

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Título del Trabajo Fin de Grado: El uso del ocio y el tiempo libre como medio terapéutico para trabajar con personas con esquizofrenia.

Autora: Medina Escobar, Patricia

Nº expediente: 1410

Tutora: Roldan Romero, Alba

Departamento y área: Departamento de Ciencias del Deporte

Curso académico 2020- 2021

Convocatoria de Mayo

Índice	Pág
I. Resumen/Abstract	3
II. Introducción	4
III. Método	6
IV. Síntesis de resultados	8
V. Conclusiones	13
VI. Propuesta práctica	13
VII. Bibliografía	16



I. Resumen

Las personas diagnosticadas de esquizofrenia tienen una vida sedentaria y una baja participación en el ámbito del ocio y el tiempo libre. Algunas de las principales causas pueden deberse a un bajo estado físico, baja motivación o incluso una baja calidad de vida. Asimismo, suelen desconocer la actividad física y los beneficios que puede aportarles en los distintos ámbitos de su persona (en ocasiones puede ocurrir que se les limite la actividad física). En este estudio, se demuestra cómo la actividad física en un contexto de ocio y tiempo libre puede ser de ayuda para adultos con esquizofrenia debido a los beneficios psicológicos, físicos y cognitivos que proporciona. También vemos cómo estos beneficios se transfieren a la ejecución de las actividades diarias de forma que, al realizar actividades físicas, aumente su equilibrio ocupacional.

Abstract

People diagnosed of schizophrenia have sedentary life and a low participation in leisure and free-time field. Some of the main causes can be due to low physical activity, low motivation and even a low quality of life. Likewise, they do not usually know about physical activity and its benefits in their personal life (sometimes it may happen that they are limited in physical activity). In this research, we will show and prove how physical activity in the leisure context can help adults with schizophrenia due to the psychological, physical and cognitive benefits. Also, we can see how these benefits can be applied to quotidian life and they will increase the occupational balance.

Palabras clave

Esquizofrenia, actividad física, actividades de ocio, Terapia Ocupacional, beneficios

Keywords

Schizophrenia, Physical activity, Leisure time, Occupational Therapy, Benefits.

I. Introducción

La esquizofrenia es un trastorno grave del neurodesarrollo que dura toda la vida y que impacta en la forma de cómo una persona piensa, siente y se comporta. Todavía no está claramente establecido cuál es el origen de la esquizofrenia, pues viene influenciada por sus genes, el medio ambiente y la química del cerebro (1).

Según el DSM V (2) existen cinco tipos de esquizofrenia: a) Paranoide: abundancia de ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas; b) Catatónica: bastante sintomatología negativa (catalepsia, negativismo, mutismo) u otros como ecolalia o ecopraxia; c) Desorganizada: predomina un repertorio de conductas caóticas y una afectividad plana, es decir, no sabe cómo actuar de forma adecuada en el mundo que le rodea; d) Residual: ausencia de sintomatología de las esquizofrenias descritas anteriormente; e) Indiferenciada: en este grupo se ubican aquellos perfiles que no encajan en los anteriores perfiles (2). Los síntomas de la esquizofrenia, ya sean temporales o permanentes, se clasifican en positivos y negativos. Los síntomas positivos se relacionan con cualquier cambio en el comportamiento o los pensamientos, como alucinaciones o delirios. Mientras que los negativos hacen referencia al aislamiento social, es decir el mundo que las rodea, no interesándose por las interacciones sociales cotidianas y, a menudo, muestran emociones planas o una ausencia total de éstas (1).

En la actualidad 21 millones de personas viven con esquizofrenia en todo el mundo y esta cifra seguirá aumentando con el envejecimiento y el crecimiento de la población (3). La mayoría de estas personas viven en países de ingresos bajos y medios coincidiendo con las mayores brechas de tratamiento (4). La afectación es mayor en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones), desarrollando estos primeros la enfermedad en edades más tempranas (3). En España, la prevalencia media estimada es de 3,0 por 1000 habitantes por año para los hombres, pero ligeramente inferior para las mujeres: 2,86 por 1000 habitantes (5).

La literatura científica ha demostrado que la esquizofrenia reduce la esperanza de vida de 15 a 20 años si se compara con la población general (6). Se suele asociar a un estilo de vida estático y una dieta poco saludable con el desarrollo de muchas comorbilidades. Algunas de ellas pueden ser: obesidad, diabetes mellitus tipo 2, aumento de colesterol, insomnio, patologías cardiovasculares, déficit cognitivos principalmente atención, memoria y funciones ejecutivas (6-8). Además de las limitaciones funcionales descritas, estudios realizados

demuestran que las personas diagnosticadas de esquizofrenia presentan altos niveles de sedentarismo (9,10), problemas con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, de ocio y tiempo libre, educación, trabajo y participación social (11-13), lo que conlleva a una reducción de la calidad de vida de este colectivo (12).

Según la American Occupational Therapy Association (AOTA) (15), la práctica de terapia ocupacional implica la habilidad del profesional para combinar eficazmente los distintos componentes del proceso terapéutico en el contexto de la vida de la persona, con objetivo de facilitar, mantener o mejorar el desempeño ocupacional (14), promoviendo la participación de los usuarios en recursos sociocomunitarios de su entorno (15). Para ello, se estructuran diferentes programas de información, educación y entrenamiento de habilidades que se realizan tanto en el centro como en el propio entorno socio comunitario de la persona (15). Según el libro Blanco de Terapia Ocupacional (23), los terapeutas ocupacionales (TO) tienen competencias en el ámbito del ocio y la recreación; principalmente en habilidades sociales, actividades recreativas, culturales, fiestas, y celebraciones y con la actividad física (25). La actividad física (AF) se define como cualquier movimiento corporal producido por el complejo músculo-esquelético que da como resultado un gasto de energía. Esta se relaciona directamente con las actividades de la vida diaria que se pueden clasificar en: ocupacionales, deportivas, acondicionamiento, hogar u otras actividades (16). La literatura científica ha demostrado que la práctica de AF regular conlleva numerosos beneficios a nivel físico, cognitivo y psicológico en la población en general (17-22). Los beneficios físicos como la disminución de enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta y diabetes (17). Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal (19). Fortalece los huesos, aumentando la densidad ósea. Fortalece los músculos y mejora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria sin fatiga (18). Los beneficios psicológicos se ven reflejados en la mejora de la autoestima, la percepción corporal y los niveles de activación. Así mismo, se percibe disminución del estrés, de la tensión nerviosa, de la depresión y el cansancio (18, 21). Los beneficios cognitivos se ven reflejados en la mejora de la memoria, aprendizaje y atención (22). Para alcanzar estos beneficios, la Organización Mundial de la Salud determina pautas de práctica de actividad física en adultos y niños; por ejemplo, en adultos se recomienda «acumular al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada en casi todos, o mejor todos, los días de la semana» (24).

Así pues, tras lo expuesto anteriormente, el objetivo de este estudio es realizar una búsqueda bibliográfica para identificar qué beneficios podría tener la práctica de actividad física en adultos con esquizofrenia, con la finalidad de proponer su uso como herramienta de ocio y tiempo libre para conseguir un buen equilibrio ocupacional.

III. Método

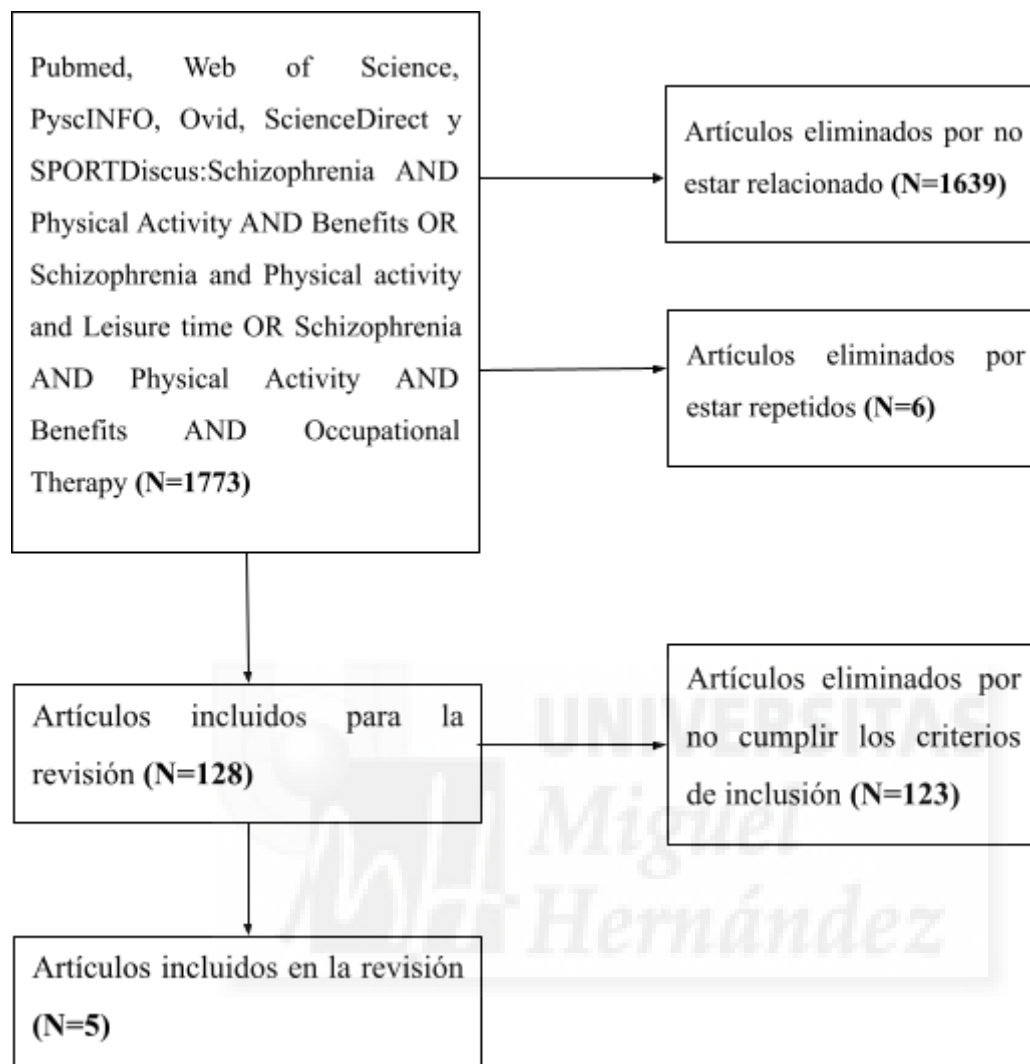
Protocolo de búsqueda

Entre los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2020 se realizó una búsqueda bibliográfica, utilizando 6 bases de datos: Pubmed, Web of Science, PyscINFO, Ovid, ScienceDirect y SPORTDiscus. La estrategia de búsqueda se centró en trabajos escritos tanto en español como en inglés, y utilizando los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeSc): “Schizophrenia” OR “Esquizofrenia”; “Physical activity” OR “Actividad Física”; “Leisure time” OR “Actividades de ocio”; “Occupational Therapy” OR “Terapia Ocupacional”; “Benefits” OR “Beneficios”. Se realizó la búsqueda bibliográfica utilizando los descriptores junto con los operadores booleanos “AND” y “NOT” cómo, por ejemplo: "Schizophrenia AND Physical Activity AND Benefits"

Criterios de elegibilidad

La presente revisión sistemática siguió la metodología marcada por Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para realizar revisiones sistemáticas (26). Los trabajos fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios: i) que estuviera publicado en los diez últimos años para obtener información más actualizada; ii) artículos escritos tanto en inglés como castellano y de libre acceso obtener los resultados lo más veraz posible; iii) artículos tanto de mujeres como hombres de rango de edad de los 18 a los 65, siendo un criterio de exclusión artículos que menciona a menores de edad y tercera edad, (i.e. mayores de 65 años); iv) los trabajos debían tratar sobre personas diagnosticadas de esquizofrenia, siendo excluido artículos que mencionan a usuarios con diagnósticos asociados, por ejemplo: trastorno bipolar, ansiedad y depresión; v) actividad física orientada a aspectos de ocio y tiempo libre.

Fuentes de información y selección de estudios



Extracción de datos

Una vez realizada la búsqueda de la bibliografía en las bases de datos Pubmed, Web of Science, PyscINFO, Ovid, ScienceDirect SPORTDiscus con los descriptores: “Schizophrenia” OR “Esquizofrenia”; “Physical activity” OR “actividad física”; “Leisure time” OR “Actividades de ocio”; “Occupational Therapy” OR “Terapia Ocupacional”; “Benefits” OR “Beneficios”; quedando 1773 artículos en total. Tras incluir los criterios de inclusión, artículos publicados entre el 2010 y 2020, y ser de libre acceso, quedaron 134 artículos. Se eliminaron los artículos duplicados (N=6), quedando un total de 128 artículos. Con los resultados obtenidos se realizó una lectura del título y del resumen observando con esto, que 123 artículos no tenían relación alguna con el tema a estudiar. Mencionar que la mayoría de los artículos eliminados en este punto iban orientados a: i) al tratamiento farmacológico de esquizofrenia, ii) al entrenamiento a través del ejercicio físico, y iii) los participantes presentaban otros diagnósticos asociados.

Tras hacer una selección de los criterios de inclusión y exclusión, se recuperaron 5 artículos restantes para su lectura completa, bien porque cumplían totalmente los criterios o porque contenían información precisa sobre la actualidad del tema.

IV. Síntesis de resultados

Los cinco artículos seleccionados demuestran que la actividad física tiene diversos beneficios, mejorando así síntomas psiquiátricos, la calidad de vida y el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia. Con respecto a los beneficios físicos, los estudios de Vancampfort (27), Yim Loh (29) y Rastad (30) indican que las personas con esquizofrenia que practican actividad física obtienen mejoras a nivel respiratorio, mayor fuerza muscular y disminución del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares asociadas al sobrepeso. Igualmente, la AF tiene un impacto positivo en cuanto a los aspectos psicológicos asociados a la esquizofrenia, como son la sintomatología positiva, reducción de la ansiedad, una mejor tolerancia al estrés y una mejora de la autoestima (27, 29, 31). Así mismo, la literatura reporta beneficios a nivel cognitivo, como la mejora de la atención, procesamiento de la información y memoria (30,31). Además se observa que el alcanzar estos beneficios de forma conjunta, facilita una mejor socialización y aceptación de este colectivo en la comunidad (28).

Tabla 1. Características y principales resultados de los estudios incluidos en la revisión.

Estudio	Muestra	Escalas/test de valoración	Principales resultados y conclusiones
<p>Vancampfort D, Probst M, Scheewe T, Maurissen K, Sweers K, Knapen J, De Hert M. (2011)</p> <p>La falta de actividad física durante el tiempo libre contribuye a un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esquizofrenia.</p>	<p>60 usuarios con esquizofrenia. 40 controles sanos aceptaron participar. Realizado en un hospital La duración media de la enfermedad fue de 14,2 ± 9,4 años.</p>	<p>Escala de calidad de vida SF-36 y el Cuestionario de actividad física de Baecke y prueba de caminata de 6 minutos (6MWT)</p>	<p>La calidad de vida relacionada con la salud física y mental y las puntuaciones de Baecke y 6MWT fueron significativamente más bajas en pacientes con esquizofrenia en comparación con controles sanos. La calidad de vida relacionada con la salud física en pacientes con esquizofrenia no solo se relaciona con un aumento del IMC sino también con la falta de actividad física en el tiempo libre. Los hallazgos actuales brindan más apoyo para la incorporación rutinaria de la actividad física dentro de los programas de rehabilitación y evaluaciones clínicas, de esta forma se reduciría el IMC, mejoraría la calidad de vida y se potenciaría una vida más saludable y activa.</p>
<p>Cella M, Edwards C, Wykes T. (2016)</p>	<p>Este diseño es transversal y longitudinal. Una comparación de las</p>	<p>Encuesta de uso del tiempo es una entrevista semiestructurada en la que se pide a los participantes</p>	<p>Los resultados de este estudio identifican el ocio, la socialización, el trabajo y el estudio como áreas clave en las que los individuos con esquizofrenia experimentan limitaciones en comparación con la población general.</p>

<p>Una cuestión de tiempo: un estudio sobre el uso del tiempo en personas con esquizofrenia</p>	<p>medias entre las personas con esquizofrenia y la población general Edad de 18 a 65 años</p>	<p>que informen retrospectivamente del tiempo dedicado a una variedad de actividades.</p>	<p>También destaca que las personas con esquizofrenia informan una cantidad considerable de tiempo no contabilizado, a menudo descrito como reposo y “no hacer nada”. En el caso de invertir ese tiempo perdido en realizar actividades físicas disminuirían las barreras de socialización y mejoraría tanto la condición física como la variedad de actividades a las que dedicar su tiempo de forma saludable y activa.</p>
<p>Yim Loh S, Abdullah A, Abu Bakar A, Thambu M, Ruzyanei N. (2015).</p> <p>Reclusos que caminan estructurados y esquizofrenia institucionalizada crónica: un estudio piloto de ECA sobre la calidad de vida.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio (ECA) de 2 brazos. Pacientes adultos con esquizofrenia entre las edades de 18 a 65 años Realizado en una institución de larga estancia.</p>	<p>Escala de calidad de vida (SF-36), síntomas psiquiátricos (PANSS) y desempeño personal y social (PSP)</p>	<p>La participación de caminar tuvo un efecto positivo en la calidad de vida, el bienestar y los síntomas psiquiátricos en personas con esquizofrenia crónica. Este estudio mostró evidencia temprana de la eficacia de una actividad física en el estilo de vida diaria. Es necesario que los servicios de salud mental pasen de la institucionalización a la vivienda comunitaria, y una intervención tan simple en el estilo de vida (utilizando un enfoque de autogestión del paciente) puede ayudar de manera rentable a preparar a las personas para que se reintegren a la sociedad.</p>
<p>Rastad C, Martin C, Asenlöf P.</p>	<p>21 pacientes con esquizofrenia (n = 19) o</p>	<p>Entrevista con preguntas semiestructuradas.</p>	<p>Los resultados muestran que los síntomas, pensamientos negativos, falta de motivación (miedo al fracaso, la soledad, la</p>

<p>(2014)</p> <p>Barreras, beneficios y estrategias para la actividad física en pacientes con esquizofrenia</p>	<p>trastorno esquizoafectivo (n = 2)</p> <p>Edad 22–63</p> <p>3 clínicas psiquiátricas</p>	<p>Cuestionario sobre variables de antecedentes demográficos (de la versión sueca de la Entrevista clínica estructurada para síntomas de remisión [SCI-SR]) y preguntas sobre hábitos de vida actuales.</p>	<p>poca fe en la propia capacidad y las expectativas de resultados) son algunas de las barreras que las personas con esquizofrenia deben superar para estar físicamente activos y donde la actividad física tiene un papel fundamental en la reducción de síntomas. La adherencia al tratamiento farmacológico fomenta a su vez la motivación para realizar actividades físicas que mejoran la sintomatología negativa expuesta anteriormente. Resulta ser un círculo vicioso, pues la mejora en una de las áreas del individuo como el ejercicio físico ayuda en la potenciación de otras áreas psicológicas y físicas.</p>
<p>Bhatia T, Mazumdar S, Wood J, He F, Gur RE, Gur RC, Nimgaonkar VL, Deshpande SN.</p> <p>(2017)</p> <p>Un ensayo controlado aleatorio de yoga complementario y</p>	<p>Mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia. Pacientes ambulatorios. (N = 238)</p>	<p>Una entrevista semiestructurada e información disponible de historias clínicas e informantes. Las funciones cognitivas se evaluaron con la Bateria Neurocognitiva Computarizada de la</p>	<p>El ensayo confirmó una mejora en el índice de velocidad del dominio cognitivo de atención en individuos con esquizofrenia después de realizar yoga como actividad física.</p> <p>Los beneficios de yoga estuvieron presentes para los índices de precisión de la memoria facial, la abstracción, la flexibilidad mental, la atención, índices de velocidad, emoción y memoria espacial en los participantes del ensayo.</p>

entrenamiento con ejercicio físico complementario para la disfunción cognitiva en la esquizofrenia		Universidad de Pensilvania (Penn CNB)	La intervención mejoró la memoria y la atención durante un período de seguimiento de 6 meses.
--	--	---------------------------------------	---



V. Conclusiones

A través de la búsqueda bibliográfica realizada, hemos demostrado que un estilo de vida sedentario es un factor de riesgo para el desarrollo de muchas enfermedades crónicas, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, que es una de las principales causas de muerte en el mundo occidental. Cada vez se considera a la actividad física como una parte importante de un estilo de vida saludable y existe más evidencia científica sobre sus beneficios, tanto desde el punto de vista físico como psicológico y cognitivo. Por ello, es interesante proponer la AF como herramienta de ocio y tiempo libre a través de la cual puedan conseguirse objetivos terapéuticos en personas con esquizofrenia. Desde la visión holística de la persona que tienen los profesionales de terapia ocupacional, también se debe tener en cuenta las funciones, las estructuras corporales, el entorno y el contexto donde se desenvuelve la persona, ya que son elementos en los que se demuestra que se puede intervenir a través de la actividad física. Para concluir ponemos en manifiesto la necesidad de más investigación desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional y mediante la realización de programas de mayor duración, considerando los numerosos beneficios que la actividad física aporta a la persona

VI. Propuesta práctica

La siguiente propuesta práctica nace de la necesidad percibida en la literatura estudiada, con la idea de utilizar la AF como herramienta de trabajo desde la perspectiva del terapeuta ocupacional. La propuesta estaría dirigida al grupo de interés, personas diagnosticadas con esquizofrenia, que presente niveles altos de sedentarismo, baja calidad de vida, baja iniciativa en las actividades de la vida diaria y baja participación social. Que hayan sido derivadas a centros de día y/o viviendas tuteladas y que vivan dentro del municipio de Alicante. La intención sería presentar la propuesta a una convocatoria competitiva ofrecida por el ayuntamiento de Alicante.

Al inicio de la intervención se pasarán diferentes evaluaciones. La *Escala de valoración de ocio y tiempo libre (E.V.O.T.L.)* para la valoración adecuada del funcionamiento de un sujeto en esta área: Desempeño de actividades, estructuración y planificación, relaciones sociales, motivación y disfrute. *Mini Mental (MMSE)* es una herramienta que se utiliza para evaluar de manera sistemática y exhaustiva el estado mental. El cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud del *Short Form 36 (SF-36)* se pasará a los tres meses y al finalizar a

los seis meses se volverán a pasar las evaluaciones para comparar resultados y mejoras obtenidas. Al final de cada sesión la Terapeuta Ocupacional registrará lo observado durante la intervención en base al interés, participación, efectos de la actividad, relaciones socio afectivas y reacciones psicomotoras mostradas por los usuarios. Además, semanalmente se hará un análisis de los puntos fuertes, puntos débiles y áreas de mejora de las actividades realizadas. De esta forma el TO puede ir ajustando la intervención de manera que ésta se haga lo más efectiva posible obteniendo mejores resultados.

Las intervenciones se realizarán en sesiones grupales que inicialmente se llevarán a cabo dos veces por semana, los miércoles y los domingos, y con una duración de 6 meses.

Los miércoles se ofrecerían actividades sólo para usuarios con esquizofrenia en horario de 16:00h a 18:00h.

Las actividades serán propuestas tanto por el TO como por los usuarios para fomentar la comunicación, la escucha y la empatía. Algunos ejemplos de estas actividades son las siguientes: visitas a museos, cine, ferias, arteterapia, yoga, pilates, psicomotricidad y musicoterapia.

Los domingos, en horario de mañana de 10:00h a 13:00h, se realizarían actividades orientadas para usuarios, familiares, amigos y personas de la comunidad. La actividad física planteada es el senderismo, donde se realizarán diferentes rutas en el medio natural.

Las intervenciones donde se realiza la ruta de senderismo se estructuran en tres partes: 1. Al inicio de cada sesión el grupo realizará un calentamiento general entendiendo por calentamiento a un conjunto de ejercicios realizados antes de una actividad que consiste en la movilización activa de los grupos musculares de todo el cuerpo y destinados principalmente a la actividad que se llevará a cabo posteriormente. En torno a unos 10 minutos. 2. En esta segunda fase se llevará a cabo la actividad principal adaptada a las características de los usuarios, aproximadamente de 1.30h a 2h. Se realizarán paradas técnicas de corto tiempo para hidratarse y una más larga para almorzar. 3. Por último y para finalizar cada sesión, se realizará la vuelta a la calma cuyo objetivo es la reducción gradual de la intensidad del ejercicio y que tendrá una duración de 15 minutos.

Las actividades serán difundidas a través de charlas en centro de día, viviendas tuteladas, asociaciones y publicidad en redes sociales.

Esta propuesta tiene como objetivo buscar tres tipos de beneficios: físico, psicológico y cognitivo. A través de las actividades planteadas se busca obtener un mayor rango de movimiento, higiene postural, mejora del control motor y propioceptivo. A nivel psicológico el objetivo es conseguir una reducción de los síntomas asociados a la esquizofrenia

obteniendo así una mejora en cuanto a conseguir un bajo estrés y una menor ansiedad en la persona gracias a yoga y pilates. Por último, se busca conseguir un aumento de la estimulación cognitiva ya que la persona debe de estar con una constante atención en las actividades, memoria y comunicación. Sí cabe destacar un último punto, la unión y mejora de estos tres beneficios servirán para conseguir un aumento de las relaciones sociales, ya que al contar con familiares, amigos y gente externa del centro la socialización aumentará y con ello la integración de estas personas con su patología.



VII. Bibliografía

1. La esquizofrenia. El Instituto Nacional de la Salud Mental. 2011 [citado 30 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/index.shtml>
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Médica panamericana. 2018; 5.
3. Esquizofrenia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado el 23 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20afecta%20a%20m%C3%A1s,a%20una%20edad%20m%C3%A1s%20temprana.>
4. Charlson F, Ferrari A, Whiteford H. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bull.* 2018; 44(6): 1195-1203. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192504/>
5. Ayuso J, Gutierrez P, Haro J, Chisholm D. Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Res.* 2006; 86: 194-201. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996406002714?via%3Dihub>
6. Orellana G, Rodríguez M, González N, Durán E. Esquizofrenia y su asociación con enfermedades médicas crónicas. *Rev Med Chile.* 2017; 145: 1047-1053 <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n8/0034-9887-rmc-145-08-1047.pdf>
7. Caqueo Urizar A, Lemos Giráldez S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema.* 2008; 20(4): 577-582. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720411.pdf>

8. López Román F, Villegas García J, Martínez I, Martínez González A. Obesidad y síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2005; 12(2): 39-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1161022>
9. Vancampfort D, Firth J, Schuch B, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M, Carvalho F. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. World Psychiatry. 2017; 16(3): 308-315. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28941119/>
10. Bort Roig J, Briones Buixassa L, Felez Nobrega M, Guàrdia Sancho A, Sitjà Rabert M, Puig Ribera A. Sedentary behaviour associations with health outcomes in people with severe mental illness: a systematic review. European Journal of Public Health. 2020; 30(1): 150-157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30793737/>
11. Cella M, Edwards C, & Wykes T. A question of time: A study of time use in people with schizophrenia. Schizophrenia Res. 2016; 176: 480-484. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996416303152>
12. Capasso R, Lineberry T, Bostwick M, Decker P, St Sauver J. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. Schizophr Res. 2008; 98: 287-294. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18031996/>
13. Moriana Elvira J, Alarcón E, Herruzo Cabrera J. Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. Psicothema. 2004; 16(3): 436-441. <http://www.psycothema.es/pdf/3015.pdf>
14. Caballero M, Arenas de la Cruz J, Cabañero Simarro M, Díaz Merino C, Díaz Plaza Moraleda A, “et al.”. Libro blanco de la TO en salud mental. Grupo regional de trabajo de terapeutas ocupacionales de la red de salud mental de Castilla la mancha. 2016. [citado el 23 de enero de 2021]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/lb_terapia_ocupacional_sm_clm.pdf

15. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [23 de enero de 2021]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
16. Caspersen C, Powell K, Christenson G. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985; 100(2): 126–131. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>
17. Wannamethee S, Shaper A. Physical activity in the prevention of cardiovascular disease: an epidemiological perspective. Sports Med. 2001; 31(2): 101-114. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11227978/>
18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - PROTECCIÓN DE LA SALUD - ADOLESCENCIA - ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD - PADRES Y MADRES [Internet]. Mscbs.gob.es. 2021 [citado el 23 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/beneficios.htm#:~:text=La%20actividad%20f%C3%ADsica%20reduce%20el,huesos%2C%20aumentando%20la%20densidad%20%C3%B3sea>
19. Ferrari C. Metabolic syndrome and obesity: Epidemiology and prevention by physical activity and exercise. J Exerc Sci Fi. 2008; 6(2): 87-96. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.585.1187&rep=rep1&type=pdf>
20. Vancampfort D, Knapen J, Hert M, Winkel R, Deckx S, Maurissen K, Peuskens J, Simons J, Probst M. Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. Physical Therapy Reviews. 2009; 14(6): 388-398. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK77748/>

21. Reynaga-Estrada P, Arévalo Vázquez E, Verdesoto Gáelas Á, Jiménez Ortega I, Preciado Serrano M, Morales Acosta J. Beneficios psicológicos de la actividad física en el trabajo de un centro educativo. Retos nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2016; 30: 203-206. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5529626>
22. Blair S. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. Br J Sports Med. 2019; 43: 1. <https://bjsm.bmj.com/content/43/1/1>
23. Libro blanco de Terapia Ocupacional. LA ANECA. [Internet]. Uv.es. 20015 [citado el 23 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.uv.es/graus/OPE/ANECA/lilibros_blanco/libroblanco_terapiaocupacional_def.pdf
24. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado el 23 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
25. Sánchez Rodríguez Ó, Polonio López B, Pellegrini Spangenberg M. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Médica Panamericana. 2013.
26. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Medicina clínica. 2010; 135(11): 507-511. <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/Recursos/PRISMA%20Spanish%20Sept%202010.pdf>
27. Vancampfort D, Probst M, Scheewe T, Maurissen K, Sweers K, Knapen J, Hert M. Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. Schizophr Res. 2011; 129(2-3): 122-127. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21493044/>

28. Cella M, Edwards C, Wykes T. A question of time: A study of time use in people with schizophrenia. *Schizophrenia Res.* 2016; 176: 480-484. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27422333/>
29. Yim Loh S, Abdullah A, Abu Bakar A, Thambu M, Ruzyanei N. Structured Walking and Chronic Institutionalized Schizophrenia Inmates: A pilot RCT Study on Quality of Life. *Global journal of health science.* 2015; 8(1): 238–248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804032/>
30. Rastad C, Martin C, Asenlöf P. Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. *Phys Ther.* 2014; 94(10): 1467-79. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24830718/>
31. Bhatia T, Mazumdar S, Wood J, He F, Gur RE, Gur RC, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. A randomised controlled trial of adjunctive yoga and adjunctive physical exercise training for cognitive dysfunction in schizophrenia. *Acta Neuropsychiatr.* 2017; 29(2): 102-114. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27514629/>