

Área técnico-profesional

PROGRAMA DE E.F. PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGUDOS

Vicente Martínez de Haro

Presentamos un trabajo realizado como profesionales de la educación física en un ámbito en el cual tenemos reconocida nuestra participación, nos referimos al ámbito de la salud, pero en la cual nuestra labor está habitualmente menospreciada. Realizamos un trabajo de educación física en un terreno muy delicado y que requiere de una mínima sensibilidad y de unas bases muy precisas.

He recalcado el actuar como profesionales de la educación física porque a veces el profesor de educación física, y otras los responsables de una determinada entidad le confunden con un terapeuta, y esta no es su función sino la de educador que participa en una terapia ejerciendo su estricta función, matiz que es muy importante destacar.

Lo que más interesa al profesor de educación física es como nos planteamos el trabajo, con que grupos de personas trabajáramos, en que encuadre se ha realizado y cuales han sido los resultados obtenidos. En cuanto a los resultados podemos calificarlos de inmejorables, pero advirtiendo que estos resultados son inseparables de la terapia general en la que se encontraba inmerso el paciente, es decir, el paciente realizaba un programa integrado, que más adelante comentaremos, entre cuyas actividades se encontraba diariamente la educación física y el resultado total de este programa pretendía la ubicación en la realidad de los pacientes allí ingresados y esto en definitiva se conseguía.

Entre las normas estrictas que creemos conveniente aplicar en todos estos casos y que nosotros hemos llevado a rajatabla se pueden citar como imprescindibles el tener una ubicación fija y característica, una hora fija y determinada, unos profesores determinados y un programa conocido. Debe existir a ser posible un lugar donde se realice siempre la educación física. Sobre sus características, diremos que lo más útil es un gimnasio pero en su carencia, una habitación amplia, un pasillo (como era nuestro caso) o en las habitaciones puede ser posible requiriendo solo del profesional encargado un poco de imaginación y teniendo como material desde el más sofisticado a no tener ninguno, teniendo en cuenta que este material o lugar no debe permitir ninguna posibilidad de autolesión o lesión a otros, puesto

que los enfermos con los que trabajamos pueden ser peligrosos. La hora debe ser siempre la misma y no se debe permitir bajo ningún concepto que esta se altere, en cualquier caso el profesor siempre debe estar a la hora en punto e incluso debe empezar la sesión aunque no acuda nadie y si llegasen tarde, estos pacientes realizarán aquello que se esté haciendo en ese momento y acabar a la hora en punto se haga lo que se haga.

Las personas que dirijan la actividad física deben ser siempre las mismas, conocidas por su actividad y no deben ausentarse salvo causa estrictamente necesaria o establecida de antemano por descanso (aconsejamos dos personas). Estas condiciones tan estrictas, deben ser así puesto que con ellas conseguimos encuadrar y fijar en la realidad a personas que habitualmente no lo están. Todo aquello que signifique variar va a descontrolar al enfermo como nos ocurrió inicialmente al tener un programa excesivamente dinámico.

Los pacientes psiquiátricos agudos es un grupo de personas que en un momento determinado presentan un brote de su enfermedad mental, es decir afloran toda su sintomatología psiquiátrica en un momento dado y el objetivo final de esta primera fase de tratamiento consiste en que reconozcan que están enfermos, en que consiste su enfermedad y como se trata, en ese momento se considera que están compensados y pasan a la fase de tratamiento ambulatorio. Por lo que se deduce que el tratamiento de enfermos agudos siempre es institucional puesto que no viven la realidad y por ello como decíamos antes, son peligrosos pudiendo llegar a lesionar a los demás o lesionarse ellos mismos.

Hemos señalado unas reglas de comportamiento y una sutil descripción de lo que son y representan estos enfermos, vamos a decir algo en cuanto al contenido de las sesiones de educación física; la educación física debe ser una educación física conocida, culturalmente aceptada, no impositiva dictatorialmente. Es decir, el profesor de educación física no debe añadir locura, todo aquello que descontrola y que es nuevo, evade, como ya hemos dicho, de la realidad a estos enfermos. Sabemos, los profesionales, que este tipo de pacientes, los factores que preferiblemente deben trabajar, son los factores psicomotrices (esquema corporal, lateralidad, equilibrio, relación espacio tiempo, coordinación general, coordinación final, pero culturalmente, en nuestra nación, así toda la población mayor de 18 años si les realizamos una programación

de ejercicios puramente psicomotrices, los encuentran como ejercicios elementales hechos para niños, y las personas pretendidamente adultas los rechazan. Nosotros como trabajamos preferentemente con jóvenes, utilizamos una gimnasia tradicional que encubría ejercicios de psicomotricidad, que ha sido una de las grandes conclusiones de nuestro trabajo; la programación de ejercicios para un grupo especial de personas debe tener muy en cuenta el ámbito cultural del cual provienen.

Quizás como advertencias previas, sean suficientes hasta aquí las explicadas, pero si en algún momento fuera necesario apostillar algún aspecto lo realizaremos en la descripción detallada del trabajo que ahora efectuaremos.

Marco terapéutico

Hemos dicho en la introducción que el paciente participaba de un programa completo de tratamiento del cual es muy difícil deslindar el éxito aislado de la educación física. Para hacer más entendible el proceso, vamos a explicar la secuencia por la que pasaban todos los pacientes:

En primer lugar, una vez que el paciente acudía a consulta y el médico indicaba su ingreso en la unidad de agudos, este paciente era recibido por las enfermeras y auxiliares que le asignaban una habitación (individuales en esta unidad y de máxima seguridad), le indicaban las normas por las que se regía la convivencia, le recogían sus pertenencias y le proveían de la ropa adecuada y en el aseo previo, entrando directamente a participar en la actividad que en ese momento se estuviera desarrollando que como decíamos antes no se interrumpían.

Las actividades que a lo largo del día se desarrollaban eran las siguientes:

9,00 Horas desayuno, aseo, medicación.

9,30 Horas visita del médico.

10,00 Horas Educación Física.

10,30 Horas ducha.

10,45 Horas laborterapia.

12,00 Horas grupo "Case work".

13,00 Horas comida.

13,30 Horas asistencia al médico de aquellos casos que son requeridos y contacto con los familiares.

14,30 Horas reunión del equipo terapéutico.

15,00 Horas siesta.

El equipo terapéutico estaba formado por un médico psiquiatra coordinador, un médico adjunto alumno de psiquiatría, dos ATS psiquiátricos, dos auxiliares psiquiátricos, un profesor de educación física y cuatro damas de sanidad militar. Hay que reflejar que el personal es mini-

mo, pero que aún así debe ser cuidadosamente escogido, incluido el personal de limpieza.

El equipo de educación física lo formábamos un profesor de educación física y un auxiliar con la dificultad que esto representaba por la escasa formación del auxiliar.

Todas y cada una de las actividades son competencia exclusiva de la persona o personas encargadas de ellas bajo la supervisión del médico coordinador, sin que puedan y deban producirse interferencias por otros canales.

Es importante que el profesor de educación física participe en el Case work y en las reuniones del equipo terapéutico. El Case work es un grupo donde se reúne el personal terapéutico, los pacientes y los familiares, y se discute todo aquello que sucede bajo la dirección de los médicos.

Es importante señalar que al profesor de educación no le debe preocupar la enfermedad que presenten los pacientes puesto que él se debe limitar a aplicar un programa basado en el movimiento y mucho menos poseer temor pues la normalidad es la mejor receta en el mundo de los locos (normalidad entendida como congruencia).

Características de los participantes en la actividad

Mayoritariamente el grupo ha estado constituido por hombres jóvenes, dándose los siguientes porcentajes, 99,9% hombres, 0,1% mujeres. Entre 17-21 años se encontraba el 90%, entre 21 años se encuentra el 5% y más de 30 años se encuentra el 5%.

La experiencia se llevó a cabo en el hospital militar central Gomez Ulla de Madrid y está explicada una serie de características especiales de estos enfermos como es la prevalencia de edad y sexo y el de no concurrir al hospital en la mayoría de los casos de una forma voluntaria, cosa fundamental para el tratamiento psiquiátrico en la vida civil. Además el movimiento de entrada y salida de enfermos se realizaba de una forma muy rápida.

Participaron alrededor de 500 pacientes en seis meses que duró la experiencia, con un promedio de 20 participantes diariamente, que en unos casos podía ser superior y en otros inferior. El tiempo medio de participación por persona era de 5 a 10 días.

El origen de los participantes era 35% de la unidad de agudos y el resto de otro personal hospitalizado (10% de interconsulta -pacientes con proceso mórbido demostrado y sujetos pendientes de peritaje-, 5% militares profesionales, funcionarios de la administración militar y familiares y 50% de contingente de tropa).

Programa general de educación física

Existía un programa general destinado a todos los enfermos en general salvo aquellos que no alcanzarían el nivel mínimo a los que se realizaba un programa particular hasta que fueran capaces de integrarse en el grupo general. Los programas particulares eran tantos como casos problemáticos existieran que nunca eran más de cuatro, a estos efectos será necesario referirnos a los pacientes que presentaban un cuadro confusional pues su recuperación era espectacular. El objetivo general de la actividad al que tenían que llegar todos los enfermos era:

— Lograr una movilización total, integrada y armónica de los enfermos, logrando que entiendan, sientan y realicen los ejercicios.

Los objetivos específicos que nos marcamos fueron los siguientes:

Cognoscitivos:

- Que el enfermo sepa los beneficios del ejercicio.
- Que el enfermo sepa dosificar el ejercicio.
- Que el enfermo llegue a conocer sus limitaciones y sus posibilidades frente al ejercicio.

Afectivos:

- Que el enfermo sienta el efecto del ejercicio.
- Que el enfermo se comunique con los que le rodean.
- Que el enfermo viva su cuerpo.
- Que el enfermo adquiera la noción de movimiento.

Psicomotores

- Que el enfermo realice los ejercicios propuestos.
- Que el enfermo sugiera sus ejercicios.
- Que el enfermo cree ejercicios.
- Que el enfermo imite movimientos.
- Que el enfermo valore su cuerpo y lo conozca.

En cuanto a las actividades, describimos las que finalmente adoptamos al cabo de un mes de trabajo, en el sentido que observamos que el crear ejercicios nuevos y cada vez diferentes que íbamos realizando los enfermos lo adoptaban como algo raro y que se salía de la normalidad, lo cual como hemos dicho antes les desestructura y acabamos por adoptar un modelo para la semana, variando según el día algún ejercicio pero solo ligeramente, buscando el beneficio psicomotor encubierta como actividad motriz pura.

Es decir, en estas actividades buscamos el acto motor innato, intentando el ajuste corporal, intentando la socialización y fomentando la creatividad. En concreto las actividades que realizábamos eran:

Calentamiento: Sistemático y unificado.

Sesiones

— Lunes: ejercicios fundamentalmente por parejas.

— Martes: ejercicios individuales.

— Miércoles: juego con pelota.

— Jueves: ejercicios fundamentalmente de elasticidad.

— Viernes: trabajo en circuito.

Ejercicios suaves de vuelta a la calma.

Relajación simple en silencio.

Ducha

Por supuesto se conserva el esquema tradicional del calentamiento, parte principal de la sesión y vuelta a la normalidad.

Descripción de las sesiones:

Calentamiento: 5'

Carrera ligera en círculo por la habitación.

Carrera lateral sin cruzar las piernas y posteriormente cruzándolas. Luego cambio de sentido.

Parados, giros simultáneos y alternativos de brazos hacia delante y hacia atrás.

Giros de muñecas.

Giros de tronco.

Giros de cuello.

Flexión y extensión de codos y abrir y cerrar manos.

1ª Sesión: lunes

1. Abdominales por parejas: piernas entrelazadas y flexionadas, brazos cruzados en el pecho. Veinte veces.

2. Flexiones de brazos en la pared con oposición del compañero por la espalda. Cuarenta veces.

3. Flexibilidad pasiva: Sentados en el suelo, piernas extendidas, juntas, flexionar el tronco ayudados por un compañero.

4. Lucha: En cuclillas, empujarse hasta que uno caiga.

5. Ejercicios isométricos: Tirar de los brazos del compañero 5" cada vez, diez veces.

6. Oscilaciones de piernas apoyados en un compañero veinte veces cada pierna.

7. Ejercicios de cuello: por parejas, con oposición del compañero.

8. Abrir y cerrar manos diez veces por cada una de las personas que haya.

9. Por parejas, de pie, espalda contra espalda, unidos por los codos, flexionar el tronco y elevar al compañero.

10. Ejercicio de piernas realizando un pedaleo por parejas, en decúbito supino.

2ª Sesión: martes

1. Flexiones de brazos en posición de tierra inclinada veinte veces.

2. Flexiones de piernas, desde la posición de firmes

3. Lucha: cogidos de las manos y en posición de firmes, tirar hasta que uno se mueva.

4. Abdominales, piernas extendidas manos en la nuca. Veinte.

5. Carreras a caballo.

6. Carreras en cuclillas.

7. Cogidos por los brazos, espalda contra espalda, flexionar el tronco y elevar el contrario.

8. Elevación lateral del muslo, en posición de tierra inclinada lateral.

9. Posición decúbito supino, realizar pedaleo.

10. En posición decúbito prono, ejercicios de lumbares arqueándose lo más posible.

3ª Sesión: miércoles

Se realiza un juego de pelota. Se organizan dos equipos, pueden avanzar pasándose la pelota con la mano, pero a la hora de introducir la pelota en la portería debe realizarse con el pie.

4ª Sesión: jueves

1. Elasticidad, con una pierna extendida y la otra flexionada sentados en el suelo, flexionar el tronco hacia la pierna extendida con rebote. Diez veces a cada pierna.

2. Sentados en el suelo, con las piernas abiertas, extendidas, agarrando con las manos las puntas de los pies, flexionando el tronco.

3. Prueba de equilibrio: Prueba de Bakarínov.

4. Abdominales por parejas.

5. Carreras de carretillas.

6. Voltereta hacia atrás.

7. Voltereta hacia delante.

8. Realizar el clavo. Pino apoyando la cabeza.

9. En la posición de pie, elevar la pierna lo más posible.

10. Abrir las piernas, lo más posible.

5ª Sesión: viernes. Circuito

Ocho estaciones. Con treinta segundos de trabajo en cada estación y treinta segundos de descanso mientras se cambia de estación.

1. Elevar y bajar una silla. Las vees que pueda.

2. Flexiones de piernas desde la posición de firmes.

3. Ejercicio de lumbares.

4. Abdominales.

5. Saltos de pies juntos a una determinada altura.

6. Flexiones de brazos en posición de tierra inclinada.

7. Carrera sobre el terreno llevando las rodillas a la horizontal.

8. Abrir y cerrar manos.

Es imprescindible que todos los participantes se muevan aunque lo único que hagan sea circular por la sala, para evitar inmobilizaciones que contagien a otros enfermos y además puede ser un método para motivar a estos pacientes que tienden a la inmovilidad.

Determinamos que cada sesión tuviera diez ejercicios aunque no se realizasen los diez, para tener siempre ejercicios reservados.

Insistimos en que lo importante no es la realización formal de los ejercicios, sino la efectividad psicomotora que estos puedan realizar.

Programas Específicos

Estos programas se realizaban para aquellos enfermos que no eran capaces de incluirse con un nivel mínimo de trabajo en el programa general. Entre ellos señalamos, dos confusionales, un débil mental con fobias intensas, un psicótico ciego, un esquizofrénico descorporalizado.

Los programas específicos se basaban principalmente con sus propios movimientos, ya que casi es imposible el mutismo kinético, convirtiéndose el propio movimiento además de un fin, en un medio.

En los confusionales que yacían en la cama inmóviles se entraba en contacto con ellos de una forma oral y simultáneamente por medio de sensaciones táctiles y de presión sobre el cuerpo. Si a estos estímulos respondía con alguna señal (siempre reaccionaron), procuramos que repita ese movimiento, primero tal y como lo hizo y posteriormente con la extremidad contralateral. Posteriormente vamos disminuyendo progresivamente los apoyos y aumentamos el nivel de complejidad. Logramos que se siente en la cama con los pies fuera de ella y que descienda apoyándose en la cama al suelo nuestra actitud era la de adoptar las posiciones de enfermo para poder evaluar nosotros mismos el nivel de exigencia y sin tocar al enfermo pero apoyándole verbalmente salir reptando de la habitación y cuando veamos seguridad pasaremos a movimientos en cuadrupedia, realizaremos una pausa sentados realizando ejercicios de brazos de calentamiento, suaves, para finalizar levantándose y andando con apoyo en la pared, aunque tambaleantes. Estos enfermos pueden incorporarse al programa general en dos sesiones.

Metodología

Utilizamos según convenga en la ocasión métodos deductivos ó métodos inductivos (mando directo, enseñanza mediante la búsqueda).

Hay que hacer dos observaciones, por una parte el profesor dirigirá la sesión pero dando el máximo de posibilidades para la participación y que el profesor debe constituirse en parte activa de la sesión, puesto que es un gesto que motiva a la participación a estas personas reacias a realizar actos teledirigidos.

Tengamos en cuenta que la mayoría de estos sujetos provienen de un medio militar donde la gimnasia es algo duro y penoso y nosotros los tenemos que movilizar sin que ellos recuerden ese ambiente para evitar bloqueos y realizar las sesiones de una forma suave y relajada.

Como comentábamos anteriormente, siempre es deseable que haya dos personas dirigiendo la sesión, una de ellas no se ocupará de los detalles y dirigirá el programa general que adopta la mayoría del grupo, para evitar interrupciones y convertirse en un grupo fuerte, unido y coherente que sea capaz de llevar a la movilidad a los sujetos más pasivos, situación que ha ocurrido múltiples veces y por lo que recalcamos y aconsejamos poner al máximo empeño en constituir un grupo fuerte, si se abandona alguna vez una tarea por ser demasiado esfuerzo recomendamos no abandonar el programa general pues si se disgrega el grupo difícilmente lograremos cohesionarlo posteriormente. El otro profesor se encargará de aquellas personas más pasivas, evitará que nadie se margine y dirigirá los programas específicos que por su delicadeza requieren un gran trabajo y esfuerzo. Nosotros alternábamos ambos papeles.

Evaluación

La evaluación la realizábamos desde el punto de vista motor repasando aquellas cualidades que sobresalían tanto por su deficiencia como por su perfección, llevando un diario de observaciones que nos permitía a nosotros y a los clínicos llevar un seguimiento más perfecto de los enfermos.

Diseñamos un cuadro de evaluación para que de alguna forma quedaría constancia de la evolución del enfermo en la actividad durante el tiempo que permaneciera en ella. En este cuadro evaluábamos el primer y el último día, la movilidad general, la iniciativa, la creatividad en el movimiento, la autonomía, el control corporal, la participación, la motivación, la limitación de movimiento y la perfección de los movimientos, que evaluábamos en una escala de 0 a 5 siendo de 0 a 2 mala de 3 a 4 regular y 5 buena. Pero no nos limitábamos a poner una calificación pues esto nos parece muy despersonalizador por lo que informábamos del porque de tal calificación.

Resultados

Los resultados obtenidos eran magníficos los individuos en una media de una semana eran inicialmente compensados y pasaban a otra fase de tratamiento. Lo que nos permitía mantener un volumen de demanda muy superior al de hospitales civiles.

Siendo una unidad de tratamiento más restringida los enfermos se resistían a abandonarla señal de su agrado.

Estamos convencidos que la acción positiva fue del programa

combinado porque socializábamos al enfermo, se encontraba cubierto afectivamente y notaba al enfermo que se preocupaban por él.

Los resultados de los programas específicos fueron los más demostrativos integrando a un ciego en el programa general sin recibir previa rehabilitación funcional, la integración de los confusionales y por la inexistencia de autolesiones.

Consideramos y todos los estudios lo afirman que el ejercicio físico es una sublimación de la violencia cuando este de por sí no genera violencia pero en la sesión del miércoles es una sesión en la que permitía el contacto corporal y jamás se reprodujeron brotes violentos.

La sesión era conocida, se transmitía "genéticamente" es decir a pesar de ser un grupo abierto, cambiante continuamente y a veces con permanencias muy cortas se sabía lo que se iba a hacer, nunca había incertidumbre y con la incertidumbre hemos dicho que se crea angustia y debemos trabajar por reducir el nivel de angustia.

Conclusiones

El ejercicio socializaba y facilitaba la interacción entre los individuos.

Se observa una mejoría en los enfermos.

Hay una adaptación al medio cerrado.

Aceptación progresiva hacia la colaboración.

Disminución progresiva de la medicación.

Disminución de los estados de ansiedad, inhibición, depresiones o minusvalías.

Eliminación de la agresión.

Distracción de los enfermos.

Sensación de validez y de identidad en los enfermos.

Ayuda al diagnóstico, seguimiento de la evolución y ayuda al tratamiento.

Tratábamos una heterogeneidad de procesos mórbidos con una técnica homogénea para todos ellos.

La técnica se basa fundamentalmente en realizar una educación física socialmente conocida, con un trasfondo psicomotriz, fomentando una participación y una acción agrupal dentro de un marco de tratamiento y sin sentirse terapeuta sino educador. "A un lenguaje del cuerpo patológico le respondemos con un lenguaje del cuerpo terapéutico" (R. Garnerl 1979).