realización de dicha actividad puede brindarle.

Se concluye que la práctica de ejercicio físico colabora como herramienta de intervención en uno de los programas de activación conductual en personas con esquizofrenia. Mediante una planificación estructurada de ejercicios físicos afines a la persona se observan logros en la disminución de la sintomatología negativa, así como en la volición de las personas en condición de esquizofrenia; incidiendo de manera positiva, generando no solo beneficios en las capacidades físicas y metabólicas, sino también en mejorar la calidad de vida.

Las palabras claves utilizadas en el proceso de búsqueda fueron: esquizofrenia, activación conductual, calidad de vida, ejercicio físico, síntomas negativos, psicoterapia.

Presentación del tema

La esquizofrenia es una condición mental crónica que provoca un quiebre en la biografía del individuo. Su concepto clásico ha sido revisado en la actualidad, produciéndose una reconceptualización, reformulación y replanteamiento, tanto de las condiciones de su afectación como de los abordajes correspondientes. (Vallejo Ruiloba, 2015, pág. 226).

Según el DSM V, la persona con esquizofrenia presenta síntomas positivos (delirios y alucinaciones) y síntomas negativos, los cuales son la expresión emotiva disminuida y la abulia, lo que conlleva a que el individuo tenga aplanamiento afectivo, aislamiento, disminución de la emoción y energía (2014, pág. 88-100). Estos últimos provocan una limitación en la vida diaria de la persona, siendo muy pocos los casos que tienen buena respuesta a los tratamientos farmacológicos como, por ejemplo, antidepresivos como el Bupropion, para regular dichos síntomas. Una propuesta plausible de intervención es desde el abordaje de la terapia cognitivo-conductual. Dentro de este marco teórico la activación conductual es el tipo de terapia recomendada para trabajar con los síntomas negativos. Ésta implica el impulso a la persona que los padece para que realice actividad física que le es gratificante, desarrollando la misma de

manera paulatina, permitiendo la mejoría del funcionamiento vital y pudiendo retomar su vida diaria, todo esto provocado por la irrupción de los síntomas psicóticos.

Si bien este abordaje está pensado para los síntomas de la depresión, tiene buenos resultados para disminuir los síntomas negativos de personas con esquizofrenia, ya que la anhedonia y el aplanamiento afectivo están presentes en ambos trastornos (Martín F. C., Fombellida Velasco, C., Montero Fernández, C. 2017, pág. 77). Ante la búsqueda de distintas alternativas de programas de activación conductual, suele encontrarse actividades que recurren a la arte terapia, la musicoterapia, talleres de lectura, y realizar tareas hogareñas. Sin embargo, se encuentra un vacío en cuanto a investigaciones que presenten la posibilidad de trabajar la activación conductual desde el ejercicio físico, el cuál es una actividad estructurada, planificada, repetitiva y con un objetivo; como por ejemplo: correr, nadar, entrenar en el gimnasio, pedalear en bicicleta.

Para fortalecer la propuesta planteada, se recurre al libro de psicología del deporte escrito por Weinberg y Gould. Ambos presentan diversas investigaciones en las cuales afirman la correlación entre el ejercicio físico y la reducción de síntomas depresivos. Ellos refieren que “cada vez más individuos encuentran el ejercicio como promotor del bienestar psicológico [...] los psicólogos del deporte han estudiado los efectos a largo plazo o efectos crónicos del ejercicio” (2007, pág. 398).

En la misma línea, una investigación realizada por Mullor, Gallego, Cangas, et al, realiza un interesante aporte. Ellos corroboran el impacto positivo que tienen los programas de actividad física en personas con trastorno mental grave. “Mostraron mejorías estadísticamente significativas en aquellas personas que asistieron a más del 50% de las sesiones en todas las variables antropométricas, y de condición física funcional y cualidades motrices, así como en la Escala de Funcionamiento Personal y Social” (2017, pág. 507).

De esta manera se intenta colaborar en las dificultades clínicas y sociales que producen los síntomas negativos en quienes padecen esquizofrenia, a través del ejercicio planificado y estructurado, para que puedan desarrollar una mejor calidad de vida, disminuyendo las limitaciones que dichos síntomas les provocan, siendo el ejercicio físico un puente terapéutico en complemento de la terapia farmacológica. Schalok y Verdugo Alonso definen la calidad de vida como

Un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica (2007, pág. 446).

Se considera calidad de vida cuando las personas tienen sus necesidades personales satisfechas y pueden enriquecer su vida en las principales áreas de su actividad vital. La calidad de vida tiene componentes subjetivos y objetivos, los cuales se pueden medir mediante ocho dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo Alonso: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Schalok y Verdugo, 2013, pág. 446- 447).

Problema

El interés de este trabajo es analizar la incidencia que tienen los síntomas negativos en la autonomía funcional de las personas con esquizofrenia, limitando sus actividades de la vida diaria. Ha sido investigado y comprobado que el abordaje desde la TCC, mediante la activación conductual, es un método viable para trabajar los síntomas negativos, posibilitando que las personas que padecen esquizofrenia se desenvuelven en la vida cotidiana de una manera menos dependiente, mejorando, por lo tanto, su calidad de vida.

En cuanto a investigaciones halladas acerca de la importancia del ejercicio físico en pacientes con esquizofrenia, se encuentran aquellos dedicados a lo relacionado con el síndrome metabólico y los problemas cardiovasculares, los cuales suelen ser producto de la medicación. Estos estudios refieren a que la actividad aeróbica es una de las actividades más recomendadas para trabajar dichos síntomas. (Fernández Abascal- Puente, M. B. 2021, tesis doctoral).

Se observa que estos estudios al momento de diseñar programas psicoterapéuticos trabajan la activación conductual desde diversas áreas tales como la arteterapia, musicoterapia, pero dejan por fuera, o le dan un papel ínfimo al ejercicio físico. Éste es, siguiendo los lineamientos de la OMS, fundamental para la salud, ya que, aparte de colaborar para prevenir y tratar diversas enfermedades físicas, y disminuir el deterioro cognitivo, colabora en la reducción de los síntomas de la depresión y ansiedad. (OMS, 2020).

Desde la Psicología del Deporte, si bien existen aportes para abordar los síntomas de la depresión, los cuales se asemejan a los síntomas negativos de la esquizofrenia, no son suficientes en cuanto a aportes teóricos en lo que a posibles abordajes de ésta última concierne.

Se ha explicitado el impacto positivo que tiene en la mejoría de la calidad de vida la realización del ejercicio físico en personas con esquizofrenia. Las investigaciones que versan sobre la Activación Conductual en personas con esta condición mental grave, las cuales centran las actividades en lo referido a lo cognitivo y puntualmente a activar la conducta, no contemplan la posibilidad de incluir un programa de ejercicio físico.

Pregunta

La activación conductual ha sido creada en primera instancia para personas con depresión, y es aplicable en la psicoterapia para tratar los síntomas negativos de la esquizofrenia. A la vez, se observan diversos aportes acerca de los beneficios que tiene el ejercicio físico en personas con esquizofrenia. Estos son referidos a las habilidades sociales y al síndrome metabólico. Por lo tanto, se plantean interrogantes, punto nodal de este trabajo ¿Cuáles son los beneficios de la AC en los síntomas negativos de las personas con esquizofrenia? ¿Qué impacto tiene el ejercicio físico en el abordaje terapéutico de la sintomatología negativa? ¿Cómo influye el programa de AC en la calidad de vida de la persona con esquizofrenia? ¿De qué manera la AC abordada mediante un programa de ejercicio físico puede incidir en la calidad de vida de la persona con esquizofrenia?

Relevancia:

Según la OMS “A escala mundial, la esquizofrenia afecta aproximadamente a 24 millones de personas, es decir, a 1 de cada 300 personas (0.32%). En los adultos, la tasa es de 1 de cada 222 personas (0.45%)” (2022). A su vez, estas personas suelen tener disminuida su autonomía y funcionamiento social, siendo muchas veces estigmatizadas.

Refiriendo a los síntomas positivos, en los últimos tiempos se ha avanzado mucho en su tratamiento, mediante la mejora de los psicofármacos atípicos. Aun así, se encuentra un vínculo estrecho entre los antipsicóticos y el aumento de peso, perjudicando la salud de quienes realizan estos tratamientos y disminuyendo su expectativa de vida. Esto indica que la realización de un plan estructurado y programado de ejercicio físico sería beneficioso para trabajar las problemáticas físicas en dichas personas.

Por otro lado, es relevante investigar acerca de posibles abordajes psicoterapéuticos mediante el ejercicio físico para trabajar los síntomas negativos. La razón de esta afirmación es la limitada efectividad de los tratamientos farmacológicos con antidepresivos, los cuales no suelen tener respuesta satisfactoria en la disminución de los síntomas negativos en la mayoría de las personas con esquizofrenia. La importancia de trabajar sobre dichos síntomas es que a largo plazo son indicadores importantes de discapacidad (Morales Vigil, T., Fresán Orellana, A., Robles García, R., Domínguez Correa, M. 2015, pág. 372). Una investigación realizada en Ecuador afirma que el ejercicio físico tiene repercusión positiva en los pacientes con esquizofrenia, logrando la disminución en la sintomatología negativa (Mendoza Figueroa, D., 2018).

Si bien es de suma importancia la disminución de los síntomas positivos y negativos, en realidad, se considera que la principal importancia, hoy en día, radica en posibilitar a quienes padecen esta condición, una mejor calidad de vida, la cual incluye tener la mayor autonomía funcional posible, una vida laboral, y social satisfactoria.

Objetivo General

Analizar el impacto que tiene el ejercicio físico en la sintomatología negativa y la calidad de vida de la persona con esquizofrenia en el programa de tratamiento de la activación conductual.

Objetivos Específicos

- Explicar la interrelación entre el ejercicio físico y el programa de activación conductual para la persona con esquizofrenia.
- Describir el impacto que tiene el ejercicio físico en las dimensiones de la calidad de vida de la persona con esquizofrenia.

Alcances y límites

En el siguiente trabajo se realizará el abordaje de personas adultas de ambos sexos con diagnóstico de esquizofrenia. A tal fin se tendrán en cuenta los síntomas negativos y sus consecuencias: dificultades sociales, clínicas y falta de autonomía. Se trabajará desde el Marco teórico de la Terapia Cognitivo – Comportamental, puntualmente desde la Activación Conductual. Se hará hincapié en el ejercicio físico, tomando sólo conceptos relevantes de la Psicología del Deporte. Por último, se dará relevancia al concepto de Calidad de Vida en personas con esquizofrenia.

No se tomarán aportes del marco teórico psicoanalítico. Tampoco se tendrá en cuenta el marco teórico sistémico. Se tiene en cuenta la importancia de la persona en su contexto, pero no se tomará al mismo en relación con su sistema vincular. No se abordará desde el grupo etario adolescente ni la tercera edad. No se abordará lo concerniente a los síntomas positivos.

Antecedentes

La esquizofrenia es considerada como la enfermedad más desconcertante de la psiquiatría. Sus síntomas han sido de interés por médicos y filósofos de todos los tiempos, produciendo una singular fascinación. En la historia de la medicina se han hallado descripciones de cuadros muy semejantes a la actual esquizofrenia que datan del siglo XIV AC por los Ayurveda, así como también en el siglo I DC por Areteo de Capadocia. (Berretoni, 1990, pág. 57).

Melancolía, demencia precoz, hebefrenia, paranoia y parafrenia, fueron algunas de las denominaciones que se han desarrollado a lo largo de la historia de la hoy llamada esquizofrenia, acompañadas todas, a su vez, de distintos y variados enfoques, síntomas, y tratamientos, resultado de un largo trayecto de investigaciones.

En la edad moderna, siglo XV, se conocían como dolencias mentales la manía o delirio general, la melancolía o delirio parcial, la demencia o abolición del pensamiento y la idiocia (estados de retardo mental). (Riviere, 1977, pág. 200).

Tiempo después, año 1768, Boissier de Sauvages, quien fue maestro de Pinel, denominó melancólicos a aquellos “que constantemente fijos en una preocupación deliran cuando se trata de otros sujetos” (Riviere, 1977, pág. 202). Tres años más tarde, su discípulo Philippe Pinel continuó la clasificación de su maestro, agregando características como orgullo excesivo, idea quimérica de poseer riquezas inmensas o un ilimitado poder. En 1809 describe la demencia de los jóvenes. (Riviere, 1977, pág. 203).

El término *dementia praecox* surgió en el siglo XIX. Novella y Huertas (2010), presentan una controversia historiográfica en cuanto a la adjudicación de la aparición de ese término entre uno de los representantes del paradigma de la enfermedad, el alemán Emil Kraepelin, y el alienista francés Benedict Augustin Morel. Los investigadores españoles refieren que el representante del paradigma de la alienación mental habría sido el primero en utilizar el término *démence précoce* en 1860, en su *Traité des maladies mentales*, el cual fue un intento de aplicación a la práctica psiquiátrica de la teoría de la degeneración. En dicho tratado, en el cual Morel se refería al degeneracionismo y explicaba algunas formas características de las locuras hereditarias, presenta el caso de un adolescente y lo describe con el término de *démence précoce*, definiéndolo como “locuras hereditarias con una existencia intelectual limitada” (Morel, 1860, p. 562, citado por Novella y Huertas, 2010, pág. 207).

Continuando con la línea histórica, Henry Ey (1996), en su libro “Tratado de psiquiatría”, nombra al alemán Ewald Hecker, quien en 1871 publicó “*Die hebephrenie*”, definiendo a la esquizofrenia como una hebefrenia, indicando que era una enfermedad que sucedía en la gente joven. Otro de los autores nombrados en dicho tratado es Karl Kahlbaum, quién en 1874 dirigió su interés a los síntomas psicomotores presentes en la esquizofrenia, tales como catalepsia, hiperkinesia, manierismo, entre otros, definiéndose como afectos de catatonía. Se observaba que el paciente se sentaba tranquilo o totalmente mudo, inmóvil, sin nada que lo haga cambiar de posición.

En 1883, Emil Kraepelin, impulsor de la escuela alemana, escribió el “Tratado de las enfermedades mentales”, en el cual sentó las bases para la nosografía psiquiátrica moderna de la hoy llamada esquizofrenia, reuniendo todos los casos antes nombrados bajo la nomenclatura de demencia precoz. (Ey, 1996, pág. 472).

A fines del siglo XIX, Sigmund Freud, con su mirada psicodinámica centrada en pensar el conflicto, no como vicisitud de la naturaleza, sino como una lucha interna del sujeto, también presentó interés acerca del estudio de las psicosis. En ese primer momento, Freud se encontraba reacio acerca de la validez teórica del concepto de Kraepelin, demencia precoz (Sales, 2006, pág. 56). Es en el Manuscrito H, escrito el 24 de enero de 1895, donde Freud le comunica a Fliess que “la paranoia crónica en su forma clásica es un modo patológico de la defensa ... uno

se vuelve paranoico por cosas que no tolera, suponiendo que uno posea la predisposición psíquica para ello” (Freud, 1982, pág. 247). A su vez, en “Neuropsicosis de defensa” Freud describe el mecanismo psíquico defensivo que opera en las psicosis, siendo éste mucho más enérgico y efectivo que en las neurosis. Refiere que lo que acontece es que

el yo se arranca de la representación insoportable, pero ésta se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva, y en tanto el yo lleva a cabo esa operación, se desase también, total o parcialmente, de la realidad objetiva. Ésta última es a mi juicio la condición bajo la cual se imparte a las representaciones propias una vividez alucinatoria, y de esta suerte, tras una defensa exitosamente lograda, la persona cae en confusión alucinatoria. (Freud, 1894, pág. 60).

No es hasta 1911 cuando el término esquizofrenia fue acuñado por el psiquiatra y eugenista suizo Eugene Bleuler, quien la definió como “un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces está marcado por ataques intermitentes y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa pero que no permite una completa restitutio ad integrum” (Bleuler, 1911, citado por Elstein, 2001, pág. 61). Para Eugene todos los enfermos mentales entraban en el grupo de las esquizofrenias (excepto maniacos depresivos, neuróticos y epilépticos). Es decir, debido a los criterios que manejaba para su descripción y diagnóstico, la noción de esquizofrenia permitía un uso bastante amplio. Ey en su tratado afirma lo siguiente:

Creemos que es preciso definir la esquizofrenia como una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario. (Ey, 1996, pág. 473).

Bleuler combinó los aportes de Sigmund Freud con la perspectiva asociacionista, desarrollando una mirada psicodinámica original para ese momento. Le adjudicó un origen orgánico y planteó la distinción entre síntomas primarios y secundarios teniendo un criterio etiológico. Planteó también que los síntomas fundamentales para el diagnóstico de esquizofrenia son los trastornos de la asociación, de la afectividad y autismo, describiendo también, síntomas accesorios como las alucinaciones y los delirios. (Bertolini Rodriguez, 2022, pág. 7).

El Tratado de Eugene Bleuler coincidió con la época en la que Sigmund Freud realizó el análisis del caso de Daniel Schreber a partir de su autobiografía. Esto ha sido de relevancia para el estudio de la psicosis. Si bien la intención de Freud era realizar un estudio psicoanalítico sobre

la paranoia, tuvo que reconocer la naturaleza esquizofrénica del diagnóstico: demencia paranoides. En esta misma obra se puede encontrar el reconocimiento de Freud de la esquizofrenia como entidad teórico- clínica diferenciada de la paranoia, denominándose parafrenia. (Sales, 2006, pág. 61).

Dos años más tarde, 1913, Karl Jaspers, publicó la primera edición de "Psicopatología general" realizando un gran aporte: presentó la diferenciación entre desarrollo, fase, brote, proceso orgánico y psicológico. Así como también definió la vivencia delirante primaria. (Berretoni, 1990, pág. 73).

En 1946, Kurt Schneider realizó una revisión de la psicopatología de la psicosis (las maníaco depresivas y las esquizofrenias). Propuso una nueva construcción nosológica y aisló los síntomas importantes para el diagnóstico de la esquizofrenia: los síntomas de primer orden (sonorización del pensamiento, oír voces que dialogan entre sí, oír voces que acompañan con comentarios los propios actos, robo del pensamiento, percepción delirante). (Berretoni, 1990, pág. 75).

En 1952, apareció la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades mentales (DSM), de la American Psychiatric Association, en la cual se presentan reacciones esquizofrénicas que se clasifican en: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo, indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizoafectivo, tipo infantil y tipo residual. (Padín Abeleira, 2012, pág. 159). Estas nomenclaturas han ido cambiando en cada nueva edición del DSM.

De la misma manera que la esquizofrenia tuvo un largo camino de desarrollo, ha sucedido lo mismo con sus tratamientos y terapias. Por el lado de la psiquiatría, el Dr. José Manuel Tricas (2018), describe tres tipos de tratamientos que fueron utilizados en la historia para tratar la esquizofrenia. El primero de ellos comienza durante el inicio del siglo XX, en algunos países centroeuropeos, la "malaria- terapia", la cual consistía en la infección deliberada al enfermo con el parásito de la malaria, ya que habrían descubierto que los picos de fiebre ocasionados por la inoculación del parásito, apaciguaba al paciente de los síntomas positivos (alucinaciones, agitación psicomotriz, delirios y agresividad). En la misma época, el segundo tipo de terapia utilizada fue la inducción del estado de coma, mediante la administración de altas dosis de insulina, con el fin de producir un coma hipoglucémico, cayendo el paciente en un estado de coma, para luego recuperarse vía inoculación intravenosa de glucosa. Con esta maniobra, se lograba que el sujeto permanezca calmado y sosegado. El tercer tratamiento utilizado para la esquizofrenia fue desencadenar en el sujeto crisis convulsivas utilizando sustancias analépticas como el alcanfor o un estimulante cardíaco (pentametilentetrazol). Mientras tanto, la psiquiatría británica, que se encontraba distante de aquellas terapias, continuó con la reclusión de las personas con esquizofrenia, en lúgubres instituciones, recurriendo a prácticas eugenésicas, debido que consideraban a quienes padecían enfermedad mental con riesgo de provocar degeneración social.

Con el tiempo las prácticas de estas técnicas se debilitaron, surgiendo la terapia electroconvulsiva, realizada por primera vez en un ser humano el 18 de abril de 1938. Esta técnica consistía en la aplicación de descargas eléctricas en el cráneo. La víctima fue un vagabundo que tenía alucinaciones, el cual fue llevado a una institución psiquiátrica, donde le aplicaron la técnica, desencadenando un cuadro epileptiforme. El vagabundo dejó de alucinar tras once sesiones, razón por la cual, los médicos consideraron el tratamiento como un éxito. La opinión de los pacientes no era tenida en cuenta, eran estigmatizados como “locos”.

El Dr. Tricas (2018), en la misma revista, describe el hito inaugural de la psicofarmacología para con la esquizofrenia. Aquel momento data de mediados de 1950, y el psicofármaco fue la clorpromacina, el cual fue descubierto de manera accidental, ya que había sido originalmente ideado como uso anestésico. Éste fue el comienzo de investigaciones y pruebas con psicofármacos, existiendo dos generaciones: típicos, con más reacciones adversas, y atípicos, más recientes y con menos reacciones adversas.

Desde el marco de la Terapia Cognitivo Comportamental, el Dr. Aaron Beck ha recibido el premio Edward J. Sachar 2011-2012 por sus investigaciones pioneras en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia. En la página web del Centro de psicología Aaron Beck se puede apreciar el recorrido de la investigación realizada por este autor, quien si bien habría iniciado sus estudios acerca del tratamiento de los síntomas psicóticos desde la TCC en la década del '50, no es hasta los 90's que se establece un tratamiento plausible de combinarse con la terapia farmacológica. La propuesta es trabajar de manera interdisciplinaria, sumando a la terapia farmacológica. Los aportes de este autor se basan en considerar que las personas con esquizofrenia presentan una vulnerabilidad cognitiva, configurada por disfunciones en el procesamiento de la información. El propósito de la TCC es promover en la persona alternativas más realistas a las creencias que son producto de los delirios/ alucinaciones. En cuanto al tratamiento de los síntomas negativos, se propone que la persona adquiera nuevos intereses y recupere el nivel de actividad realizando tareas que le son gratificantes. Así como también se complementa con la psicoeducación, con el objetivo que la persona tenga conocimiento y comprenda lo que le sucede, lo cual colabora con la adherencia al tratamiento. (<https://noticias-psicologia.cpaaronbeck.com/2012/02/aaron-beck-premiado-esquizofrenia/>).

La propuesta de Aaron Beck para el tratamiento de los síntomas negativos es la siguiente:

en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas negativos, junto a los factores neurobiológicos, desempeñan un papel importante las evaluaciones cognitivas y las creencias. Este modelo cognitivo de los síntomas negativos se basa en una formulación de diátesis-estrés: se propone la existencia una serie de rasgos predisponentes que van desde la personalidad premórbida hasta la sintomatología negativa en toda regla, en el que se incorpora como rasgos las actitudes negativas acerca de las habilidades sociales

y desempeño en general, y las bajas expectativas de placer y éxito en las actividades orientadas hacia objetivos. Se propone que los síntomas negativos representan un patrón de compensación y desvinculación, en respuesta a las ideas delirantes amenazantes, la amenaza social, y el fracaso anticipado de las tareas y actividades sociales. (<https://noticias-psicologia.cpaaronbeck.com/2012/02/aaron-beck-premiado-esquizofrenia/>).

Otros posibles tratamientos, más actuales y coadyuvantes de los tratamientos psicofarmacológicos, son la arteterapia, la terapia ocupacional y el ejercicio físico. Éste último estuvo relacionado con el cuidado de la salud en todos los tiempos, destacando como pioneras las civilizaciones de la Antigua China y Grecia clásica, quienes ya conocían que la práctica del ejercicio físico curaba todo tipo de enfermedades y debilidades del alma. (Rocha, et al, 2016, pág. 68).

Weinberg y Gould (2010) en su libro "Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio físico", comentan que hacia finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX aparece la Psicología del Deporte, en la cual se distinguen seis períodos. Los más significativos para el tema que nos compete son el primer período, en 1890, de la mano de Norman Triplett, quien, en Estados Unidos, realizó un experimento de psicología social y psicología del deporte, concluyendo que cuando se trabaja en compañía hay mejores resultados. Tiempo más tarde, en el cuarto período, 1960, estudiaron la forma en que la participación en los deportes influía sobre el desarrollo psicológico. (2010, pág. 8 – 10). En el año 2001, fue realizada una investigación que examinaba la relación entre el ejercicio y la salud mental (ansiedad y depresión), concluyendo que el ejercicio está relacionado con cambios positivos en la salud mental. (Arent et al, 2001).

Aportes del siglo XXI consideran la importancia del papel de las relaciones familiares en las personas con esquizofrenia, ya que el individuo es producto de la interacción familiar, considerando importante la realización de abordajes en los cuales se integre al paciente junto con su contexto. (Navarro Gómez, 2013).

Estado del arte

Una mirada contemporánea de la esquizofrenia es posible hallarla en el DSM V, el cuál fue publicado el 18 de mayo de 2013. En dicho manual, la esquizofrenia forma parte de un espectro junto con otros trastornos psicóticos. Es considerada como un síndrome clínico heterogéneo, siendo criterios necesarios para su diagnóstico la presencia durante al menos un mes de manera continua y en un período de al menos seis meses, de síntomas positivos como delirios, alucinaciones y/o discurso desorganizado. También es posible la aparición de comportamiento desorganizado o catatonía y síntomas negativos, siendo la abulia y la apatía considerados dentro de estos últimos, provocando, debido a la disminución de motivación, disfunción social y laboral

significativa. Es la adolescencia tardía y rondando los treinta años cuando suelen aparecer los síntomas de la esquizofrenia, pudiendo ser su inicio brusco o gradual. (2014, pág. 99-104).

Con respecto a investigaciones actuales acerca de posibles terapias para la esquizofrenia, es posible mencionar la activación conductual como opción para tratar los síntomas negativos. Los objetivos son mejorar la calidad de vida del sujeto y la disfunción social, mediante la reducción del enlentecimiento psicomotor, el ensimismamiento, preocupaciones somáticas y la recuperación del proceso de volición. Mediante un programa de tratamiento estructurado, en el cual el paciente formula objetivos conforme a metas concretas a conseguir, aprende a autoorganizarse y autorreforzarse, logra tener contingencias positivas por medio de las actividades que consigue hacer cada semana y adquiere un papel activo en su propio cambio. (Martín et al, 2014, pág. 80).

Así mismo, existen investigaciones que presentan una revisión exploratoria acerca de los efectos que tienen las intervenciones por medio del ejercicio físico en personas con esquizofrenia. Algunos artículos concluyen que, mediante la realización de actividad aeróbica con una frecuencia de 2/3 sesiones por semana, se producen mejoras en la sintomatología, en las condiciones físicas y en la calidad de vida. (López, Villamil, 2020).

Otros estudios focalizan en la utilización del ejercicio físico aeróbico para trabajar los problemas de alta morbilidad y mortalidad médica que presenta la esquizofrenia, como síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares. Los factores de riesgo son el sedentarismo, tabaquismo, dieta inadecuada y comportamientos de riesgo, todos potencialmente modificables por medio de cambios conductuales. Concluyen que es recomendable la incorporación de programas de actividad física y psicoeducación en las carteras de servicios de salud mental, debido a las notables mejoras tanto a corto como a largo plazo. (Puente, 2021).

Las personas con esquizofrenia suelen padecer una disminución en lo concerniente a su calidad de vida. María Gutierrez López (2015) ha realizado una tesis doctoral en la cual explica la manera mediante la cual se ha incluido este último concepto en los programas y tratamientos de dicha condición mental grave. Según la autora, a partir de la segunda mitad del siglo XX, ha habido avances científicos y terapéuticos que han producido un giro en torno al tratamiento y manera de conceptualizar la esquizofrenia, haciendo hincapié en políticas socio- sanitarias que realizan una atención integradora y multidimensional, teniendo presentes las preferencias y necesidades de cada persona, priorizando la calidad de vida, y dando lugar a necesidades como su bienestar, autonomía y sentido de propiedad. Gutierrez López ha realizado un trabajo de investigación acerca de la calidad de vida con una muestra de 68 personas con diagnóstico de esquizofrenia (más de 2 años), concluyendo que los aspectos socio- culturales resultan más influyentes en la calidad de vida que otros factores individuales como la psicopatología o el rendimiento cognitivo (Gutierrez López, M., 2015).

Marco teórico

En el presente trabajo se aborda la psicoterapia de la esquizofrenia desde el modelo de la Psicología Cognitivo Comportamental (TCC). Este marco teórico la conceptualiza como una condición crónica que genera incapacidad social y laboral.

La esquizofrenia es considerada una condición o trastorno mental grave (TMG). Este último término comenzó a acuñarse a finales de 1970 por Goldman y Col. Sin embargo, fue el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) quien presentó la definición con más consenso. El TMG es aquel que reúne tres dimensiones: diagnóstico referido a trastornos psicóticos y de personalidad, duración superior a dos años, y presencia de discapacidad (de moderada a severa) siendo afectados los ámbitos laboral, social y familiar. Se presenta deterioro personal y problemáticas en la dinámica familiar (Conejo Cerón, et al, 2014, pág. 224).

Los teóricos de la TCC consideran que, si bien los tratamientos farmacológicos para la esquizofrenia colaboran para que las personas puedan interactuar mejor con su medio, la mayoría tiene síntomas residuales o molestias y presentan dificultades para la adherencia al tratamiento. La TCC propone, para el tratamiento de personas con esquizofrenia, intervenciones terapéuticas que promuevan la disminución o modificación de las conductas desadaptativas con sus correspondientes distorsiones cognitivas, trabajando el rol activo tanto del paciente, como con la colaboración de la familia. (Muñoz Molina, Ruiz Cala, 2007, pág. 99).

Puntualmente el abordaje utilizado desde la TCC es La Activación Conductual, la cuál es definida: Como un proceso terapéutico en el que se busca que el consultante se comporte de forma tal que incremente la probabilidad de entrar en contacto con contingencias medioambientales reforzantes, esperando que se produzcan como efecto colateral, de manera paralela o secuencial, cambios en la forma en que piensa y siente, pero no siendo esto el aspecto central de la terapia. (Hopko et al, 2003, citado por Bianchi, 2015, pág. 85).

Se han desarrollado dos modelos específicos de la terapia de activación conductual: la propuesta de Activación Conductual de Jacobson y el Tratamiento de Activación Conductual Breve para Depresión (TACBD).

El primer modelo se desarrolló a partir de la programación de actividades, utilizando estrategias conductuales de la TCC, con el propósito de poder incrementar la conciencia de los patrones evitativos que maneja el usuario. Se trabaja con el monitoreo de actividades y la enseñanza de un modelo analítico funcional para que éste pueda entender su propia conducta. Este modelo y autor es el que se toma de referencia para el presente trabajo. El segundo modelo tiene como objetivo elevar la importancia de actividades que son opuestas al comportamiento depresivo, es

decir, refuerzan conductas no depresivas, disminuyendo los síntomas evitativos. (Bianchi, 2015, pág. 86 – 87).

Los beneficios que presenta la Terapia de Activación Conductual, según los autores de la revisión bibliográfica son varios. Se mencionan dos de ellos: la probabilidad de generar cambios en las personas, estableciendo una relación novedosa entre el ambiente al cual pertenecen y las consecuencias directas de sus acciones, y que se interviene en elementos puntuales de la problemática del paciente, siendo posible el ajuste de las personas y el número de sesiones.

El propósito de abordar el ejercicio físico como una de las alternativas de la activación conductual, es no solo colaborar en el tratamiento para la disminución de los síntomas negativos, sino también ayudar en la recuperación de la mayor autonomía funcional posible y por lo tanto, que la persona tenga una mejor calidad de vida. Ésta última, forma parte de la recuperación funcional, objetivo al que se apunta hoy en día en los tratamientos de personas con esquizofrenia.

Verdugo y Schalock desarrollan el concepto de Calidad De Vida (CDV), la cual es un estado deseado de bienestar compuesto por varias dimensiones influenciadas por factores personales y ambientales. Junto con el desarrollo ecológico de la discapacidad, el cual tiene en cuenta a la persona y su ambiente, la CDV es parte integral de un cambio de paradigma que redefine tanto las prácticas de los profesionales como el rol de las organizaciones, el desarrollo de programas y la capacidad de brindar apoyos personalizados a personas con condición mental grave en entornos comunitarios inclusivos. Su enfoque está centrado en los derechos de la persona (Convención de la ONU, 2006).

Según estos autores, al aplicar el concepto de CDV, debería incrementarse el bienestar personal, se debe tener en cuenta la herencia cultural y étnica individual, promover el cambio individual, en programas y en la comunidad, acrecentar el grado de control individual y de oportunidades con respecto a las actividades y diferentes contextos y ocupar un papel activo en la recogida de evidencias, identificando predictores significativos de una vida de calidad.

En la historia de la humanidad, la salud mental pasó por la institucionalización y la desinstitucionalización. Hoy en día la meta es la pertenencia comunitaria, es decir, la persona pasó de ser considerado un paciente, a ser considerado un ciudadano más, con iguales derechos a la participación de la vida. La propuesta consiste en que la persona mientras realiza el tratamiento pueda permanecer en su casa, sea capaz de obtener un empleo real en la comunidad, tenga la posibilidad de tener un plan personal de futuro, pueda tomar sus propias decisiones, y esté contenido por su círculo de apoyos. Este modelo tiene como objetivo cambiar el ambiente y las actitudes, teniendo como prioridad la autodeterminación y las relaciones, trabajando la valoración personal, y logrando que la persona con una condición mental grave pueda tener una mejor calidad de vida (Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. ,2013, pág. 445).

El concepto de Calidad De Vida surge en 1980. Es un constructo social que guía la prácticas profesionales en los programas, la evaluación de los resultados y procura mejorar la calidad de vida. Está relacionada con los resultados personales, los cuales son los beneficios obtenidos de manera directa o indirecta como resultado de las actividades o apoyos sociales que realiza el programa, teniendo la posibilidad de ser medidos por medio de indicadores desde un enfoque multidimensional de ocho dimensiones:

Bienestar emocional (BE): refiere a la capacidad de sentirse tranquilo, sin agobio, ni nerviosismo. los indicadores que evalúan esta dimensión son la satisfacción, el autoconcepto y la ausencia de estrés o sentimientos negativos.

Relaciones interpersonales (RI): poder tener amigos, llevarse bien con las personas (vecinos, compañeros de estudio/trabajo). Los indicadores que miden esta dimensión son los de relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales gratificantes y positivos, relaciones de pareja y sexualidad.

Bienestar material (BM): es la posibilidad de tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y/o desea tener. Los indicadores evaluativos son vivienda, lugar de trabajo, salario, posesiones y ahorros.

Desarrollo personal (DP): refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y poder realizarse personalmente. Sus indicadores son las limitaciones/capacidades, el acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, las habilidades relacionadas con el trabajo/actividades y las habilidades funcionales (la competencia personal, la conducta adaptativa y la comunicación).

Bienestar físico (BF): refiere a tener buena salud, buen estado físico, y hábitos saludables. Sus indicadores son atención sanitaria, sueño, salud y alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.

Autodeterminación (AU): es poder decidir por sí mismo, tener la posibilidad de elegir lo que se quiere (como quiere que sea su vida, trabajo, tiempo libre, lugar donde vive, personas con quien está). Incluye los indicadores metas, preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.

Inclusión social (IS): poder ir a lugares donde acuden las demás personas y participar en las actividades como uno más, sentirse parte e integrado a la sociedad, contar con el apoyo de los demás. Sus indicadores evaluativos son integración, participación, accesibilidad y apoyos.

Derechos (DE): poder ser considerado igual que el resto de la gente, ser respetado en sus opiniones, deseos, intimidad y derechos. Los indicadores son intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos. (Verdugo, M.A. y Schallock, R.L. ,2013, pág. 447).

La evaluación de estas dimensiones busca tres aspectos principales por parte de la persona: participación social, independencia y bienestar. Los indicadores son percepciones, comportamientos o condiciones que deben ser psicométricamente válidas y culturalmente sensibles para poder evaluar el bienestar percibido. A su vez, deben ser indicadores objetivos de la experiencia de vida de la persona y sus circunstancias.

La aplicación del concepto de CDV se presenta en distintos planos del sistema social. El microsistema es el contexto social inmediato que afecta de manera directa la vida de la persona (familia, hogar, grupo de pares, lugar de trabajo). El mesosistema es el vecindario o la comunidad, que afecta de manera directa el microsistema. Por último, el macrosistema, el cual son los patrones culturales más amplios, las tendencias sociopolíticas, económicas y factores relacionados con la sociedad que afectan los valores, creencias y significados de las palabras y conceptos.

Actualmente la CDV se evalúa por un enfoque caracterizado por su naturaleza multidimensional (engloba indicadores relevantes), el uso del pluralismo metodológico, el uso de diseños de investigación multivariada (evalúa cómo las características personales y las variables ambientales se relacionan con la CDV medida en la persona) y ,por último, la incorporación de los distintos sistemas sociales (micro, meso y macrosistema) y el impacto que tienen sobre la persona (Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. ,2013, pág. 448).

Desarrollo metodológico

Procedimiento

El presente trabajo se ha realizado a través de una revisión bibliográfica de carácter explicativo. Se propone mediante el mismo evaluar la manera que el ejercicio físico puede ser utilizado como activación conductual en personas con esquizofrenia, y de esa manera, colaborar con los tratamientos para lograr la disminución de los síntomas negativos y generar mayor autonomía social.

Se eligió para este trabajo la variable esquizofrenia como tema central, y las variables ejercicio físico y activación conductual como maneras de abordaje. La razón de la elección es debido al interés de la tesista por la intervención mediante el ejercicio físico en pacientes con esquizofrenia para mitigar síntomas como la abulia, y establecer los aportes tanto clínicos como sociales que ese abordaje puede otorgar.

Se seleccionan para este trabajo manuales diagnósticos, libros de psicología, sitios oficiales de organizaciones abocadas a la salud (OMS), sitios especializados en la temática esquizofrenia (Living with Schizophrenia), buscadores académicos como Google Académico, Scielo, Dialnet, entre otros, y revistas digitales de psicología y neuropsiquiatría.

Índice comentado

La presente tesina tendrá como organización el desarrollo de dos capítulos. En ellos se abordará el ejercicio físico como manera de intervención terapéutica de la esquizofrenia y los aportes para disminuir los síntomas negativos, mejorar la calidad de vida de la persona.

Capítulo 1: El ejercicio físico como opción de programa de activación conductual en el tratamiento de personas con esquizofrenia.

En este primer capítulo se trabajará la semejanza que tienen los síntomas de la depresión con los síntomas negativos de la esquizofrenia, condición por la cual es posible tratar este último mediante la activación conductual. Luego, establecer los beneficios que el ejercicio físico le proporciona a personas con condiciones mentales graves y la manera que puede ser implementado como alternativa de activación conductual.

Capítulo 2: Aportes sociales y clínicos. Calidad de Vida.

En este capítulo se desarrollarán los aportes que puede realizar el ejercicio físico en la reducción de los síntomas negativos, y como consecuencia, generar un impacto positivo en la calidad de vida.

Capítulo 1

El ejercicio físico como opción de programa de activación conductual en el tratamiento de personas con esquizofrenia.

La esquizofrenia es una condición mental crónica cuya etiología, síntomas y tratamientos han sido estudiados a lo largo de la historia de la humanidad. Hoy en día se afirma que se caracteriza por la presencia de síntomas positivos, síntomas negativos, desorganización de la conducta y deterioro cognitivo. Su curso suele ser crónico, provocando pérdida en la calidad de vida de la persona, produciendo inconvenientes con lo relacionado a la vida laboral, estudios, autonomía, vida privada y social. Según Vallejo Ruiloba, el tratamiento de la esquizofrenia debe estructurarse a largo plazo, con objetivos bien definidos, los cuales deberían incluir la rehabilitación y prevención de recaídas. (2015, pág. 226).

Los síntomas negativos de la esquizofrenia son la anhedonia (imposibilidad para experimentar placer), abulia (falta de voluntad para hacer algo o moverse), apatía (sentimiento de indiferencia, falta de emoción), aplanamiento afectivo (imposibilidad de reaccionar ante situaciones, imposibilidad afectiva), y alexitimia (imposibilidad para comunicar las emociones), entre otros. Si bien no son tan prominentes como lo son los síntomas positivos, a largo plazo interfieren en la capacidad de la persona para funcionar en la vida diaria (Morales Vigil, et al, 2015, pág. 372). Es por ello por lo que su tratamiento es necesario, con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona que atraviesa una condición mental crónica.

A manera de profundizar en la temática, la página web Living with schizophrenia, especializada en la condición mental en cuestión, describe ocho síntomas negativos principales y como éstos influyen en la vida de la persona.

1. **Apatía**: La persona puede tener falta de interés en actividades que antes eran importantes para ella como su trabajo, estudios o actividades recreativas como el deporte. También pueden dejar de cuidarse adecuadamente y su higiene personal y aspecto pueden sufrir notablemente. Pueden negarse a salir de su casa o de su dormitorio y pueden estar en la cama la mayor parte del día.
2. **Respuestas emocionales ausentes, embotadas o incongruentes**: Es posible que las personas con esquizofrenia que experimentan síntomas negativos no muestren ninguna reacción a las buenas o malas noticias o responden de manera inapropiada. Por ejemplo, reírse de las noticias tristes o expresar infelicidad al escuchar buenas noticias.
3. **Reducciones en el habla**: Es posible que las personas con síntomas negativos de esquizofrenia tengan poco interés en la conversación y solo dan respuestas muy breves a las preguntas. Su habla puede verse interrumpida o puede haber largas pausas en su diálogo o en responder a la conversación, es decir, pobreza del habla. La capacidad de entablar conversaciones triviales a menudo se pierde por completo y esta pérdida de habilidades de comunicación puede afectar seriamente la capacidad de la persona para participar en actividades

sociales o encontrar empleo. Esto también se denomina alogia. En casos extremos, la persona puede volverse completamente muda.

4. Retiro social: La persona puede querer evitar el contacto social, prefiriendo pasar la mayor parte del día y la noche sola. Hay una falta general de voluntad para interactuar con el mundo que los rodea.

5. Deterioro de la atención: Puede haber dificultad para concentrarse durante una conversación e incapacidad para concentrarse incluso en tareas simples.

6. Anhedonia: Esto describe una incapacidad para experimentar placer. Las personas con esquizofrenia que experimentan anhedonia a menudo describen la vida como gris o vacía, desprovista de los altibajos emocionales normales que suelen darse por sentado. Otros lo han descrito como sentirse vacío o hueco.

7. Problemas sexuales: Puede haber una reducción significativa o ausencia total del deseo sexual.

8. Letargo: Las personas con esquizofrenia que experimentan síntomas negativos suelen tener una profunda falta de energía y les resulta difícil hacer algo más que una actividad ligera. Esto puede llevarlos a pasar gran parte del día en la cama o viendo la televisión. (Living withschizophrenia.(s.f.).*Los Síntomas Negativos: entenderlos*.<https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/negative-symptoms-understanding/>).

Hoy en día el modelo utilizado para los tratamientos de la esquizofrenia se basa en intervenciones realizadas en la comunidad y orientadas a la recuperación, utilizando estrategias psicosociales para que la persona mejore su autonomía funcional y su participación en la comunidad.

Las técnicas de intervención de corte cognitivo-conductual están demostrando cada vez más su eficacia en la prevención de las recaídas y en el manejo de problemas de pacientes con esquizofrenia; promueven su recuperación e integración a la comunidad debido a que se dirigen hacia componentes clave para la funcionalidad como la estabilidad sintomática, la promoción de una vida independiente, el establecimiento laboral y el adecuado funcionamiento social. (Morales Vigil, et al, 2015, pág. 373)

Dentro de este modelo se encuentra la Activación Conductual (AC), perteneciente a la tercera ola de la Terapia Cognitivo Comportamental. La AC es plausible de ser utilizada en los tratamientos de personas con esquizofrenia. Se define como un tratamiento breve y estructurado, creado originalmente para la depresión. Tiene como objetivo la activación de las personas de modos específicos, de manera que aumenten las experiencias gratificantes en sus vidas (Bianchi, Henao, 2015, pág. 70). El propósito es aumentar la activación y el compromiso en el mundo de la persona, operando sobre los procesos que obstaculizan y reprimen la activación, los cuales son las conductas de huida y evitación. Las sesiones de la AC se orientan a la acción

y a resolver problemas, teniendo lugar muchas de ellas fuera del consultorio, trabajando la persona junto con el terapeuta formando un equipo. (Ribotta, L., 2022, pág. 13).

Si bien este tipo de intervención ha sido originalmente creado para tratar los síntomas en personas con depresión, se ha descubierto que los síntomas negativos están presentes tanto en la esquizofrenia como en la depresión, siendo posible, por lo tanto, utilizar herramientas psicoterapéuticas de la Terapia de Activación Conductual para tratar los síntomas negativos de las personas con esquizofrenia. La AC utiliza como herramienta de intervención la aplicación de un Programa de Activación Conductual, el cual es adaptado a las características de la persona. Se realiza un número determinado de sesiones, divididas en cuatro etapas: una primera en la cual se realiza una evaluación y se implementa la preparación para el tratamiento, es decir, aprender el manejo y cumplimiento del autorregistro, y la autoevaluación; una segunda etapa en la cual se realiza el tratamiento; una tercera etapa que tiene por objetivo la recuperación y control de la autonomía funcional, comenzando a diseñar sus autorregistros; y una última etapa en la cual la persona introduce modificaciones en las actividades, manteniendo los horarios y variándolas. En el programa se trabaja la formulación de objetivos basados en metas concretas a cumplir (propuestas por la persona), el aprendizaje de la autoorganización mediante un programa estructurado y el manejo de situaciones de estrés o que generan frustración. (Martín, et al, 2014, pág 77 – 78).

En la primera etapa, durante la evaluación, se trabajan las habilidades que deben adquirirse o perfeccionarse, cuáles son las demandas ambientales o del contexto cercano a la persona, que estrategias hay que poner en práctica para prevenir las conductas evitativas y cuál es la evolución de la situación anímica de la persona (Barraca Mairal, Pérez Álvarez, 2015, pág. 57).

La AC es un tratamiento breve y orientado a la acción, por lo tanto, durante la primera etapa de evaluación, el terapeuta debe convenir junto con la persona con esquizofrenia los objetivos lo más pronto posible y trabajar para realizar la recogida de información. Esto se realiza mediante una entrevista en la cual la persona desplegará sus vivencias, su situación, como era su rutina antes de comenzar con los síntomas de esquizofrenia, su vida cotidiana actual, las aspiraciones abandonadas, y sus valores personales. En cuanto a éstos últimos, por medio de su determinación, el terapeuta puede comprender qué conductas al estar inhibidas/bloqueadas pueden estar influyendo de manera negativa en el estado anímico de la persona. Obtener esa información, a su vez, podrá guiar al terapeuta al momento de diseñar el programa de AC, ya que no sirve incorporar actividades al azar, sino que éstas deben corresponder a los valores y áreas vitales para la persona. Se le pregunta también acerca de sus objetivos y metas personales, haciendo un recorrido por distintas áreas (familia, trabajo, estudio, amistades). Otros datos importantes que recopilar en esta etapa son las reacciones de su contexto (familia y amigos) acerca de su comportamiento (Barraca Mairal y Pérez Álvarez, 2015, pág. 67).

Si durante la etapa de evaluación la persona se encuentra dispuesta, hacia el final de la primera sesión, es posible proponer el registro de su actividad y estado anímico, y solicitarle que complete

algunos cuestionarios. En base a la información obtenida durante esta etapa, el terapeuta elabora un análisis funcional, el cual se transmite a la persona con esquizofrenia, para luego diseñar, de manera conjunta, el programa de intervención (Barraca Mairal y Pérez Álvarez, 2015, pág. 58 - 60). Las actividades propuestas para la conformación de los programas de Activación Conductual se dividen en distintas áreas, por ejemplo, trabajo, la cual engloba ir al hospital diariamente, acudir a la facultad una determinada cantidad de días, etc., otras áreas son tareas domésticas, autocuidado, esparcimiento y relaciones sociales.

Barraca Mairal y Pérez Álvarez refieren que “la programación de actividades es la técnica fundamental de la AC. Se trata de un procedimiento similar al propuesto en la terapia cognitiva de Beck” (2015, pág. 90), quien creó la asignación de tareas graduadas en 1979. Las actividades en esta técnica, las cuales pueden ser jerarquizadas, sirven para poder recuperar el contacto con los reforzadores naturales. Este es el procedimiento principal que se incluye en todos los casos y forma la columna vertebral de la intervención. De manera complementaria, también se incorpora la finalización de las conductas de evitación (Barraca Mairal y Pérez Álvarez, 2015, pág. 90).

La programación de actividades en un diseño de AC eficaz es tarea delicada por varias razones. Una de ellas, es porque la apatía, la pasividad, la abulia y el aislamiento es lo más característico de una persona con esquizofrenia. Otra razón es que hay que tener en cuenta un conjunto de variables difíciles de controlar, como los cambios en el estado de ánimo, la manera de actuar de la persona, y las circunstancias ambientales del entorno social (si es de apoyo o no). (Barraca Mairal y Pérez Álvarez, 2015, pág. 95).

Para poder diseñar un programa de Activación Conductual eficaz, Barraca Mairal y Pérez Álvarez (2015, pág. 96 - 99) en su libro recomiendan:

- Enfatizar la importancia de hacer
- Planificar las actividades de acuerdo con un plan y con un estado de ánimo.
- Empezar poco a poco y graduar las actividades extensas de acuerdo con los pasos en que se pueden dividir.
- Concretar la frecuencia, duración, intensidad, los días y horas en que se llevarán a cabo las actividades, y otros detalles si es necesario.
- Iniciar la programación por actividades que pueden tener un reforzamiento más cercano, aunque también se planifiquen las que lo tendrán a la larga.
- Plantear las actividades en forma de continuo y no de "todo o nada".
- Apostar por las actividades que tendrán reforzamiento natural, aquellas asociadas a los valores del sujeto.
- Elegir actividades variadas, de un amplio abanico.
- Facilitar el trabajo a través de registros ya preparados con las actividades.
- Revisar siempre las tareas y conferirles la importancia que poseen.

Según los resultados obtenidos en intervenciones realizadas en diversos papers e investigaciones, se afirma que la aplicación de la Activación Conductual en personas con esquizofrenia permite mejorar el déficit en la volición, disminuyendo el enlentecimiento motor, recuperando el placer para realizar actividades, disminuir el ensimismamiento, y tanto los pensamientos inusuales como las preocupaciones somáticas pasan a un segundo plano. (Martín, et al, 2014, pág. 80).

Las investigadoras españolas Fernández Martín, Fombellida Velásco y Montero Fernández (2014) han realizado la publicación de un caso único el cual refiere a la intervención de un programa de AC en una persona con esquizofrenia diagnosticada con síntomas negativos. Su objetivo es analizar la posibilidad de realizar una combinación de herramientas terapéuticas de manera que se potencien y colaboren en mejorar la calidad de vida de la persona con dicha condición mental grave. Los resultados obtenidos fueron: mejora del enlentecimiento psicomotor, disminución del ensimismamiento y las preocupaciones somáticas, recuperación del proceso de volición y mejora de los procesos cognitivos (2014, pág. 76).

La persona es un joven de 25 años, estudiante universitario, diagnosticado de esquizofrenia con dos años de evolución, con nivel sociocultural medio- alto y buen soporte familiar - social. El joven es derivado al hospital de día para la realización de un tratamiento específico debido a su deficiente respuesta a la farmacoterapia al tratar los síntomas negativos. Luego de un análisis funcional por parte de las autoras, deciden utilizar como herramienta de intervención un Programa de Activación Conductual, adaptado a las características individuales, con una duración de 6 semanas en sesiones semanales de 35 minutos. Se mantiene el tratamiento farmacológico (Risperidona 2 mg., Sertralina 100 mg.). Acude a actividades terapéuticas grupales con poca iniciativa y pobre rendimiento (Fernández Martín L., Fombellida Velásco C., Montero Fernández C., 2014, pág. 77).

Las autoras desarrollan la manera mediante la cual es implementado el programa de AC en la persona con esquizofrenia. Luego de dos primeras sesiones en las cuales implementan la línea base, la valoración inicial de la motivación y lo preparan para el tratamiento (aprendizaje del manejo del autorregistro y la autoevaluación), continúan semanas en las cuales se lleva a cabo el tratamiento. Debido a que uno de los objetivos es que la persona recupere el control de su propia vida y autonomía personal, a partir de la cuarta semana, el paciente es quién comienza a realizar sus autorregistros. Luego a partir de la quinta semana se introducen modificaciones en las actividades, manteniendo horarios y variabilidad de estas. Durante cada sesión el joven fue concretando los objetivos y metas, mejorando sus autorrefuerzos. Ante la ausencia de un logro, se mantuvo esa meta para la semana siguiente, analizando las dificultades y reforzando la idea de entrenamiento. (Fernández Martín L., Fombellida Velásco C., Montero Fernández C., 2014, pág. 77- 78).

En palabras de las autoras:

Durante el programa de tratamiento el paciente se pone en contacto con su propia realidad a través de la autovaloración de los síntomas negativos, pero también en contacto con un procedimiento de lucha contra dichos síntomas, que acaban siendo algo externo a él. Se puede hacer cargo de ellos porque se han externalizado y logra neutralizarlos mediante entrenamiento específico. (Fernández Martín L., Fombellida Velásco C., Montero Fernández C., 2014, pág. 80).

Así mismo, las investigadoras agregan que la persona incluye en el programa de AC actividades nuevas, resultado de su deseo identificado de mejora, dejando atrás la falta de iniciativa y pasividad, siendo agente activo de su propio cambio. (Fernández Martín L., Fombellida Velásco C., Montero Fernández C., 2014, pág. 80).

La Activación Conductual se presenta como una terapia contextual, la cual incluye la participación de la persona en actividades que además de serle agradables, deben tener sentido para ellas y deben funcionar reforzando las respuestas saludables. (Aguilera C., González Terrazas, 2021, pág. 181). Por lo tanto, la propuesta de diseñar un programa de Activación Conductual basado en el ejercicio físico puede ser ideado para aquellas personas con esquizofrenia que son deportistas o que gustan de hacer actividad física de manera planificada o estructurada, siendo esta parte significativa de sus vidas.

Los autores mencionados presentan un formato básico de programación de actividades que debe ser completado por la persona de manera autónoma. Es una óptica analítica- conductual mediante la cual se busca establecer rutinas que colaboran a evitar la interrupción de los patrones de conductas habituales con el objetivo de poder adquirir nuevos patrones de comportamiento. La idea es poder discriminar las áreas vitales mediante las cuales se podría programar las actividades. Para ello, en la primera etapa, el terapeuta le pregunta a la persona “¿qué es importante para vos?”, con la intención de conocer los valores de esta (Aguilera C. M., González Terrazas R., 2021, pág. 186). Por ejemplo: en el área puede ir “deporte” y responder a la pregunta “¿qué es importante para vos?” puede responderse “recuperar la energía y bienestar que me producía correr, verme nuevamente en buena forma”.

En cuanto a la planilla, la cual es una herramienta en el programa de la AC, tiene casillas para completar con las distintas actividades y a que área corresponde, los días de la semana que cada actividad será desarrollada, el horario en que será llevada a cabo, y el número de semana al momento de la actividad. El objetivo es que la persona, de manera autónoma pueda llenar las casillas, o bajo dirección del terapeuta, según lo que sea necesario para cada caso.

Barraca Mairal y Pérez Álvarez establecen que hay una relación directa entre el estado anímico y las actividades que se desarrollan. Esta es la razón por la cual es conveniente explicarle a la persona que realizará un programa de AC que es recomendable realizar un registro de sus

actividades incluyendo su humor y estado de ánimo al realizarlas. Esta manera de registrar información es un aporte de A. Beck que la AC toma de base y elabora más detalladamente para diseñar sus intervenciones. Para estos autores el autorregistro, que necesariamente requiere una autoobservación, tiene 4 funciones:

(1) proporciona una línea base con la que luego podrá valorarse la positiva evolución del caso; (2) ofrece información funcional sobre las actividades que deben ser promovidas o extinguidas (frente a las inferencias apriorísticas sobre qué actividades son reforzantes y cuáles no); (3) permite al cliente aprehender de forma aplicada la lógica del tratamiento (la persona misma observa que haciendo ciertas actividades acaba sintiéndose mejor y que, haciendo otras, peor); y, por último, (4) puede servir como estrategia a reactivar, tras la finalización de la terapia, si se produce una recaída (Barraca Mairal y Pérez Álvarez, 2015, pág. 61).

Los mismos autores también justifican la importancia del autorregistro diciendo:

El establecimiento de los objetivos terapéuticos parte fundamentalmente del registro de actividades y estado anímico, pues este, al basarse en datos de observación, es el método más conveniente para determinar el nivel de reforzamiento que realmente se obtiene del entorno a partir de las actividades desplegadas. Además, proveerá al clínico de una línea base para comparar el nivel de actividad (y reforzamiento asociado) al inicio de la terapia y al final. No debe dejar de señalarse, igualmente, que este método puede ofrecer información sobre la ruptura de rutinas (de hecho, por medio de él es fácil comprobar los desajustes horarios a la hora de acostarse o comer, las tareas obligadas que se han abandonado, etc.). (Barraca Mairal y Pérez Álvarez, 2015, pág. 64).

Una vez la persona ha llenado la planilla con sus datos y preferencias, se diseña el programa de actividades y los objetivos a cumplir. Es recomendable ayudar a la persona a operativizar el comportamiento para poder facilitar su identificación y poder chequear que se ha llevado a cabo el objetivo. A su vez, también es recomendable redactar lo escrito en las casillas en comportamientos a realizar, y evitar las metas emocionales. Si a la persona se le dificulta realizarlo, el terapeuta puede guiarla preguntando “¿eso cómo se podría observar?, ¿cómo puedo observar lo que estás haciendo?”. En el momento que la persona responde con verbos o acciones, hay que trasladarlos al programa de actividades, debiendo buscar comportamientos observables (Aguilera C. M., González Terrazas R., 2021, pág. 186 - 187).

Una vez desarrollado el concepto de Activación Conductual y su impacto en el tratamiento de personas con esquizofrenia, se expone la relevancia que tiene la realización de ejercicio físico en las mismas.

En febrero del 2015, NICE, organismo del Reino Unido, hizo pública la necesidad no solo de incluir evaluaciones de salud física en pacientes con esquizofrenia, sino también de incluir programas de actividad física y alimentación saludable. Esto es debido a que la mayoría de las personas con dicha condición mental crónica tiene, a su vez, 4 problemas de salud física. Ellos son:

- sedentarismo: muchas de las personas con esquizofrenia no trabajan y no realizan actividad física. En algunos casos, el sedentarismo o la falta de impulso hacia la actividad es debido al efecto secundario de sedación que tienen los antipsicóticos. Es importante tener en cuenta que la actividad física colabora a reducir a la mitad el riesgo de cardiopatías, diabetes y obesidad. En cuanto a ésta última, suele ser efecto secundario de algunos antipsicóticos como la olanzapina o la clozapina.

- mala alimentación: debido al bajo consumo de vegetales y alto consumo de grasas saturadas y azúcares.

- tabaquismo: se calcula que el 70% de las personas con esquizofrenia son fumadoras. Esto influye en la respuesta de algunos antipsicóticos, siendo requeridas dosis más altas del fármaco, produciéndose, por lo tanto, más sedación y más riesgo de obesidad.

- resistencia a participar: muchas personas con esquizofrenia tienen renuencia a la adherencia de los tratamientos. Debemos como terapeutas buscar las maneras para colaborar en la motivación y continuidad de los programas terapéuticos.

(<https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/physical-health-schizophrenia/>)

Según la OMS, todo adulto entre 18 – 64 años debería realizar actividad física moderada al menos 150 a 300 minutos, o una combinación equivalente entre moderada e intensa a lo largo de la semana, y limitar el tiempo de actividades sedentarias. Algunos de los beneficios, desde el punto de vista de la salud mental, es la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, mejoría de la salud cognitiva y del sueño (OMS, 2022). A su vez, el ejercicio físico ha sido identificado en diversas investigaciones como un factor protector sobre la aparición de la esquizofrenia, recomendado como tratamiento coadyuvante debido a la aceptación de las personas con dicha condición mental, y como moderador sobre algunos síntomas psiquiátricos y metabólicos. A su vez colabora con la interacción social. (López, N., Villamil, J., 2020, pág. 11).

Se considera importante definir y diferenciar términos relacionados con el ejercicio físico:

Actividad física: es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que produce gasto de energía.

Ejercicio físico: es una actividad física planeada, estructurada y repetitiva con el objetivo de mejorar ciertos aspectos de salud o nivel de forma física.

Forma física: es la capacidad para llevar a cabo tareas diarias de manera adecuada con la energía necesaria para no fatigarse, poder disfrutar de la actividad y resolver situaciones imprevistas que requieren de un gasto energético extra. Está relacionada con la resistencia cardiorrespiratoria y muscular, la agilidad, velocidad y coordinación (Caspersen, Powell y Christenson, 1995, pág. 129).

Así mismo, la motivación que lleva a las personas a realizar ejercicio físico es muy variada. Puede ser para:

- Obtener una experiencia social, siendo un medio de generar amistades.
- Ser un medio para mantener o mejorar la salud y habilidades.
- Cómo búsqueda de vértigo, nuevas sensaciones, riesgo o desafíos.
- Experiencia estética, buscando la belleza corporal o cualidades relacionadas a lo artístico.
- Actividad física como medio de aliviar tensiones, y expresar emociones reprimidas.
- El ejercicio físico como búsqueda de un objetivo puntual, atravesando un proceso doloroso y exigente. Por ejemplo, entrenar para una maratón (Márquez, S., 1995, pág. 194- 195).

De los diversos tipos de ejercicio físico, los considerados con potenciales beneficios psicológicos son los de tipo aeróbico y rítmico como nadar, pedalear, correr o caminar. Colaboran, por un lado, en reducir los niveles de estrés, mejorar el sueño (cuya alteración va de la mano con la esquizofrenia), mejorar el estado de ánimo, y producir beneficios psicológicos. A su vez, se recomienda que sea la misma persona quien elija el tipo de actividad, ya que es importante que ésta sea de su agrado, debido a que la motivación y lo volitivo son dos cuestiones a trabajar con dichas personas, y si la actividad no es afín, la continuidad en el tiempo, y por lo tanto el resultado buscado, se verán complicados.

Márquez, S. (1995), realiza una publicación en la cual reflexiona acerca de los beneficios que conlleva la práctica regular del ejercicio físico, afirmando que muchas personas dan testimonio acerca del bienestar y gratificación que sienten luego de la práctica. La mejora de la forma física producida por la consecución del ejercicio físico posibilita el surgimiento de estados emocionales positivos, mientras que la tensión, enfado, depresión, fatiga y confusión parecen disminuir. Es importante destacar que para obtener los resultados mencionados es fundamental la adherencia a la práctica, es decir, la persona debe poder mantener una rutina de ejercicio físico de manera cotidiana. Para colaborar con esta condición, la actividad elegida por la persona debería ser de su agrado y ser vivida con diversión, para lo cual es importante tener en cuenta las particularidades de la persona con respecto a las actividades que serán programadas y la manera de llevarlas a cabo (actividad grupal, individual, en gimnasio, al aire libre). La autora también remarca la importancia de un ambiente favorable y estructurado, el cual permita obtener metas a corto y largo plazo, lo cual mejora las posibilidades de tener éxito terapéutico. Por lo contrario, si la persona no disfruta del ejercicio realizado o el ambiente no es el propicio, ante el primer embate o falta de motivación, abandonará la práctica, perdiendo la obtención de los beneficios mencionados. Es relevante tener en cuenta la formación interdisciplinaria proveniente de la

medicina, psicología y educación física, que deberían tener los profesionales implicados en ese tipo de programas, los cuales conllevan una comunión entre el ejercicio físico, la terapia farmacológica y la psicoterapia (Márquez S., 1995, pág. 185- 186).

En la misma publicación, la autora explica los posibles beneficios del ejercicio sobre la salud mental desde una perspectiva psicológica: la mejoría de las aptitudes físicas puede producir sensaciones de control y maestría, las cuales conllevan a sentimientos de bienestar. Asimismo, el ejercicio aeróbico facilita el entrenamiento mediante retroalimentación y la realización de actividad física puede distraer de los estímulos causantes y/o productores de ansiedad/depresión. Otros beneficios psicológicos de la actividad física que incluye la autora en su publicación (figura 1) son: cambios positivos en las autopercepciones y bienestar, mejorar la autoconfianza y conciencia, cambios positivos en los estados emocionales, alivio de la tensión y de estados como depresión y ansiedad, incremento del bienestar mental, alerta y claridad de pensamiento, aumento de la energía, habilidad de enfrentar la vida diaria, incremento del disfrute de la actividad y la interacción social y el desarrollo de estrategias de afrontamiento positivas. (Márquez S., 1995, pág 186- 191).

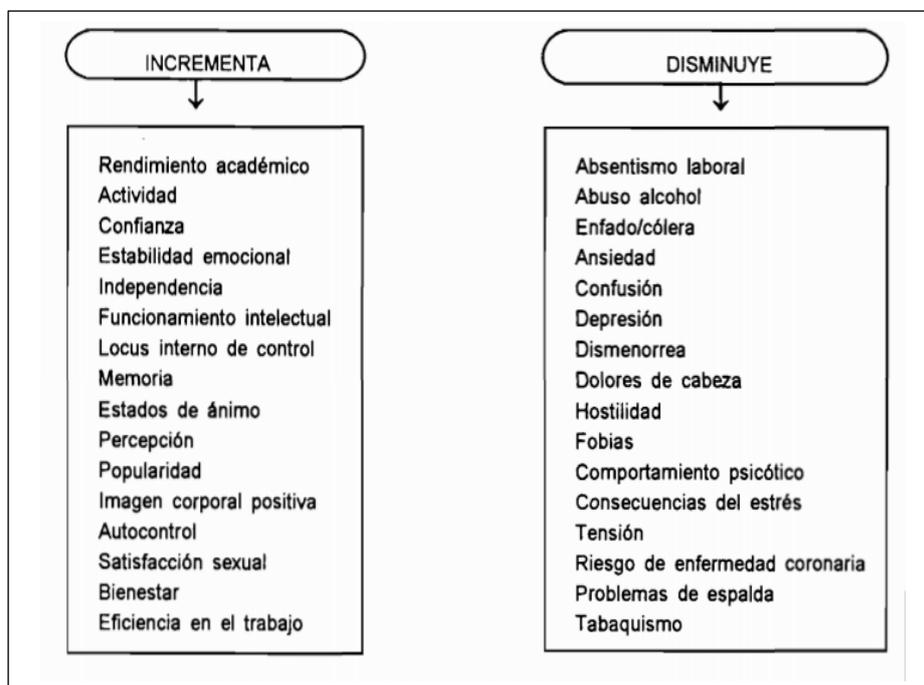
El ejercicio físico puede ir asociado en la reducción de estados de ansiedad, niveles de depresión, estrés. Al ser ejecutado a largo plazo se puede asociar a la reducción en los niveles de neuroticismo y ansiedad, y puede ser empleado como complemento en los casos severos de depresión, colaborar en la reducción de la tensión muscular, recuperación de la frecuencia cardíaca. Es consensuado que el ejercicio físico tiene beneficios emocionales (diversión, alegría, autosatisfacción, confianza, orgullo, entusiasmo, excitación), saludables y psicológicos (satisfacción con la vida o grado de felicidad personal) tanto en hombres como mujeres de todas las edades. (Márquez S., 1995, pág 186- 187).

Márquez, a su vez, afirma la correlación entre sentirse feliz y los hábitos de realizar ejercicio físico. Esto podría explicarse mediante los cambios producidos en el sistema nervioso como consecuencia de la realización de ejercicio físico, junto con el incremento de la autoeficacia, y la posibilidad de la interacción social. Dicha autora en su investigación presenta el término "runner 's high", el cual hace referencia a un estado psicológico positivo que ocurre cuando las personas corren. En muchos casos es un estado parecido a la experiencia suprema de cumbre, presente en momentos de máxima felicidad. Se caracteriza por una pérdida de miedo, ansiedad, inhibición, sentimientos de gratificación, júbilo y diversión (Márquez, 1995, pág. 192- 193).

Desde el punto de vista neuroquímico, dicha correlación entre sentirse feliz y la realización consecutiva de ejercicio físico, es explicada por Márquez mediante dos hipótesis. La primera es la hipótesis de la monoamina. Esta hipótesis sugiere que las monoaminas (neurotransmisores epinefrina y serotonina), se incrementan con el ejercicio, pudiendo ser los responsables de dicha sensación de felicidad. La segunda hipótesis es la de la endorfina, sustancias producidas por el cerebro y la hipófisis, capaces de reducir la sensación de dolor y generar estado de euforia y

bienestar, debido al aumento plasmático de las endorfinas durante la realización del ejercicio físico (Márquez, 1995, pág. 193).

Figura 1: Efectos de la actividad física sobre la salud.



(Márquez, S., 1995, pág. 187)

De acuerdo con lo presentado, es posible admitir que la realización de una rutina sistematizada de ejercicio físico por parte de personas con esquizofrenia colabora tanto en la disminución de muchos de los problemas de salud física (problemas cardíacos, diabetes), como también beneficiando el aspecto psicológico y volitivo.

Una vez desarrollado el alcance que tiene la Activación Conductual y el ejercicio físico en las personas con esquizofrenia, se expone la propuesta de un programa de Activación Conductual basado en dicha actividad. Este programa está pensado para quienes previo a la aparición de dicha condición mental, realizaban y disfrutaban del ejercicio físico, tanto de manera aficionada como profesional, así como también para aquellas personas con esquizofrenia que refieren en las primeras entrevistas su agrado y motivación por el ejercicio, siendo éste un factor importante en sus vidas.

Durante las primeras sesiones del programa de AC basado en el ejercicio físico, el profesional de manera conjunta con el paciente diagrama la programación semanal. Se tiene en cuenta tanto las actividades físicas que son del agrado de la persona, como también el ambiente donde le gustaría ejecutarlas (gimnasio, al aire libre, en su casa, en solitario, con profesor, en grupo).

A partir de la bibliografía consultada, y transfiriendo lo investigado de AC a este estilo de modelo, las primeras sesiones de ejercicio físico planificadas en el programa deben ser de corta duración.

En las mismas la persona tiene que poder percibir la actividad de fácil ejecución y disfrute, para poder lograr la adherencia al programa. En la medida que la persona vaya respondiendo satisfactoriamente a las tareas propuestas, se irán extendiendo las mismas y/o agregando más sesiones.

Se presenta a continuación 4 modelos de planillas, a modo de ejemplo, las cuales se utilizan como herramientas de autorregistros de lo diseñado en el programa de Activación Conductual de manera conjunta con el terapeuta. En ellas la persona anota las emociones, humor y dificultades que debe afrontar cada día, y en cada una de las actividades organizadas en el programa de AC. También ayudan a la persona a organizarse, ya que varias de las planillas tienen el cronograma con hora y día que tiene cada actividad.

Acorde a la propuesta de armar un programa de Activación Conductual basado en el ejercicio físico, las actividades tienen esa perspectiva, no obstante, también se trabaja con situaciones diarias como desayunar o ducharse.

Planilla de selección y jerarquías de actividades seleccionadas: En la presente planilla la persona de manera conjunta con el psicólogo elige y ordena por jerarquía las actividades físicas que formarán parte del programa de activación conductual, otorgándole a cada una un nivel de dificultad. Está planilla es utilizada y tenida en cuenta a la hora de organizar el diseño del programa de AC.

Selección y jerarquía de actividades deseadas

Listar actividades según su nivel de dificultad de 0 a 15

Actividad	Dificultad (0 a 15)
Trotar	2
Pedalear al aire libre	3
Nada en pileta club	10
Gimnasio	10

Recuperado de <http://batd.com.ar/recursos/>

Planilla de actividades seleccionadas: Esta planilla es de autorregistro. Es entregada a la persona con la consigna que anote en cada una de las filas las actividades físicas concretas que han sido acordadas de manera conjunta con el psicólogo. Cada día la persona anotará una marca para señalar si se pudo comprometer con la actividad. En el último casillero anotará una valoración del estado de ánimo (1 - 10), siendo 1 estado de ánimo bajo, y 10 estado de ánimo alto.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Actividad 1	Nadar	Bici	Trote	_____	Nadar	Bici	_____
Actividad 2	Elongación						
Actividad 3							
Actividad 4							
Valoración del estado de ánimo (0-10)	8	5	7		8	7	
Comentarios	en la pileta del club y gimnasio.	en circuito KDT con entrenador de ciclismo.	en el parque en grupo.		en la pileta del club.	en circuito KDT con entrenador de ciclismo.	

Recuperado de <http://batd.com.ar/recursos/>

Planilla de monitoreo diario: Esta planilla también es de autorregistro. La persona realiza anotaciones en una planilla diaria, la cual está organizada con los horarios, la actividad, el nivel de disfrute (1-10) siendo 1 nada de disfrute y 10 mucho disfrute, la importancia (1 - 10) siendo 1 nada de importancia 10 mucha importancia, y el nivel de humor diario (1 - 10) siendo 1 humor disfórico y 10 buen humor.

MONITOREO DIARIO. DÍA: ...lunes.

Horario	Actividad	Disfrute	Importancia
7-8 am	Levantarse	3	1
8-9 am	Desayunar	3	1
9-10 am	Natación	8	8
10-11 am	Ducharse	6	7
11-12 am			
12-1 pm	Almuerzo	7	7
1-2 pm			
2-3 pm	Elongación	8	4
3-4 pm			
4-5 pm	Merienda	7	7
5-6 pm			
6-7 pm			
7-8 pm			
8-9 pm	Cena en familia	7	8
9-10 pm			
10-11 pm	Dormir	4	8
Humor general del día		6	

Recuperado de <http://batd.com.ar/recursos/>

Planilla semanal de automonitoreo: Esta planilla es de autorregistro. Se utiliza una planilla por semana, la cual está organizada con el horario y día de cada actividad. La persona registra el nivel de disfrute e importancia, y del humor general. Las tres anotaciones se registran del 1 - 10.

Formulario semanal de automonitoreo

Para cada casilla, completa la Actividad, el **Disfrute e Importancia** (de 0 a 10). Por ejemplo: "Caminando, (D)6, (I)3". Al final del día, puntúa el humor general, de 0 (negativo), a 10 (positivo)

Día Hr.	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES				
	D	I	D	I	D	I			
05									
06									
07	LEVANTARSE Y DESAYUNO	6	6	LEVANTARSE	6	6			
08			DESAYUNO	5	5				
09	NADAR	8	8			TROTE	8	8	
10	DUCHARSE	6	7			DUCHARSE	6	7	
11									
12	ALMUERZO	7	7	ALMUERZO	6	6	ALMUERZO	7	7
13									
14	ELONGACIÓN	8	4	BICI	9	8			
15				DUCHARSE	7	7			
16	MERIENDA	7	7	MERIENDA	7	7	MERIENDA	7	7
17									
18				PSIQUIATRA	7	8			
19									
20	CENA EN FAMILIA	7	9	CENA EN FAMILIA	7	7	CENA EN FAMILIA	6	7
21									
22	DORMIR	4	8	DORMIR	4	7	DORMIR	6	8
Hu mor Gral	6			8			7		

Día Hr.	JUEVES	D	I	VIERNES	D	I	SÁBADO	D	I	DOMINGO	D	I
05												
06												
07	LEVANTARSE	7	7	LEVANTARSE Y DESAYUNO	6	7	LEVANTARSE	6	7			
08	DESAYUNO	7	7				DESAYUNO EN FAMILIA	7	8	LEVANTARSE	7	7
09				NADAR	8	8				DESAYUNO EN FAMILIA	8	7
10	PSICÓLOGO	7	9	DUCHA	6	6	BICI	9	9	DUCHA	5	6
11							DUCHA	7	6			
12	ALMUERZO	7	7	ALMUERZO	8	7	ALMUERZO EN FAMILIA	8	7	ALMUERZO EN FAMILIA	8	8
13												
14												
15												
16	MERIENDA	7	7	MERIENDA	7	7	MERIENDA	7	7	MERIENDA EN FAMILIA	8	8
17												
18	DUCHA	6	6							DUCHA	7	7
19												
20	CENA EN FAMILIA	8	8	CENA EN FAMILIA	8	8	CENA EN FAMILIA	7	8	CENA EN FAMILIA	8	8
21												
22	DORMIR	7	7	DORMIR	6	7	DORMIR	7	7	DORMIR	8	8
Hu mor gral.	6			7			8			6		

Recuperado de <http://batd.com.ar/recursos/>

Pensar un programa terapéutico de Activación Conductual basado en el ejercicio físico, no sólo es plausible de ser realizado, sino que conlleva muchos beneficios como activar el aspecto volitivo, trabajar sobre la motivación, mejorar el estado de ánimo en general, reducir el entretencimiento motor y superar el sedentarismo muchas veces producto del efecto sedativo de los psicofármacos. Por lo tanto, si bien queda abierto el tema para investigación, se puede aseverar como consecuencia de los beneficios mencionados, la disminución de los síntomas negativos en personas con esquizofrenia que realizan un programa de ejercicio físico estructurado.

Capítulo 2

Aportes sociales, clínicos y calidad de Vida.

El origen del concepto Calidad de Vida (CV) se remonta a los griegos, quienes hablaban de la importancia de nociones como salud, bienestar y felicidad. Es en 1980 cuando se comienza a aplicar este concepto al ámbito de la salud, siendo principal la planificación centrada en la persona, la promoción de la autodeterminación, la inclusión, capacitación y la igualdad (Ramos Pozón, 2014, pág. 48).

Acerca de la definición del concepto de CV, Ramos Pozón en su artículo acerca de la Calidad de Vida en personas con esquizofrenia, refiere lo siguiente:

En el intento de dar una definición operativa, la Organización Mundial de la Salud (1994) lo hizo del siguiente modo: “como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, normas y asuntos. Es un concepto muy amplio que resulta afectado de modo complejo por la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, así como por los elementos esenciales de su entorno”. (2014, pág. 49).

A su vez, la CV tiene un carácter multidimensional, debido a que está conformada por una multiplicidad de elementos teniendo en cuenta lo que más valoran las personas. Estos componentes se encuentran clasificados en ocho dimensiones que conforman el concepto de Calidad de Vida. Ellos son: relaciones interpersonales, la inclusión social, bienestar físico, desarrollo personal, bienestar material, bienestar emocional, autodeterminación y derechos.

Ramos Pozón en el artículo previamente mencionado acerca de la Calidad de Vida en personas con esquizofrenia, también realiza un análisis bioético, explicando que la finalidad de evaluar la CV es poder detectar si hay satisfacción en los distintos ámbitos de la vida cotidiana de la persona con esquizofrenia, es decir, se busca poder indicar cuales son sus intereses para luego volcar dicha información en la planificación y diseño de los tratamientos. Es la persona quien determina qué es lo valioso para su vida, esto se realiza en base a sus valores y preferencias (2014, pág. 47).

Es importante que la persona pueda decidir de manera responsable, y a su vez que la sociedad pueda reconocer el derecho que tienen de poder optar por un modo de vida que sea acorde a sus valores. Para ésto son fundamentales la tolerancia y respeto por esos proyectos y decisiones de vida. Desde el momento que una persona con condición mental grave puede definir lo que entiende cómo CV, se lo concibe como un ser con autonomía, capaz de decidir

responsablemente sobre su vida, siendo reconocido y respetando su dignidad. Es importante asegurarle a la persona que no se le impondrá decisión alguna, salvo cuando haya motivos suficientes que justifiquen la necesidad de tomar decisiones en su lugar (Ramos Pozón, 2014, pág. 48). Ésto se aplica cuando hay riesgo cierto inminente para sí mismo o para terceros, es decir, cuando la propia vida o de un tercero se encuentra en peligro.

Tener una vida digna significa que la persona pueda llevar a cabo un conjunto de capacidades humanas, las cuales son: la vida, la salud física, integridad física, los sentidos, la imaginación y el pensamiento, las emociones, la razón práctica, la afiliación, el juego y el control del propio entorno (Ramos Pozón, 2014, pág. 48).

Lo que se está reivindicando es el derecho a una vida digna, de calidad, y no simplemente al derecho a la vida, que en ocasiones puede significar una vida biológica sin ningún tipo de sentido para la persona que la vive y/o sufre. El contenido de esa vida sólo puede concebirse desde la propia persona, en base a sus propios valores. (Ramos Pozón, 2014, pág. 48).

Haciendo foco en la Calidad de vida de la persona con esquizofrenia, la evaluación puede hacerse de tres maneras:

1. subjetiva, evaluando la satisfacción de la vida por parte de la persona con dicha condición mental.
2. objetiva, la cual se evalúa mediante actividades, participación en la sociedad y relaciones interpersonales.
3. utilizando para evaluar ambas perspectivas (subjetiva y objetiva), siendo, según el autor, esta manera la más satisfactoria, debido a que es necesario que la persona de su opinión, de hecho es hacia esa persona que hace referencia la CV, pero también es importante observar qué incide en la CV de la persona de manera objetiva. (Ramos Pozón, 2014, pág. 50).

“Estos modelos multidimensionales consideran que la percepción subjetiva del paciente debe tenerse en cuenta al diseñar las distintas intervenciones o los programas de rehabilitación” (Verdugo MA, Martín M, 2002, pág. 68).

Continuando con esta línea, al evaluar la CV de una persona con esquizofrenia, se distinguen tres componentes que articulan tres sistemas, siendo éstos: micro (contexto social inmediato), meso (vecindario o comunidad) y macro (los patrones culturales más amplios). Los componentes son: (1) bienestar/satisfacción subjetivos, (2) desempeño de roles a nivel social, y (3) las condiciones externas de vida (bienes materiales como vivienda y bienes sociales como la familia o el apoyo social) (Ramos Pozón, 2014, pág. 51). La razón de porqué es importante el análisis de estos sistemas y los componentes en conjunto es debido a que en general, las personas con

esquizofrenia suelen tener una CV más baja que la población general, y es mediante una evaluación integral que abarque los tres aspectos (micro, meso y macro) y los componentes que se puede llegar a conocer las necesidades de cada persona.

Según la OMS:

Las personas que padecen esquizofrenia tienen una probabilidad de 2 a 3 veces mayor de morir prematuramente que la población general, a menudo por causa de enfermedades físicas tales como enfermedades cardiovasculares, metabólicas o infecciosas. Las personas que padecen esquizofrenia a menudo ven violados sus derechos humanos, tanto dentro de las instituciones de salud mental como en entornos comunitarios. El estigma contra las personas con esta afección es intenso y generalizado, es causa de exclusión social y afecta a sus relaciones con los demás, en particular sus familiares y amigos. Ello contribuye a la discriminación, que a su vez puede limitar el acceso a la atención médica general, la educación, la vivienda y el empleo. (2022).

Siguiendo la investigación de Calidad de Vida de Martín y Verdugo, las ocho dimensiones del modelo de Schalock se estructuran de acuerdo a los tres sistemas recién mencionados. En el micronivel lo central es el crecimiento personal y el desarrollo de oportunidades de la persona. En el mesonivel se trabaja para poder planificar y desarrollar buenos programas y cómo mejorar los aspectos funcionales del ambiente, mientras que las políticas sociales son trabajadas en el macronivel.

En cuanto a las ocho dimensiones mencionadas, las cuales son centrales en la constitución de una vida de calidad, tienen la capacidad de colaborar en la mejora de la persona con esquizofrenia. Ellas son:

Bienestar emocional: esta dimensión tiene como indicadores objetivos la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, ausencia de estrés, autoconcepto y satisfacción con uno mismo. Schalock trabaja ciertas técnicas para que la persona pueda mejorar su bienestar emocional. Algunas de ellas son aumentar la seguridad, proporcionar feedback positivo, reducir el estrés, promocionar el éxito, la estabilidad, la seguridad y ambientes predecibles.

Relaciones interpersonales: esta dimensión es muy importante, debido al rol que cumplen los otros significativos y la interacción en la vida de las personas. Intimidad, afecto, la familia, amistades, las interacciones y apoyos son los indicadores centrales de esta dimensión, para la cuál Schalock recomienda implementar técnicas como permitirle a la persona la intimidad, el afecto, apoyar a la familia, fomentar las interacciones, así como también las amistades y proporcionar apoyos.

Bienestar material: los indicadores centrales propuestos son: derecho económico, la seguridad, tener acceso a alimentos, a un empleo pago, a tener pertenencias y estatus socioeconómico. Las técnicas propuestas por el creador de este modelo son permitir la propiedad, defender la seguridad económica, y procurar ambientes seguros.

Desarrollo personal: Indicadores centrales son: formación de habilidades, realización personal, competencia personal, capacidad resolutive. Las técnicas de mejora consisten en: proporcionar educación y habilitación/rehabilitación, enseñar habilidades funcionales, proporcionar actividades profesionales y no profesionales, fomentar el desarrollo de habilidades, proporcionar actividades útiles y utilizar tecnología aumentativa.

Bienestar físico: Ejemplos de indicadores son la salud, nutrición, movilidad, ocio, actividades de la vida diaria. Las técnicas de mejora son: asegurar el cuidado de la salud, maximizar la movilidad, apoyar oportunidades para el recreo y tiempo libre significativos, promover la nutrición apropiada, apoyar actividades de vida diaria, promover el bienestar poniendo énfasis en la nutrición, estilos de vida saludables y manejo del estrés.

Autodeterminación: Los indicadores centrales de esta dimensión son: autonomía, elecciones, decisiones, control personal, autorregulación, valores/metas personales. Las técnicas de mejora son: promover el hacer elecciones, favorecer el control personal, apoyar la toma de decisiones, ayudar en el desarrollo de metas personales. Debemos recordar que el crecimiento personal tiene lugar cuando se es actor/agente del propio desarrollo y no mero espectador/paciente del mismo.

Inclusión social: Indicadores centrales de calidad de vida son: aceptación, estatus, apoyos, ambiente laboral, integración y participación en la comunidad, roles, actividades de voluntariado, entorno residencial. Las técnicas de mejora para esta dimensión son: conectar con redes de apoyo, promover funciones de rol y estilos de vida, fomentar ambientes normalizados e integrados, proporcionar oportunidades para la integración y participación en la comunidad. "Es esencial la consideración de la obligación del entorno social de adaptarse y ajustarse para la realidad de esa inclusión. No se trata tanto de acceder a entornos normalizados sino de construir entornos capaces de incluir en ellos a todas las personas independientemente de sus capacidades" (Aspanaex, 2014, *Cuáles son las ocho dimensiones de calidad de vida propuestas por Schalock*. [30-14-21-36.admin.DIMENSIONES CALIDAD VIDA \(1\).pdf](#)).

Derechos: Ejemplos de indicadores centrales de esta dimensión son: privacidad, voto, acceso a derechos y libertades reconocidos en la población general. Las técnicas de mejora son: asegurar la privacidad (por ejemplo, no leer su correo, no abrir sus armarios o cajones), fomentar el voto, reducir barreras (y no solo las físicas sino también las psicológicas y las sociales), proporcionar procesos justos, fomentar y respetar la propiedad, fomentar las responsabilidades.

(Aspanaex, 2014, *Cuáles son las ocho dimensiones de calidad de vida propuestas por Schalock*. [30-14-21-36.admin.DIMENSIONES CALIDAD VIDA \(1\).pdf](#)).

Está estudiado que si la persona con esquizofrenia mantiene un tratamiento combinado entre psicofármacos y psicoterapia puede tener una mejor CV. Para ello, es importante comprender el tratamiento desde la perspectiva bio - psico - social, trabajando la adherencia al tratamiento, tanto farmacológico, como psicoterapéutico. Esta perspectiva terapéutica aborda la valoración sobre cómo la esquizofrenia afecta la vida de la persona, trabaja para que ésta tenga mayor satisfacción consigo misma, pueda mejorar las relaciones interpersonales, y aliviar los síntomas tanto positivos como negativos. La libertad para poder elegir el tipo de tratamiento, así como también conocer las contraindicaciones y que se tenga la posibilidad de un seguimiento, tienen como resultado una mayor adherencia al tratamiento (Ramos Pozón, 2014, pág. 51).

Castro Salas et al en su investigación acerca de la CV en pacientes con esquizofrenia destacan que trabajos realizados han demostrado que las personas con dicha condición mental grave son capaces de sentir y comunicar sus déficits sociales, siendo competentes al momento de realizar una evaluación de CV. También aclaran que es importante para la fiabilidad de los datos, tener presente el estadio que tiene la persona con dicha condición (Rodríguez-Vidal et al, 2011, pág. 71- 72).

Es importante destacar que una buena red social puede colaborar en la mejora de la CV de las personas con esquizofrenia, especialmente con lo relacionado a las actividades diarias. “Las personas con esquizofrenia perciben como un factor importante para su vida las actividades relacionadas con el ocio, las tareas domésticas y las del cuidado personal. También dan gran importancia a los estudios y al trabajo” (Ramos Pozón, 2014, pág. 52).

Es clave para una mejora en la CV de las personas con esquizofrenia que sean capaces de poder estructurar su tiempo, establecer vínculos interpersonales, y obtener ingresos económicos que le permitan su independencia. Para esto es imprescindible el tratamiento de los síntomas negativos, ya que sus secuelas provocan disminución en la capacidad para relacionarse y desenvolverse correctamente en un medio, debido a que generan falta de interés, aplanamiento afectivo y pérdida de satisfacción al realizar cualquier actividad, llegando hasta el aislamiento social.

El ejercicio físico como alternativa de activación conductual para el tratamiento de los síntomas como la apatía, abulia, anhedonia, aplanamiento afectivo, a su vez puede colaborar para que varias de las dimensiones que conforman la Calidad de Vida mejoren.

Siguiendo la línea de lo planteado se desarrollan aquellas dimensiones que podrían beneficiarse por la colaboración de la realización de un programa de activación conductual basado en la ejecución de ejercicio físico.

La dimensión bienestar emocional, la cual refiere a la percepción de felicidad por parte de la persona y reducción del estrés, puede obtener beneficios mediante la ejecución de un programa de ejercicios físicos. La investigación de Márquez afirma la existencia de una correlación entre

sentirse feliz y la realización de ejercicio físico. Esto lo explica mediante los cambios producidos en el sistema nervioso como consecuencia de dicha ejecución. La autora presenta el término “runner 's high” para hacer referencia a un estado psicológico positivo que ocurre cuando las personas corren. A la vez también habría un incremento de la autoeficacia, y la posibilidad de la interacción social, lo cual remite a la segunda dimensión, relaciones interpersonales (Márquez, 1995, pág.). Como resultado de la realización sistemática de ejercicio físico la persona con esquizofrenia mejora el interés social, el comportamiento y la autoestima cuando se embarcan en un programa de ejercicios (Living with schizophrenia. (s.f.). *Ejercicios esquizofrenia*. <https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/negative-symptoms-understanding/>), colaborando esto en las relaciones interpersonales. Un programa sistematizado de ejercicio físico:

ayudará a mejorar la motivación y la autoestima. Como funciona esto ha sido objeto de cierto debate entre los investigadores. Algunos han sugerido que el beneficio proviene de los cambios en la química del cerebro provocados por el aumento del ejercicio, mientras que otros han propuesto que el cambio se debe en gran parte a factores psicológicos y sociales, por ejemplo, un mejor contacto social relacionado con, unirse a una clase de fitness. Se cree que todos los tipos de ejercicio, como correr, nadar y hacer ejercicio en el gimnasio, tienen un efecto similar y cuanto más ejercicio haga, mayor será el beneficio. Sin embargo, se ha descubierto que el exceso de ejercicio tiene un efecto negativo, ya que puede aumentar los niveles de ansiedad.

(Livingwithschizophrenia.(s.f.). *Ejercicios esquizofrenia*. <https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/negative-symptoms-understanding/>)

La realización sistemática de un programa de activación conductual basado en el ejercicio físico brinda la posibilidad de lograr la adquisición de nuevas habilidades físicas, mejorar las que ya tenían, así como también la posibilidad de cumplir metas y objetivos, como por ejemplo poder correr una distancia determinada, o completar un circuito de ciclismo. Desde esta perspectiva la realización de disciplinas físicas podría colaborar positivamente en la dimensión de desarrollo personal, ya que los logros basados en la ejecución de actividades físicas y cumplimiento de metas pueden influir incrementando la competencia personal, y, por lo tanto, brindando sensación de bienestar consigo mismo.

En cuanto a lo concerniente con el bienestar físico, las personas con esquizofrenia tienen una relación dos o tres veces mayor de morbilidad y mortalidad, teniendo una expectativa de vida 20% menor (15-20 años menos que la población general). Suelen tener conductas o hábitos nocivos sobre el organismo y la capacidad funcional como el tabaquismo, sedentarismo y dieta no saludable. Como resultado las personas con dicha condición mental pueden llegar a tener

problemas cardíacos, respiratorios, aumentar de peso, estar en riesgo de padecer diabetes tipo 2 y síndrome metabólico (Castro Suárez, 2022, pág. 6).

En la página web especializada en el tema antes mencionada, informan acerca de lo aquí desarrollado:

Las razones de esta alta incidencia de mala salud física son complejas. Indudablemente, parte del problema radica en las opciones de estilo de vida de muchas personas con esquizofrenia, como el hábito de fumar (más del 70 % de las personas con una enfermedad mental grave fuman en comparación con aproximadamente el 25 % de la población general) y el uso de drogas callejeras. Luego está el problema de los efectos secundarios de la medicación antipsicótica utilizada para tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia, como las alucinaciones. Pero también está el problema de los estilos de vida sedentarios y las malas dietas que adoptan la mayoría de las personas con esquizofrenia y es aquí donde un buen régimen de ejercicio personal puede marcar una diferencia real. (Living with schizophrenia.(s.f.).*Ejercicioyesquizofrenia*.<https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/negative-symptoms-understanding/>).

Otro problema que deben enfrentar las personas con esquizofrenia son las alteraciones del sueño, ya que ambas van de la mano. En la ya mencionada página web indican que los médicos suelen recetar sedantes para mejorar el ritmo circadiano, y muy pocos recomiendan un programa de ejercicios físicos. Estudios han sugerido que el ejercicio reduce la ansiedad o la depresión, colaborando, a la vez, en la regulación del ciclo del sueño. Otros estudios han atribuido dicho beneficio a cambios en la química cerebral o la temperatura corporal.

Teniendo en cuenta todo lo desarrollado, es posible afirmar que la dimensión de bienestar físico es altamente beneficiada al utilizar el ejercicio físico como manera de activación conductual ([https://living with schizophrenia uk.org/information-sheets/negative-symptoms-understanding/](https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/negative-symptoms-understanding/)).

Durante el proceso de la terapia en cuestión, se trabaja fomentando que la persona con esquizofrenia pueda realizar sus elecciones y control personal, siendo agente de su propio desarrollo. Se considera la posibilidad que la persona pueda, además de armar su programa diario de ejercicios, también elegir la manera de llevarlo a cabo, es decir, se promueve la idea que pueda elegir la manera de realizar diariamente su programa, la cual podría desarrollarse de manera individual, en grupo, con profesor, al aire libre, en un gimnasio, su propia casa, o un club. También tiene a su cargo el realizar el autorregistro de lo ejecutado de manera diaria, semanal y mensual. Se considera que el hecho que la persona tenga la posibilidad de elección y la

responsabilidad de llevar a cabo el control de sus actividades y emociones, permite que lo concerniente al área de autodeterminación se vea beneficiado.

Una investigación acerca del deporte y la inclusión de personas con condición mental grave afirma que la realización de ejercicio físico puede utilizarse como herramienta de normalización social con la cual sea posible potenciar la estimulación, recuperación o refuerzo de aspectos de carácter transversal, combatir la falta de información e ignorancia que llevan al pesimismo sobre la capacidad y posibilidad de inclusión social (Casado et al, 2020, pág. 73). Tomando este estudio como referencia es posible corroborar que la implementación del ejercicio físico en un programa de activación conductual para colaborar con el tratamiento de personas con esquizofrenia, puede, a su vez, influir de manera positiva en la inclusión. Lo que se propone trabajar es lo referido a conectar con redes de apoyo, promover funciones de rol y estilos de vida, fomentar ambientes normalizados e integrados, proporcionar oportunidades para la integración y participación en la comunidad.

El programa de activación conductual basado en el ejercicio físico como coadyuvante en el tratamiento de los síntomas negativos en personas con esquizofrenia, posibilita la disminución de esta sintomatología, así como también posibilita la mejora de la calidad de vida influyendo positivamente en sus dimensiones. El resultado de la presente propuesta de intervención debería verse reflejado tanto en la evaluación subjetiva cómo en la objetiva, de acuerdo con la satisfacción de la calidad de vida de la persona. Ésta, al estar implicada en la confección y organización de su programa de ejercicio físico, y a su vez, mediante el disfrute en la ejecución, mejora su sensación de bienestar, autonomía, salud física y las dimensiones de la Calidad de Vida que se encuentran comprometidas cuando los síntomas negativos se incrementan.

Conclusión

La esquizofrenia es una condición mental grave que afecta la vida, desde lo personal, laboral, estabilidad económica, y las relaciones interpersonales. Como resultado se ve alterada de manera negativa su calidad de vida, la autonomía e independencia.

A lo largo de la presente tesina se conceptualizó la esquizofrenia desde el marco cognitivo comportamental, presentando la sintomatología en general, y haciendo foco en los síntomas negativos en particular. Se puntualizó cómo éstos influyen en el deterioro de la calidad de vida de las personas con dicha condición mental grave.

Más allá de lo imprescindible que son los tratamientos de los síntomas positivos, es importante hacer foco en cómo abordar la sintomatología negativa, gran responsable en la disminución de la calidad de vida de las personas con dicha condición mental grave. Síntomas pertenecientes a este último grupo tales como la anhedonia, apatía, aplanamiento afectivo, alexitimia, abulia, influyen en el deterioro de la calidad de vida, disminuyendo la motivación para con las tareas diarias, el estudio, y el trabajo, lo cuál incide en lo económico, provocando dependencia de familiares o amigos. También se ve comprometida la higiene personal, y las relaciones interpersonales.

La Activación Conductual es un tratamiento eficaz para trabajar la sintomatología negativa. Es un proceso terapéutico perteneciente a la tercera ola de la Terapia Cognitivo Comportamental, cuyo propósito es aumentar la activación y el compromiso en el mundo de la persona. Se promueve la recuperación e integración a la comunidad, realizando intervenciones que colaboren en posibilitar la estabilidad sintomática, una vida independiente, el establecimiento laboral y un adecuado funcionamiento social.

Al momento de investigar las distintas disciplinas o actividades con las cuales son abordados los diseños de programas de Activación Conductual para personas con esquizofrenia, se observó que no se tiene en cuenta el ejercicio físico como actividad principal. Por lo cuál en la presente tesina de grado se analizó el impacto que tiene el ejercicio físico en la sintomatología negativa y la calidad de vida de la persona con esquizofrenia en el programa de tratamiento de la Activación Conductual.

El ejercicio físico se define como una actividad física planeada, estructurada y repetitiva con el objetivo de mejorar ciertos aspectos de salud o nivel de forma física. Los beneficios de su realización de manera sistemática en personas con esquizofrenia son muchos. En lo concerniente a la salud física, se observa que la actividad aeróbica mejora lo referido al sedentarismo, los problemas cardíacos, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. A su vez, la consecución del ejercicio físico, trae aparejado resultados en el aspecto psicológico mediante el surgimiento de estados emocionales saludables como diversión, alegría, autosatisfacción, confianza, orgullo, entusiasmo, excitación, satisfacción con la vida o grado de felicidad personal.

Se observa que la tensión, enfado, depresión, ansiedad, fatiga y confusión parecen disminuir. Otro aspecto en el cual el ejercicio físico colabora es lo concerniente a la interacción social, favoreciendo las relaciones interpersonales.

Es posible afirmar que el ejercicio físico realizado de manera periódica y sistemática, tiene además de los beneficios antes mencionados, una óptima resonancia sobre los síntomas negativos, colaborando en la disminución de los mismos. Esto es debido a que el ejercicio físico puede ayudar a mejorar síntomas como la apatía, el letargo, el retraimiento social y la abulia. Por lo tanto, es admisible pensar la posibilidad de diseñar un programa de Activación Conductual basado en el ejercicio físico, no solo por la sensación de disfrute, plenitud, alegría, aumento de agilidad, coordinación, y equilibrio que otorga el ejercicio, sino también por colaborar en la volición de las personas con esquizofrenia y lo que respecta a la interacción social. Con respecto a ésta última, por medio de un programa de Activación Conductual basado en el ejercicio físico, es posible mejorar la comunicación, y la integración social, ya que la misma actividad invita a esas conductas. Es importante al momento de la diagramación del programa, tener en cuenta las particularidades de cada persona con respecto a las actividades que serán programadas y la manera de llevarlas a cabo, dándole un rol activo, siendo agente de sus elecciones.

La disminución de los síntomas negativos colabora con una mejora en la Calidad de Vida de las personas con esquizofrenia. Así mismo, el ejercicio físico incide favorablemente en las dimensiones de la CV. Algunos ejemplos de ello es la dimensión bienestar emocional, la cuál se ve beneficiada, ya que mediante la ejecución del ejercicio físico es posible mejorar la percepción de felicidad y la reducción del estrés. También se beneficia la dimensión bienestar físico, produciendo mejoras correspondiente a los problemas del sueño, cardíacos, diabetes, y síndrome metabólico. Las demás dimensiones también que resultan favorecidas son la dimensión bienestar material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación e inclusión social.

Con lo desarrollado en base a lo planteado, es posible aseverar que el diseño de un programa de Activación Conductual basado en el ejercicio físico puede tener un impacto positivo en la Calidad de Vida de las personas con esquizofrenia, colaborando en el tratamiento junto a la psicoterapia y la farmacoterapia.

Si bien desde el aspecto teórico la presente propuesta está desarrollada, queda el tema abierto para la investigación y estudio de campo, llevando a cabo en la práctica clínica con personas con esquizofrenia que gustan de la realización de ejercicio físico, un programa de activación conductual basado en la actividad que aquí se presenta.

Referencias bibliográficas:

- Aguilera, M. D. G. C., & González-Terrazas, R. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 29(4), 175-195.
- Arent, S. M., Rogers, T. J., & Landers, D. M. (2001). Mental health and physical activity. *Sportwissenschaft*, 31(3), 239-254.
- Aspanaex (2014). *Cuáles son las ocho dimensiones de calidad de vida propuesto por Schalock*, [30-14-21-36.admin.DIMENSIONES CALIDAD VIDA \(1\).pdf](#)
- Barraca, J., & Pérez Álvarez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Editorial Síntesis.
- BATD (s.f.) *Activación conductual para depresión*. <http://batd.com.ar/recursos/>
- Beck Aaron, (2012), *Aaron Beck premiado por sus investigaciones en el campo de la esquizofrenia*, <https://noticias-psicologia.cpaaronbeck.com/2012/02/aaron-beck-premiado-esquizofrenia/>
- Berrettoni, P. A. (1990). ALCMEON 1 Cronología histórica de los conceptos clínicos sobre esquizofrenia-Parte I. *Alcmeon*, 1, 59-77.
- Bertolini Rodriguez, P. (2022). *Una mirada psicoanalítica sobre la psicosis*.
- Bianchi, J., Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33(2).
- Casado, D. G., Algarra, J. C., & Tardón, B. G. (2020). Deporte e inclusión social en personas con trastorno mental grave (TMG). *Psychology, Society & Education*, 12(1), 71-83.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126.
- Castro Suarez, I. (2022). Efecto de diferentes programas de ejercicio físico sobre el síndrome metabólico en personas con esquizofrenia.
- Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J. M., Alot Montes, A., García-Herrera, J. M., González López, M. J., & Moreno Küstner, B. (2014, August). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 37, No. 2, pp. 223-233). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- De Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.
- Elstein, L. (2001). Bleuler: un pionero. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (7), 61-64.
- Ey, Henry. (1996). *Las psicosis esquizofrénicas*, Tratado de Psiquiatría (pp. 472, 473). Barcelona: Editorial Masson S.A.

- Fernández-Abascal Puente, M. B. (2021). *Impacto de una intervención combinada de ejercicio físico y psicoeducación sobre la salud física y mental en personas con síndrome metabólico y trastorno del espectro de la esquizofrenia*.
- Freud, S. (1982). Obras completas: publicaciones prepsicoanalítica y manuscritos inéditos en vida de Freud 1889-1899. In *Obras completas: publicaciones prepsicoanalítica y manuscritos inéditos en vida de Freud 1889-1899*.
- Freud, S. (1991). *Las neuropsicosis de defensa*. Obras completas (Vol. 3, pp. 60). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1894).
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 9-25.
- Gutiérrez López, M. I. (2015). Calidad de vida y factores asociados en la esquizofrenia.
- Lopez Muñoz, N., & Villamil Jimenez, J. L. (2020). *Características de las intervenciones basadas en ejercicio físico para pacientes con depresión y esquizofrenia: revisión exploratoria*.
- Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 48(1), 185-206.
- Martín, L. C. F., Velasco, C. F., Fernández, C. M. (2014). *Terapia de activación conductual para síntomas negativos de la esquizofrenia: a propósito de un caso*. Norte de Salud mental, 12(49), (pp. 76-81).
- Mendoza Figueroa, D. A. (2018). *Eficacia de la actividad física en pacientes con esquizofrenia para mejorar el manejo de sus síntomas negativos del Hospital Especializado Julio Endara, en el período mayo–noviembre 2018* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Morales Vigil, T., Fresán Orellana, A., Robles García, R., Domínguez Correa, M. (2015). *La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia*. Salud mental, 38(5), (pp. 371-377).
- Mullor, D., Gallego, J., Cangas, A. J., Aguilar-Parra, J. 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/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport, 17(67), (pp. 507).
- Muñoz Molina, F. J., & Ruiz Cala, S. L. (2007). *Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia*. Revista colombiana de psiquiatría, 36(1), 98-110.
- Navarro Gómez, N. (2013). *Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años*.
- Novella, Enric J., Huertas, R. (2010). *El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia*. Clínica y Salud, 21(3), 205-219. Recuperado en 26 de septiembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002&lng=es&tlng=es.

- OMS (26 de noviembre, 2020) *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- OMS (21 de enero, 2022) *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- OMS (5 de octubre, 2022) *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.
- Pérez Ayala, Manuel. (2017). Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con esquizofrenia. *Revista de Bioética y Derecho*, (41), 171-186. Recuperado en 22 de octubre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000300012&lng=es&tlng=es.
- Pichón-Rivière, E. (1977). *La psiquiatría, una nueva problemática*. Nueva Visión.
- Pozón, S. R. (2014). La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias. Análisis bioético, conceptual y psicopatológico. *¿La hora de los consultores?*
- Puente, M. B. F. A. (2021). *Impacto de una intervención combinada de ejercicio físico y psicoeducación sobre la salud física y mental en personas con síndrome metabólico y trastorno del espectro de la esquizofrenia* (Doctoral dissertation, Universidad de Cantabria).
- Ribotta, L. (2022). *El tratamiento de Activación Conductual en personas adultas con depresión mayor*. (Tesina de Grado, Universidad de Belgrano).
- Rocha, C. L., Méndez, A. G., Carrillo, J. P., & Daolio, J. (2016). Antecedentes históricos de la actividad física para la salud. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 17(1), 67-76.
- Rodríguez-Vidal, M., Castro-Salas, M., Sanhueza-Escobar, V., del Valle-Utreras, A., & Martínez-Arriagada, J. (2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Aquichan*, 11(1), 66-76.
- Romero Gamero, R., Poves Oñate, S., Vucinovich, N. (2011). *Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide*. Análisis y modificación de conducta (vol. 37, pp. 155-156).
- Ruiloba, J. V. (2015). Introducción (I). Psicopatología, psiquiatría y enfermedad mental. Tendencias en la psiquiatría actual. In *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*.
- Sales, L. (2006). *Freud, desde la paranoia al reconocimiento de la esquizofrenia*. Intercanvis, Papers de Psicoanàlisi, (17).
- Salguero, J. M. B., & Martínez, A. M. M. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia*, 8(2), 83-93.
- Tricas, J. M. (enero 31, 2018). ABC Sociedad. *Cómo se trataba la esquizofrenia, provocando crisis al enfermo: la verdadera historia del cardiazol*. https://www.abc.es/sociedad/abci-como-trataba-esquizofrenia-provocando-crisis-enfermo-verdadera-historia-cardiazol-201801312032_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.abc.es%2Fsociedad%2Fabci-como-trataba-esquizofrenia-provocando-crisis-enfermo-verdadera-historia-cardiazol-201801312032_noticia.html

- Verdugo MA, Martín M. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*. 2002;25(4):68-77.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L., & Jordán de Urríes, B. (2013). Calidad de vida. *MA Verdugo & RL Schalock (Coords.), Discapacidad e inclusión manual para la docencia*, 443-461.
- Weinberg, R. S., Gould, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico* (pp.398). Barcelona: Ariel.