

Actividad física, ansiedad, esquizofrenia y dependencias

Estudio de las relaciones entre actividad física y condiciones de salud mental conservando población, diseño, resultado y tiempo, sin equiparar síntomas, diagnósticos y cambios de participación.

Autoría: EDUFISICA

Publicación: 2026-10-13

Versión del contenido: 2026-10-13

Módulo: Actividad física, ejercicio y adherencia

Nivel propuesto: Intermedio

Lectura estimada: 25 min · 5457 palabras de cuerpo

Resumen

La actividad física se ha estudiado en relación con ansiedad, esquizofrenia y dependencias mediante diseños y resultados diferentes. Esta lectura mantiene cada condición separada y distingue síntomas, diagnósticos, experiencia inmediata y seguimiento. Examina ensayos pequeños, comparaciones con otras intervenciones, análisis por intención de tratar y protocolo, asociaciones temporales y dificultades de continuidad. En alcohol, otras sustancias y tabaco conserva la diferencia entre resultados físicos, deseo, consumo y abstinencia. La calidad de vida aporta preguntas de evaluación desde ejemplos clínicos distintos; las necesidades psicológicas ofrecen un marco general para formular hipótesis, sin demostrar eficacia del ejercicio. Los resultados se atribuyen a las fuentes consultadas y sus períodos, evitando convertir promedios o procedimientos históricos en diagnóstico, tratamiento o expectativas individuales.

Palabras clave: actividad física; ansiedad; esquizofrenia; dependencias; comparadores; adherencia; calidad de vida; salud mental

<https://edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/actividad-fisica-ansiedad-esquizofrenia-y-dependencias.html>

Cada ámbito conserva sus preguntas y medidas

Ansiedad

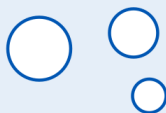


Estado, rasgo y síntomas

Diagnóstico requiere su procedimiento

Medida inmediata ≠ cambio persistente

Esquizofrenia



Función física y experiencias

Manifestaciones clínicas específicas

Cada resultado mantiene su nombre

Dependencias



Consumo y abstinencia durante seguimiento

Deseo de fumar en un episodio

Valoración física y participación

Síntesis conceptual: sin escala, diagnóstico ni efectos cuantificados.

[Inferencia] Organizador original de ámbitos y medidas del capítulo sobre esquizofrenia, ansiedad y dependencias. Los trazos son recursos conceptuales, sin magnitudes ni una clasificación diagnóstica. Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Preguntas distintas bajo un mismo título

La relación entre actividad física y salud mental contiene preguntas diferentes. Un estudio puede examinar preocupación inmediatamente después de una sesión, otro puede seguir a personas con un trastorno diagnosticado y un tercero puede observar el deseo de fumar durante un período breve. Biddle, Mutrie y Gorely reúnen investigaciones sobre esquizofrenia, ansiedad y dependencias, pero conservan apartados y resultados propios. Compartir interés por la actividad física no convierte esas condiciones en una categoría clínica única ni hace intercambiables sus medidas.^[1]

También conviene distinguir el movimiento que ocurre en la vida cotidiana de una intervención de ejercicio. En las encuestas, la actividad se registra como una característica de las personas. En un ensayo, se ofrece un procedimiento y se compara con otra condición. Si las personas activas informan menos síntomas, esa asociación no describe por sí misma lo que sucedería al ofrecer un programa. El capítulo muestra diferencias entre resultados transversales, seguimiento temporal y comparaciones experimentales que requieren esa separación.^[1]

La población es parte del resultado. Ansiedad en estudiantes, síntomas de ansiedad en personas con enfermedades crónicas y un diagnóstico de ansiedad generalizada corresponden a situaciones distintas. Lo mismo ocurre con dependencia de alcohol, consumo de varias sustancias y deseo momentáneo de fumar. El nombre del resultado debe acompañar a la población y al momento de medición. Así se puede reconocer una reducción de preocupación o un cambio de condición física sin convertirlos en recuperación de todo un trastorno.^[1]

El capítulo sobre intervenciones clínicas añade la calidad de vida y el funcionamiento cotidiano. Sus ejemplos centrales son diabetes y cáncer, por lo que aportan una comparación sobre cómo definir resultados y sostener participación, no una prueba adicional de eficacia psiquiátrica. La calidad de vida incorpora la valoración de la persona y puede relacionarse con dominios físicos, sociales y emocionales. Examinarla junto a otros resultados permite conocer experiencias relevantes que un marcador aislado no recoge.^[2]

[Inferencia] En un caso hipotético, un servicio quiere evaluar una actividad grupal. Puede preguntar si las personas asistieron, si encontraron valioso el encuentro, si cambió una medida de síntomas y si mantuvieron actividad después. Cada respuesta ocupa un lugar propio. Una experiencia satisfactoria puede ser un resultado de interés sin demostrar todavía una reducción clínica, y un cambio de síntomas puede coexistir con dificultades para acudir. El ejemplo organiza preguntas de evaluación, sin establecer una intervención para lectores.

Esquizofrenia: salud física, experiencias y síntomas

En el apartado sobre esquizofrenia, los autores plantean el ejercicio como un posible complemento de la atención, junto a objetivos de salud física. La discusión describe tratamiento farmacológico y enfoques psicosociales, y considera improbable que el ejercicio constituya por sí solo una respuesta suficiente. El interés no se limita a buscar una variación en síntomas: mejorar posibilidades de movimiento, condición física o participación puede tener un valor diferente que necesita ser observado con medidas propias.^[1]

El capítulo distingue manifestaciones positivas, como alucinaciones y alteraciones del pensamiento, de manifestaciones negativas, como apatía y retraimiento. Es una distinción utilizada para discutir investigaciones, no una lista para que el lector identifique un diagnóstico. Importa porque un cambio en estado de ánimo o actividad social no acredita necesariamente una modificación de todas las manifestaciones. Los primeros estudios revisados incluso recurrieron a medidas de depresión, que los autores consideran solo una parte de un fenómeno mucho más amplio.^[1]

La revisión de Faulkner y Biddle de 1999 reunió ocho estudios preexperimentales, tres cuasiexperimentales y uno experimental. Esa composición restringía las

conclusiones posibles. Los autores encontraron indicios compatibles con cambios en síntomas negativos y con apoyo para afrontar algunas experiencias positivas, pero la escasez de diseños rigurosos impedía conclusiones firmes. La diferencia entre indicio y demostración explica por qué el capítulo reclama investigación posterior en lugar de presentar una intervención establecida a partir de aquella revisión.^[1]

El estudio de Pelham y colaboradores de 1993 ilustra otra precaución. Incluyó pacientes psiquiátricos con esquizofrenia o trastorno afectivo mayor y comparó entrenamiento aeróbico y no aeróbico durante doce semanas. Cada grupo tuvo cinco participantes. Los resultados sobre condición física y depresión necesitan conservar esa muestra mixta y su tamaño; no representan una prueba con diez personas exclusivamente diagnosticadas de esquizofrenia. Tampoco una puntuación de depresión describe todos los cambios relevantes para esa condición.^[1]

Las preguntas sobre salud física y experiencia cotidiana amplían lo que merece estudiarse. Faulkner, citado en el balance de 2013, reclama conocer mejor mecanismos, factores psicológicos y adherencia. La participación depende de que una oportunidad pueda utilizarse y mantenerse dentro de los servicios, además de lo que ocurra durante una sesión. Desde esta perspectiva, un beneficio físico, una experiencia agradable y una variación de síntomas son resultados que pueden coexistir, pero deben conservar sus nombres y condiciones de observación.^[1]

Del relato de participación al ensayo aleatorizado

Faulkner y Sparkes estudiaron en 1999 a tres pacientes residentes en un albergue mediante una aproximación etnográfica y un programa de diez semanas. Dos describieron beneficios y el tercero se retiró después de siete semanas. Las conversaciones relacionaron la actividad con vida social, sueño y experiencias de síntomas. Este trabajo permite comprender significados y dificultades que un promedio puede omitir. Su diseño y tamaño, sin embargo, no ofrecen una comparación aleatorizada que atribuya esos cambios únicamente al ejercicio.^[1]

La continuidad del servicio formó parte del mismo relato. El personal mostró entusiasmo y comentó deterioros cuando terminó el programa, pero no había planes para incorporarlo de manera rutinaria. Esta diferencia entre recepción favorable y continuidad material es relevante: una actividad puede ser apreciada sin quedar integrada en la organización. El seguimiento de la oportunidad, de las personas y del apoyo disponible permite estudiar algo más que la impresión al terminar la experiencia.^[1]

Fogarty y Happell describieron en 2005 la participación de seis residentes de una unidad comunitaria de Melbourne durante tres meses. Los grupos de conversación con residentes y personal destacaron disfrute, progresión individualizada, experiencias grupales y deseo de continuar. La intención de mantener la actividad es

un dato sobre expectativas, no un registro de lo que ocurrió después. El caso aporta información sobre aceptación y diseño situado, conservando su población y la naturaleza cualitativa de sus resultados.^[1]

El ensayo de Scheewe y colaboradores de 2013 trabajó en Países Bajos con 63 personas con esquizofrenia: 31 asignadas a ejercicio y 32 a terapia ocupacional semanal, durante seis meses. El análisis por intención de tratar mostró una mejora significativa en condición cardiovascular. Solo 39 de las 63 personas completaron los protocolos. En el análisis por protocolo aparecieron además resultados más favorables en síntomas, depresión y necesidad de cuidados. Las dos lecturas utilizan conjuntos diferentes y no deben fundirse en una afirmación sobre las 63 personas.^[1]

Intención de tratar conserva la asignación inicial como base de comparación; por protocolo examina a quienes cumplen las condiciones especificadas. La divergencia observada vuelve visible una pregunta sobre participación y selección. Si quienes completan difieren de quienes abandonan, su resultado no describe automáticamente a todo el grupo inicial. El ensayo reseñado ofrece información física y clínica bajo procedimientos concretos, mientras mantiene abierta la tarea de favorecer adherencia y evaluar lo que ocurre con quienes no completan.^[1]

Un ensayo, dos conjuntos de análisis

Scheewe et al. (2013), reseñado en el libro de 2015



Seis meses · Áreas geométricas sin escala proporcional

[Inferencia] Representación original del contraste entre intención de tratar y protocolo. Las áreas no son proporcionales y los resultados adicionales corresponden al segundo análisis.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Qué significa medir ansiedad

La ansiedad puede estudiarse como experiencia transitoria o como disposición relativamente persistente. El capítulo denomina ansiedad estado a la primera y ansiedad rasgo a la segunda. También distingue aspectos cognitivos, como preocupación, de aspectos somáticos, como tensión. Estas dimensiones ayudan a precisar el objeto de una investigación. Una puntuación tomada después de una sesión no representa necesariamente una modificación de la disposición habitual, y una respuesta corporal no es sinónimo de una preocupación informada por la persona.^[1]

Los instrumentos reseñados reflejan esa diversidad. El State-Trait Anxiety Inventory dispone de medidas de estado y rasgo; el perfil de estados de ánimo incluye tensión, y otros listados utilizan escalas de ansiedad. Cada procedimiento recoge un indicador con un período y una forma de respuesta. Por eso, comparar estudios requiere conservar qué se midió, cuándo se preguntó y cómo se organizó la comparación. El rótulo ansiedad no basta para convertir todas sus puntuaciones en un único resultado.^[1]

En los primeros estudios antes-después, una disminución podía depender parcialmente del momento inicial. Los autores señalan que acudir a un laboratorio puede elevar la ansiedad previa y que terminar una experiencia desagradable puede generar alivio. Si el valor anterior está influido por esas condiciones, el cambio posterior contiene información sobre toda la situación. La medición no se invalida por ello; adquiere una pregunta adicional acerca de la comparación necesaria para distinguir actividad, familiarización y alivio.^[1]

La separación entre síntomas y diagnóstico también organiza las revisiones. Buena parte de las síntesis iniciales reunió personas sin un trastorno de ansiedad identificado, en ocasiones estudiantes. Más adelante, el capítulo examina investigaciones con diagnósticos clínicos. Un efecto en ansiedad estado puede interesar a participantes sin diagnóstico y, al mismo tiempo, dejar pendiente si una intervención cambia un trastorno persistente. La población de origen y el procedimiento de evaluación delimitan la afirmación que los datos permiten formular.^[1]

[Inferencia] En una evaluación hipotética, se pregunta por preocupación antes y después de un encuentro y por experiencias habituales al inicio del programa. La primera comparación describe un episodio; la segunda pertenece a otra escala temporal. Si ambas cambian de manera distinta, conviene conservar esa diferencia en el informe. Así se puede estudiar una experiencia inmediata y una trayectoria sin llamar recuperación clínica a cualquier descenso de una puntuación ni usar una respuesta puntual para clasificar a una persona.

Las síntesis cambian cuando cambia el comparador

Las revisiones reunidas por Biddle, Mutrie y Gorely no contienen los mismos estudios ni las mismas decisiones de inclusión. Petruzzello y colaboradores revisaron en 1991 un conjunto amplio de 124 investigaciones, con medidas de estado, rasgo e indicadores psicofisiológicos. Schlicht, en 1994, obtuvo un efecto de $-0,15$ que no fue significativo. El capítulo discute limitaciones de cobertura y potencia de esa revisión. Las conclusiones históricas deben leerse junto a esas diferencias metodológicas, no como una votación entre resultados positivos y negativos.^[1]

Wipfli y colaboradores, en 2008, reunieron 49 ensayos aleatorizados para la comparación con ausencia de tratamiento. El efecto reseñado fue $-0,48$, con intervalo de confianza del 95% de $-0,63$ a $-0,33$. La tabla del capítulo presenta $-0,19$ para las comparaciones con otros tratamientos. El signo indica menor ansiedad según la codificación de esa síntesis; $-0,48$ no significa una disminución de 48% en cada persona. La alternativa de comparación modifica la pregunta a la que responde el efecto.^[1]

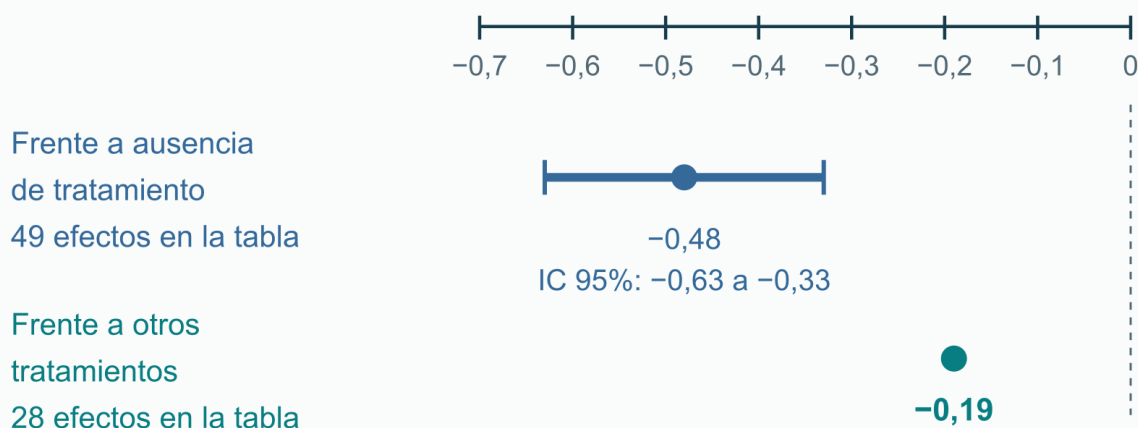
Comparar una intervención con ausencia de tratamiento permite estudiar una diferencia entre condiciones que pueden incluir contacto, expectativas y actividad. Compararla con otra intervención plantea una exigencia diferente: si aporta una ventaja frente a algo que también puede influir en el resultado. La tabla 4.1 conserva por separado esos contrastes. Reducirlos a una cifra favorable para ejercicio perdería la información sobre qué alternativa estaba disponible y qué parte de la diferencia permanece al cambiarla.^[1]

La discusión de duración muestra el mismo problema. Una aparente ventaja de sesiones de 21 a 30 minutos cambió al retirar de las sesiones más breves las comparaciones con otros tratamientos reductores de ansiedad. El efecto breve pasó de $-0,04$ a $-0,22$ y dejó de diferir significativamente del efecto de las sesiones más largas. Además, la relación en forma de U del análisis de dosis de Wipfli no fue significativa. Estas observaciones no establecen una duración óptima universal.^[1]

Los efectos estandarizados reúnen diferencias respecto de la variabilidad de las medidas. Permiten comparar resultados expresados en escalas diferentes, pero no entregan una cantidad de minutos ni una probabilidad individual de recuperación. La tabla distingue además efectos significativamente diferentes de cero mediante una nota al pie. En su lectura original, $-0,28$ con esa nota no es $-0,281$. Conservar cifras, notas, tipo de ansiedad y comparador permite examinar el balance sin transformar su formato estadístico en una prescripción.^[1]

La alternativa cambia el efecto reseñado

Wipfli et al. (2008): ansiedad y comparadores distintos



El efecto estandarizado no es un porcentaje de recuperación.
El intervalo de la primera comparación no se traslada a la segunda.

[Inferencia] Gráfico original elaborado con la reseña y tabla 4.1. Los 49 y 28 corresponden al número de efectos de esa tabla; solo se representa el intervalo documentado para la primera comparación. Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Ansiedad diagnosticada: qué permiten los ensayos pequeños

Al pasar a trastornos diagnosticados, el capítulo identifica una base de estudios más limitada. La revisión de Asmundson y colaboradores de 2013 señala muestras pequeñas, ausencia de controles en algunos trabajos, atención predominante al ejercicio aeróbico y dificultades para examinar dosis y mantenimiento. Jayakody y colaboradores revisaron en 2014 ocho ensayos aleatorizados. Su reseña encuentra resultados favorables en ansiedad, pero no suficiente información para determinar un modo o una intensidad óptimos. Son balances de las investigaciones entonces disponibles.^[1]

Las comparaciones también diferían según condición y tratamiento. En los ensayos de pánico reseñados por Jayakody, la medicación resultó más eficaz que ejercicio; otro resultado correspondía a incorporar ejercicio a terapia cognitivo-conductual para fobia social. Una intervención adicional y una alternativa de tratamiento responden preguntas distintas. Estos estudios no justifican sustituir atención profesional ni extrapolar el resultado de una condición a todas las formas de ansiedad. Su utilidad es precisar qué combinación se evaluó y frente a qué procedimiento.^[1]

El estudio de Martinsen y colaboradores de 1989 con 79 pacientes hospitalizados en Noruega comparó aleatoriamente entrenamiento aeróbico y ejercicios de fuerza y flexibilidad. Ambos grupos mostraron descenso de ansiedad, evaluado por un terapeuta que desconocía la asignación; la condición física mejoró solo en el grupo aeróbico. No hubo un grupo sin ejercicio, y las personas recibían además atención y tratamiento. Por ello, la evolución de ambos grupos no identifica de manera aislada el efecto de moverse frente a toda esa atención.^[1]

Sexton y colaboradores estudiaron a 52 pacientes hospitalizados, comparando caminar y correr. Los síntomas disminuyeron en ambos grupos; la ventaja inicial de condición física al correr no se mantuvo en la evaluación a seis meses. También hubo más abandonos entre quienes corrían. Herring y colaboradores, en 2012, trabajaron con 30 mujeres con ansiedad generalizada y compararon resistencia, ejercicio aeróbico y lista de espera durante seis semanas. El análisis que combinó los dos grupos de ejercicio mostró menor preocupación frente a espera, sin demostrar por separado idéntico efecto de cada modalidad.^[1]

Un ensayo pequeño puede aportar una comparación valiosa sin resolver mantenimiento, diferencias individuales o precisión del efecto. La permanencia en el estudio forma parte de esa interpretación: mejorar entre quienes continúan y resultar aceptable para quienes fueron invitados no son la misma pregunta. Las modalidades descritas pertenecen a procedimientos de investigaciones concretas. Para estudiar su utilidad clínica habría que conservar diagnóstico, atención concomitante, comparador, medida y seguimiento, en lugar de seleccionar una actividad por el nombre de un resultado favorable.^[1]

Asociaciones, seguimiento y dirección de la relación

Las encuestas muestran por qué actividad y ansiedad necesitan estudiarse en el tiempo. Goodwin, en 2003, analizó datos de 8.098 personas en Estados Unidos y encontró asociaciones ajustadas entre actividad y menor frecuencia de diversos trastornos. Es un resultado transversal: actividad y condición se observaron dentro del mismo diseño, sin asignar una intervención. El ajuste estadístico considera variables registradas, pero no convierte esa comparación en una demostración de que la actividad produjo la diferencia clínica.^[1]

Thorsen y colaboradores estudiaron a 20.207 hombres mediante una escala de ansiedad y depresión. Los análisis iniciales relacionaron mayor actividad con menos ansiedad y depresión; después del ajuste multivariable permaneció la relación con depresión, no con ansiedad. El resultado muestra la importancia de conservar análisis y desenlace. La ausencia de asociación ajustada en una medida no confirma que toda actividad carezca de relación con ansiedad, pero impide atribuir a ese estudio una relación independiente que sus análisis no conservaron.^[1]

En Whitehall II, Azevedo Da Silva y colaboradores analizaron a más de 9.000 participantes utilizando un indicador de ansiedad y depresión derivado del General Health Questionnaire. La actividad inicial se relacionó con menor frecuencia de esos indicadores en el mismo momento. Sin embargo, la actividad de partida no predijo ansiedad o depresión en el seguimiento. El resultado temporal no reproduce la asociación transversal. Tampoco el indicador empleado debe describirse como si cada participante hubiese recibido un diagnóstico clínico individual.^[1]

La actividad sostenida en tres momentos se relacionó con menor probabilidad de depresión, pero no de ansiedad. En la otra dirección, ansiedad y depresión persistentes predijeron menor actividad posterior. Este contraste no explica todos los mecanismos, pero hace visible que el malestar puede anteceder a dificultades de participación. Presentar únicamente la asociación inicial perdería una parte central del estudio: el seguimiento permite preguntar por dirección y por trayectorias que no se corresponden con una interpretación protectora sencilla.^[1]

[Inferencia] Un ejemplo hipotético compara dos personas que informan poca actividad. Una dejó de asistir cuando aumentaron sus dificultades; la otra nunca tuvo acceso al programa. El registro de actividad puede ser similar, mientras la trayectoria es distinta. Para comprenderlo se necesitaría información temporal y contextual, además de una puntuación final. El ejemplo ilustra por qué no conviene completar una asociación con una historia causal favorable sin conocer cuándo aparecieron las condiciones y qué oportunidades estaban disponibles.

Respuestas corporales, reactividad y recuperación

Los indicadores corporales introducen otra unidad de análisis. El capítulo distingue reactividad ante un estresor de recuperación posterior y reseña trabajos sobre presión arterial y frecuencia cardíaca. Una persona puede responder más durante una tarea y recuperar antes después de ella; esos resultados no tienen necesariamente el mismo significado. Además, una variación fisiológica no equivale a una puntuación de preocupación ni permite identificar un trastorno. La medida debe conservar el momento del proceso al que corresponde.^[1]

Crews y Landers, en 1987, reunieron 34 estudios y reseñaron menor reactividad en personas con mejor condición física. Jackson y Dishman, en 2006, analizaron 73 estudios y encontraron un patrón distinto: mayor condición física se relacionó con mayor reactividad, pero con mejor recuperación. Hamer y Steptoe describieron en 2013 resultados de entrenamiento inconcluyentes. La comparación no ofrece una regla única sobre toda respuesta corporal; exige distinguir estado físico, entrenamiento, estresor y fase de medición.^[1]

La ansiedad inmediatamente posterior tampoco disminuyó en todas las investigaciones. Steptoe y Cox estudiaron a 32 mujeres estudiantes de medicina y

encontraron un incremento después de ejercicio de mayor intensidad; la disminución con ejercicio de menor intensidad no fue significativa. El capítulo utiliza este contraste para cuestionar una conclusión basada únicamente en estudios favorables. La respuesta puede depender de experiencia e intensidad y requiere medirse, sin considerar que cualquier aumento de sensaciones corporales sea automáticamente un fracaso clínico o una mejora.^[1]

La revisión de O'Connor y colaboradores de 2000, con personas diagnosticadas de trastorno de pánico, registró cinco ataques de pánico en 444 episodios de ejercicio realizados por 420 pacientes. Los autores de la revisión discuten una hipótesis que vinculaba ejercicio y provocación de pánico. Conservar los acontecimientos registrados permite diferenciar una frecuencia baja en ese conjunto de investigaciones de ausencia de acontecimientos. No es una certificación de seguridad individual ni un argumento para realizar exposición sin valoración profesional.^[1]

Herring y colaboradores revisaron en 2010 síntomas de ansiedad en personas con enfermedades médicas crónicas y obtuvieron un efecto medio de $-0,29$. La población y el desenlace importan: estudiar síntomas en condiciones médicas no equivale a reunir exclusivamente trastornos de ansiedad diagnosticados. Esta distinción ayuda a relacionar respuestas físicas y experiencia psicológica sin convertir un promedio de síntomas en eficacia para toda enfermedad. La atención a respuestas y continuidad pertenece al contexto de cada investigación.^[1]

Alcohol: resultados físicos, valoración personal y mantenimiento

El apartado sobre dependencias examina el ejercicio dentro de procesos de atención que ya incluyen otros componentes. Los autores reseñan propuestas para mejorar condición física, estado psicológico y formas alternativas de ocupar el tiempo. Esos objetivos requieren resultados distintos del consumo o la abstinencia. Encontrar mayor fuerza, una valoración corporal más favorable o una actividad que la persona disfruta aporta información relevante, pero no acredita por sí mismo que haya cambiado la dependencia de alcohol.^[1]

Donaghy y Mutrie estudiaron en 1997 a 117 personas con problemas de bebida mediante asignación aleatoria. Un grupo recibió ejercicio supervisado durante tres semanas y una propuesta domiciliaria de doce semanas; el otro recibió estiramientos durante tres semanas y consejo posterior. El procedimiento forma parte de aquel estudio y no constituye una pauta para el lector. La comparación examinó resultados durante la atención y después de ella, permitiendo observar que la trayectoria favorable inicial no se mantuvo de la misma manera en todo momento.^[1]

Las mejoras en valoración física personal y percepciones de fuerza y condición aparecieron al mes y a los dos meses. A los cinco meses, las diferencias ya no se observaron. La actividad del grupo de ejercicio se mantuvo durante unas ocho a doce semanas después del período supervisado, y al quinto mes resultaba similar a la del grupo de comparación. Los autores consideran una posible relación con adherencia, pero la explicación necesita conservarse como posibilidad, no como causa demostrada de cada cambio.^[1]

La salida del tratamiento fue otro dato importante. El capítulo informa abandonos tanto al terminar el período inicial como durante el seguimiento; se refiere a dejar el tratamiento, no solo a rechazar ejercicio. Esto modifica la interpretación del conjunto: las dificultades de continuidad pertenecían a una atención más amplia. Un promedio entre quienes siguieron disponibles no describe toda la trayectoria de las 117 personas, y las razones de salida pueden aportar información sobre condiciones que una medida física no recoge.^[1]

En el balance de Donaghy y Ussher de 2005, la evidencia resultaba más clara para condición física y fuerza que para beneficios psicológicos o abstinencia. El uso de actividad como alternativa en situaciones relacionadas con beber o como apoyo al afrontamiento aparecía como propuesta. Conviene sostener esa diferencia de alcance: las posibilidades de un componente complementario merecen investigación, mientras el resultado sobre consumo necesita ser medido directamente y seguido durante un período pertinente, sin deducirlo de sentirse físicamente mejor.^[1]

Consumo de varias sustancias: acceso y experiencia de participación

La investigación sobre dependencias de otras sustancias era reducida en el balance del libro. Una revisión incluyó seis estudios publicados entre 1991 y 2002 y solo dos tuvieron grupo de control. Esa base limita las conclusiones sobre un efecto independiente del ejercicio. La diversidad de sustancias, tratamientos y oportunidades también impide reunir experiencias diferentes en una intervención uniforme. El capítulo presta atención tanto a posibles cambios como a dificultades para participar y describir lo que realmente se hizo.^[1]

Brown y colaboradores desarrollaron en 2010 un estudio piloto con 16 de 35 posibles participantes y una propuesta de ejercicio individualizada de doce semanas. El trabajo informó cambios favorables en días de abstinencia y condición física mediante comparación antes-después, sin grupo de control. Reclutamiento y adherencia fueron problemas relevantes. El resultado permite estudiar factibilidad y generar preguntas para comparaciones posteriores; la evolución observada no separa ejercicio de otras condiciones de atención ni de cambios que habrían ocurrido durante el mismo período.^[1]

El estudio de Smith de 2006 incluyó a 21 personas con consumo de varias sustancias en Greenock, Escocia. Durante diez semanas utilizó múltiples mediciones de referencia y métodos cualitativos. Se observaron mejoras en una prueba de caminata de seis minutos y en salud física percibida, pero la asistencia variada dificultó relacionar con firmeza participación y resultados. Las personas ya realizaban bastante caminata de transporte, una característica que cuestiona la suposición de que toda población con estos problemas empieza desde completa inactividad.^[1]

Las dificultades descritas incluían síntomas de retirada, compromisos con otros servicios y obstáculos para salir de casa. Los autores consideran útil mantener contacto y conocer de manera cercana las circunstancias. También sugieren recursos domiciliarios, vídeo e internet como opciones que podrían examinarse. En ese balance aparecen como posibilidades de entrega, no como programas cuya eficacia se haya demostrado mediante los estudios reseñados. Comprender una barrera puede orientar una adaptación sin acreditar todavía su resultado.^[1]

[Inferencia] En un servicio hipotético, una persona falta porque coincide otra cita y otra porque tiene dificultades para desplazarse. Registrar ambas ausencias como falta de motivación perdería información. Una entrevista breve sobre condiciones de acceso y un registro de actividad cotidiana permitirían revisar horarios y opciones con las personas implicadas. El ejemplo desarrolla una pregunta de participación; no atribuye un motivo a participantes reales ni propone que la adaptación por sí sola reduzca consumo o sustituya la atención existente.

Tabaco: deseo inmediato y abstinencia son desenlaces diferentes

Los estudios sobre tabaco aportan un contraste temporal especialmente claro. Taylor y Ussher, en el balance de 2013 reseñado por el libro, sitúan la evidencia más favorable en episodios de ejercicio de baja o moderada intensidad y cambios inmediatos en deseo de fumar y síntomas de retirada. La pregunta es qué ocurre durante un período breve después de la actividad. No equivale a preguntar cuántas personas dejan de fumar ni cuánto tiempo permanecen sin hacerlo.^[1]

Haasova y colaboradores reunieron en 2013 quince estudios sobre efectos agudos y deseo de fumar. Los autores del libro describen efectos amplios sobre ese deseo y destacan el interés por personas que han interrumpido temporalmente el consumo. El resultado necesita conservar la medida concreta. Un descenso del deseo puede ser importante para una experiencia inmediata, mientras la abstinencia requiere un registro de consumo y un seguimiento diferente. La reseña no permite transformar ese contraste breve en una probabilidad universal de cesación.^[1]

La comparación con alcohol y otras sustancias ayuda a ordenar preguntas, sin fusionarlas. En alcohol, el ensayo reseñado observó fuerza, valoración física y continuidad durante meses. En consumo de varias sustancias, las investigaciones pequeñas afrontaron reclutamiento y variación de asistencia. En tabaco, el balance agudo destaca un cambio inmediato. Que las tres líneas examinen actividad física no significa que utilicen el mismo desenlace, el mismo tratamiento concomitante o el mismo período para juzgar resultados.^[1]

La dependencia se presenta en el capítulo mediante una clasificación histórica de la ICD-10 de 1993. Ese antecedente sitúa cómo los autores organizaron la discusión de 2015. Una tabla de características no es un instrumento para diagnosticar al lector ni una actualización de criterios clínicos. Para leer los estudios basta conservar cómo se describió la muestra, qué consumo se registró y cuál fue la comparación, sin convertir la exposición académica en un cuestionario de autoidentificación.^[1]

[Inferencia] Un seguimiento hipotético registra deseo de fumar antes y después de una actividad, y consumo durante semanas posteriores. Si cambia el primer dato pero no el segundo, el informe puede reconocer una modificación de la experiencia inmediata y ausencia de cambio observado en consumo. Esa combinación contiene información útil para formular nuevas preguntas. Los dos resultados deben mantenerse separados, porque una escala de deseo no aporta por sí misma las observaciones necesarias para afirmar abstinencia o mantenimiento.

El reloj del resultado también importa

Una experiencia inmediata y un seguimiento de meses



Tabaco

Cambio en deseo de fumar
reseñado en estudios agudos

No equivale a abstinencia sostenida.

Alcohol

Donaghy y Mutrie (1997)

1 mes

Valoración y
percepciones
físicas más
favorables

2 meses

Diferencias en
percepciones
todavía
presentes

5 meses

Diferencias no
observadas;
actividad similar
al control

Las percepciones de fuerza y condición no son pruebas físicas objetivas.

[Inferencia] Composición temporal original que compara desenlaces diferentes. Los meses corresponden al estudio de alcohol; no son una secuencia de cesación de tabaco ni una pauta de intervención. Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Necesidades psicológicas como comparación general

Van der Kaap-Deeder examina un marco general en el que autonomía, competencia y vinculación pueden relacionarse con problemas psicológicos diversos. La autonomía se refiere a volición, la competencia a experiencias de eficacia y la vinculación a conexión con otras personas. El capítulo distingue escasa satisfacción de frustración activa: presión, fracaso o exclusión pueden amenazar esas experiencias. Su objeto es transdiagnóstico y no consiste en evaluar un programa de actividad física con las poblaciones de los estudios anteriores.^[3]

Esta distinción evita reducir todo problema a falta de oportunidades agradables. No disfrutar una actividad y sentirse activamente presionado para realizarla son experiencias diferentes. Del mismo modo, disponer de poco contacto y sentirse rechazado no constituyen el mismo fenómeno. La autora discute cómo estas experiencias se relacionan con distintos síntomas y propone estudiar su intensidad, duración y dominio. Una situación puntual no describe automáticamente una trayectoria prolongada ni permite identificar un trastorno a partir de una necesidad.^[3]

En el marco compensatorio, ciertas conductas pueden ofrecer alivio temporal ante frustración de necesidades sin resolver su origen. El capítulo cita consumo de alcohol y tabaco al discutir esa posibilidad. Se trata de una propuesta y de relaciones estudiadas en contextos generales, no de una explicación de los motivos de cada persona con dependencia. Tampoco demuestra que realizar ejercicio sustituya esas conductas o que satisfacer una necesidad durante una sesión produzca abstinencia.^[3]

La dirección de las relaciones sigue siendo una cuestión central. La frustración puede considerarse antecedente, parte de la manifestación de un problema o consecuencia de él; también podrían existir relaciones recíprocas. El predominio de investigaciones transversales y no clínicas limita las conclusiones temporales. El capítulo reclama estudios longitudinales y experimentales, además de poblaciones clínicas. Conservar esa agenda permite comparar teorías y resultados sin presentar una asociación entre necesidades y síntomas como efecto probado de una intervención física.^[3]

[Inferencia] Para estudiar una oportunidad de actividad, este marco podría orientar preguntas sobre elección, experiencias de eficacia y relaciones con otras personas. Habría que medir esas experiencias y los resultados previstos, siguiendo su evolución y considerando otras condiciones. El organizador abre una hipótesis de investigación contextual. No atribuye eficacia psiquiátrica a una clase agradable, no presupone frustración en todos los participantes y no convierte el apoyo a necesidades en sustituto de la atención profesional.

Calidad de vida y adherencia en los programas clínicos

El capítulo sobre poblaciones clínicas desplaza parte de la atención desde indicadores médicos hacia calidad de vida y funcionamiento. Los autores describen una combinación de condiciones observables y valoración personal, con diferencias según valores y circunstancias. Por eso, una mejora en capacidad física no contiene toda la información sobre vivir con una condición. Las preguntas de salud, relaciones, actividades y experiencia emocional requieren medidas acordes y pueden mostrar trayectorias distintas dentro de la misma intervención.^[2]

Las investigaciones pueden recurrir a cuestionarios generales, medidas específicas de una condición y entrevistas. El capítulo presenta SF-36 y EQ-5D entre las opciones generales, junto a la importancia de escuchar interpretaciones personales. Estos procedimientos responden preguntas relacionadas pero diferentes. Una escala puede facilitar comparaciones de dominios, mientras una conversación explica dificultades para utilizar una oportunidad. La calidad de vida no debería sustituirse por asistencia ni la asistencia por satisfacción con el servicio: cada dimensión conserva un objeto propio.^[2]

Los ejemplos de diabetes y cáncer muestran que la condición misma puede generar obstáculos físicos o psicológicos para participar. La discusión subraya que la adherencia ha recibido menos atención que diversos resultados médicos. Este contraste es relevante al leer los programas psiquiátricos, pero no constituye una transferencia de eficacia entre condiciones. Permite formular preguntas sobre posibilidad de acudir, recepción, continuidad y apoyo, dejando que la evidencia de cada población determine qué resultado puede afirmarse.^[2]

Una consulta de actividad física con personas con diabetes tipo 2, reseñada por Kirk y colaboradores, produjo cambios en varios resultados, entre ellos ansiedad percibida mediante un cuestionario de bienestar específico de diabetes. La precisión del nombre importa: esa medida no equivale a un diagnóstico de trastorno de ansiedad ni convierte el estudio en un tratamiento psiquiátrico. El mismo capítulo mantiene condición física, actividad y dominios de calidad de vida como resultados separados, una distinción útil para interpretar intervenciones clínicas.^[2]

[Inferencia] Un informe hipotético de programa puede reunir utilización, actividad cotidiana, una prueba física y valoración de calidad de vida. Las discrepancias entre resultados ayudan a revisar preguntas: alguien puede mejorar una prueba y seguir encontrando difícil acudir, o valorar favorablemente los encuentros sin aumentar su actividad fuera de ellos. El registro conjunto no demuestra un mecanismo, pero evita que un solo resultado represente toda la experiencia. La adaptación posterior necesitaría formularse y evaluarse según la condición y el ambiente concretos.

Leer resultados completos y conservar las preguntas abiertas

La lectura comparada puede empezar por cuatro datos: población, resultado, alternativa de comparación y tiempo. En esquizofrenia, condición cardiovascular y síntomas pertenecen a resultados distintos, y el conjunto analizado cambia entre intención de tratar y protocolo. En ansiedad, un efecto inmediato, una escala de rasgo y un diagnóstico no se intercambian. En dependencias, deseo, consumo, condición física y permanencia en atención necesitan observaciones propias. Las investigaciones reseñadas ofrecen respuestas parciales precisamente porque mantienen esas diferencias.^[1]

Después importa conocer qué parte del procedimiento fue realmente evaluada. Una actividad añadida a otros servicios no demuestra el efecto de todos sus componentes por separado. Una comparación entre caminar y correr no contiene un grupo sin actividad, y un trabajo antes-después no construye por sí mismo una alternativa. Estas limitaciones tienen consecuencias concretas para la interpretación: permiten reconocer evolución y experiencia, mientras dejan abierta la atribución de un cambio y su diferencia frente a opciones de atención.^[1]

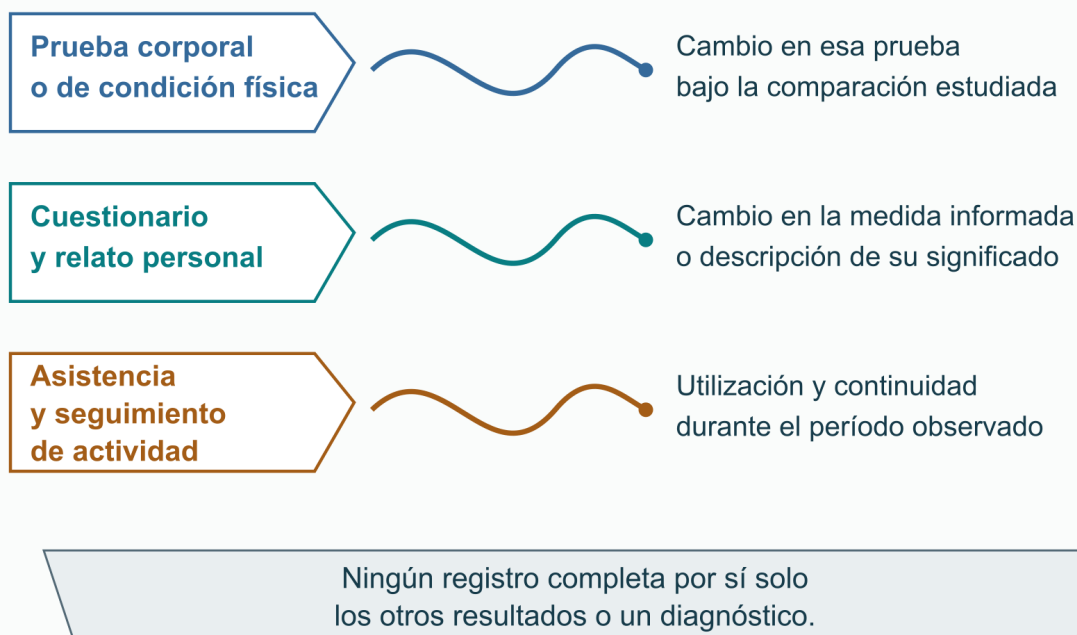
Calidad de vida y continuidad amplían las preguntas del programa. Las fuentes clínicas piden considerar adherencia y condiciones de participación, además de resultados físicos o médicos. Esto incluye conocer a quienes no entran, dejan de acudir o no completan evaluaciones. El capítulo sobre diabetes y cáncer aporta esa perspectiva como comparación contextual. Las soluciones y efectos necesitan estudiarse en la población pertinente; un procedimiento favorable en una condición no completa los datos que faltan en otra.^[2]

El marco de necesidades añade hipótesis sobre experiencias sociales y dirección temporal, con predominio de estudios transversales y no clínicos en su balance de 2023. No resuelve el mecanismo de la relación entre actividad y cada trastorno. Sus preguntas permiten estudiar presión, eficacia y conexión junto a participación y síntomas, manteniendo alternativas causales abiertas. La comparación entre libros de 2015 y 2023 corresponde a lo que esas fuentes documentan, sin presentar su contenido como una revisión clínica actualizada externamente.^[3]

[Inferencia] Una propuesta original de lectura conserva una ficha por condición y estudio: quién participó, qué se ofreció, frente a qué alternativa, qué cambió y durante cuánto tiempo se observó. Añade experiencias, salidas y preguntas pendientes cuando están registradas. Este organizador permite reconocer resultados prometedores, nulos o diferentes según análisis sin convertirlos en horarios, dosis o expectativas individuales. El siguiente paso científico depende de investigar las comparaciones que faltan y las condiciones de participación que todavía no se conocen.

Conservar el alcance de lo que se midió

Tres registros permiten afirmaciones distintas.



[Inferencia] Organizador original para interpretar resultados y calidad de vida. Las conexiones representan correspondencia entre medida y afirmación, no mecanismos causales ni un programa evaluado.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015); Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Referencias bibliográficas

1. Biddle, S. J. H., Mutrie, N., & Gorely, T. (2015). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions* (3.^a ed.). Routledge.

Physical activity and other mental health challenges: schizophrenia, anxiety and dependencies

2. Biddle, S. J. H., Mutrie, N., & Gorely, T. (2015). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions* (3.^a ed.). Routledge.

Physical activity interventions for clinical populations and conditions

3. van der Kaap-Deeder, J. (2023). The transdiagnostic role of the basic psychological needs in psychopathology. En R. M. Ryan (Ed.), *The Oxford handbook of self-determination theory* (pp. 819–836). Oxford University Press.

The Transdiagnostic Role of the Basic Psychological Needs in Psychopathology

Fuentes y criterios editoriales: edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/fuentes-y-metodo.html