

Rehabilitación psicofuncional de pacientes esquizofrénicos de la tercera edad

Sergio Arquímedes Milán Olivera

Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte, "Manuel Fajardo", Cuba



Recibido: 2015-02-22 Aprobado: 2015-04-10

Resumen

El artículo expone los resultados de la aplicación de un plan de actividades físicas adaptadas como parte de la rehabilitación psicofuncional de pacientes con esquizofrenia. El estudio realizado fue del tipo de investigación-acción y la población participante de 58 ancianos alistados al proyecto de rehabilitación psicofuncional del Hospital Siquiátrico de La Habana. Los resultados muestran los cambios experimentados luego de seis meses de aplicación.

Palabras clave: actividad física adaptada, esquizofrenia

Introducción

El Hospital Psiquiátrico de La Habana Comandante Dr. Eduardo B. Ordaz Ducungé desarrolla proyectos de rehabilitación psicofuncional como parte de las terapias de asistencia a pacientes que acuden a este centro de referencia nacional.

En observación no estructurada se identifica que para pacientes de la tercera edad con esquizofrenia predominan actividades de entretenimiento como cumpleaños colectivos, televisión, radio y juegos de mesa. De igual manera se constató con los especialistas del área, la no inclusión de estos pacientes en actividades físicas adaptadas aludiendo al nivel de envejecimiento y al síndrome de actividad psicomotora disminuida. A partir de estas realidades el autor propuso elaborar un plan de actividades físicas adaptadas para mejorar la condición física y mental de los pacientes de la tercera edad con esquizofrenia.

Materiales y métodos

La población seleccionada fue de 58 pacientes esquizofrénicos (32 hombres y 26 mujeres), de ellos 24 del tipo paranoico (13 mujeres), 20 del tipo hebefrénicos (9 mujeres) y 10 del tipo residual (4 mujeres). En la caracterización de los pacientes consta que los del tipo esquizofrénicos hebefrénicos (EH) tienen el nivel más bajo en capacidades afectivas-volitivas, los paranoicos (EP) un nivel medio y los residuales un nivel más alto, según la Clasificación Internacional de Trastornos y Enfermedades (CIE-10, 2008). Para el autor, este criterio, fue esencial en la dosificación de las actividades físicas adaptadas.

El estudio experimental del tipo investigación-acción comenzó en el mes de julio del 2013 y culminó en diciembre del propio año.

La consulta bibliográfica facilitó el análisis y la comprensión de los fundamentos teóricos relacionados con las

Perspective of future for scholars in healthy physical activity

Abstract

The article sets forward the application results of an adapted physical activities plan as part of the psycho-functional rehabilitation of patients with schizophrenia. The fulfilled study was an investigation-action and 58 old enlisted men to the rehabilitative psycho-functional project from Havana Insane Asylum were the population. Results evidence the experienced changes right after six months application.

Keywords: *adapted physical activities, schizophrenia*

enfermedades psiquiátricas, la esquizofrenia y las actividades físicas adaptadas. La revisión del expediente clínico permitió conocer el historial de vida de los pacientes.

Plan de actividades físicas adaptadas

•Objetivo general: Mejorar la condición física y mental de los pacientes de la tercera edad con esquizofrenia.

Contenidos aplicados para mejorar la condición física

Las actividades de resistencia o aeróbicas, aumentan el ritmo de la respiración y de los latidos del corazón. Estas actividades le ayudan a mantenerse saludable y a mejorar su condición física, le permiten realizar las tareas cotidianas. Se recomienda de 3 a 5 minutos para los esquizofrénicos hebefrénicos (EH), de 5 a 7 min. para paranoicos (EP) y de 7 a 10 minutos para los residuales (ER). Los ejercicios formalizados fueron:

- Caminar con ritmo lento, moderado y rápido
- Caminar combinando los ritmos
- Caminar cuesta arriba

- Subir-bajar un step
- Subir escalones

El aumento en la fuerza de los músculos puede hacer una gran diferencia en su habilidad de mantenerse independiente y realizar actividades diarias. Comenzar usando pesos de 1 hasta 2 libras. Realizar estos ejercicios dos veces por semana. Los ejercicios estipulados fueron:

- Alzar pomos plásticos rellenos de arena, sentados o parados, 5 a 7 veces (para EH), 7 a 10 (para EP) y de 10 a 15 (para ER).

- Lanzar con dos manos y una mano pelotas con sobrepeso, 2 a 4 veces (para EH), de 4 a 6 (para EP) y de 6 a 8 (para ER).

- Sostener pesos en diferentes posiciones de brazos, 10 a 15 seg. (para EH), de 15 a 20 seg. (para EP) y de 20 a 25 seg. (para ER).

- Empujar y halar objetos, 2 a 4 veces (para EH), de 4 a 6 (para EP) y de 6 a 8 (para ER).

- Levantarse de una silla con apoyo y sin apoyo de las manos, de 5 a 7 veces (para EH), 7 a 10 (para EP) y de 10 a 15 (para ER).

- Realizar flexiones contra la pared, de 5 a 7 veces (para EH), 7 a 10 (para EP) y de 10 a 15 (para ER).

- Levantamiento de la pierna atrás apoyando las manos a una silla, de 5 a 7 veces (para EH), 7 a 10 (para EP) y de 10 a 15 (para ER).

Los ejercicios de equilibrio ayudan a prevenir las caídas, tan comunes, en los adultos mayores. Muchos de los ejercicios de fortalecimiento de la parte inferior del cuerpo también ayudan a mejorar el equilibrio. Los ejercicios precisados fueron:

- Parado sobre un pie y la otra flexionada al frente con los brazos extendidos a los laterales, de 10 a 15 seg. (para EH), 15 a 20 seg. (para EP) y de 20 a 25 seg. (para ER).

- Caminar tocando el talón del pie retrasado con los dedos del pie delantero dedos, brazos extendidos a los laterales, 15-20 m de 5 a 7 veces (para EH), 7 a 10 (para EP) y de 10 a 15 (para ER).

- Caminata de equilibrio, levantando la rodilla de la pierna delantera y brazos extendidos a los laterales, 15-20m, de 5 a 7 veces (Para EH), 7 a 10 (Para EP) y de 10 a 15 (para ER).

Los ejercicios de flexibilidad, son importantes en el plan de actividades físicas adaptadas porque dan más libertad de movimiento a los pacientes para realizar otras actividades físicas y de la vida diaria. Realizar de 5 a 7 veces (para EH), 7 a 10 (para EP) y de 10 a 15 (para ER) durante cada sesión. Los ejercicios que se señalaron fueron:

- Sentado o parado, flexión del cuello hacia los lados, al frente y atrás,

- Parado de espaldas contra una pared, con los pies separados y alineados con los hombros, y los brazos a la altura de los hombros, doblar los codos para que las puntas de los

dedos de la mano apunten hacia el techo y toquen la pared detrás de usted.

- Sentado en la silla, levantar los brazos hacia el frente hasta la altura de los hombros, con las palmas de las manos hacia afuera.

- Sentado en la silla, lentamente voltearse a la izquierda y a la derecha desde la cintura sin mover las caderas.

- Sentado en la silla, lentamente inclinarse hacia el frente desde las caderas. Mantener la espalda y el cuello recto.

- Parado frente a una silla, poner las manos en el asiento y bajar el cuerpo hasta arrodillarse en una rodilla.

- Sentados de frente, colocar sus pies contra los pies de su compañero, agarrar una de las puntas de una cuerda, halar de manera que el compañero tenga que inclinar el tronco al frente.

Contenidos aplicados para mejorar la condición mental

Los juegos deportivos adaptados permiten a los pacientes la integración y la participación activa en colectividad, además de reaccionar ante la victoria o la derrota, desarrollándole nobleza para congratular al vencedor a al vencido. Los juegos que se cumplieron fueron:

- Balón al aro: Consiste en introducir el balón en un aro colocado a baja altura. Se organizan los pacientes en equipos y cada integrante tienen la oportunidad de dos tiros desde la línea de 2m.

- Balonvolea: La dinámica del juego es parecida al de voleibol, difiere en que los equipos son de 9 integrantes, que deben capturar y lanzar el balón por encima de la net hacia el lado contrario. Se permite que los equipos hagan dos pases antes de lanzarlo a cancha contraria.

El tiempo asignado a los juegos varía: 3 min. (para EH), 4 min. (para EP) y 5 min. (para ER).

Sugerencias metodológicas

- Los pacientes deberán hacer primero alguna actividad de resistencia, como caminar acelerando el ritmo gradualmente hasta alcanzar un compás más rápido. Al final de la actividad, se debe reducir gradualmente la velocidad hasta que el cuerpo se enfríe.

- Es importante tomar aproximadamente 5 minutos al principio y al final de cada rutina para hacer ejercicios de calentamiento que dan a los músculos la oportunidad de alistarse para el trabajo y ayudan a prevenir las lesiones.

- Realizar ejercicios localizados para preparar los músculos y las articulaciones que va a usar en la actividad principal.

- Los juegos constituyen la actividad principal en cada sesión. Se comienza de forma intragrupal y luego intergrupala.

- Los ejercicios de flexibilidad se harán antes de comenzar la práctica, intercalados entre actividades y al final de la sesión.

Pruebas de evaluación

Las pruebas de evaluación se realizan mensualmente para comprobar la continuidad del progreso o retroceso del paciente.

Metas para evaluar la condición física

-Resistencia: mantenerse caminando el máximo de tiempo recomendado.

-Fuerza extremidades superiores: Contar el número de flexiones de brazos que realiza contra la pared antes de detenerse.

-Fuerza extremidades inferiores: Contar el número de veces que puede extender la pierna antes de detenerse.

-Equilibrio: Medir la cantidad de tiempo que puede estar parado sobre un pie y la otra pierna flexionada al frente con los brazos extendidos a los laterales.

-Flexibilidad: Sentado firmemente en la parte de adelante de una silla firme y con una pierna recta hacia el frente, con el talón tocando el piso y los dedos del pie apuntando hacia arriba, ver hasta dónde puede lograr bajar para alcanzar los dedos de los pies.

Metas para evaluar la esfera psicológica mediante los juegos deportivos adaptados

-Participación activa (si) (no)

-Interés (si) (no)

-Afectividad (si) (no)

-Trabajo en grupo (si) (no)

-Agresividad (si) (no)

Resultados

Después de 6 meses de aplicado el plan, los resultados se corresponden con la dosificación delimitada en las sesiones.

E.H	Resistencia		Fuerza		Equilibrio		Flexibilidad	
	V. min	V. max	V. min	V. max	V. min	V. max	V. min	V. max
Mujeres	2.5	4	3	5	6	11	3	5
Hombres	3	5	6	8	9	10	6	8

Tabla 1. Grupo de Esquizofrenia Hebefrénica (EH)

Leyenda : V.MÍN: Valor mínimo alcanzado V.MÁX: Valor máximo alcanzado

En cuanto a las mujeres de este grupo (9), seis casos (66,66 %) no consiguieron el valor mínimo en la prueba de resistencia, tres lo sobrecumplieron. Relacionado con la prueba de fuerza, siete (77,77 %) no lograron el valor mínimo, el resto no pudo. Concerniente a la prueba de equilibrio, siete casos (77,77 %) no lograron el valor mínimo, dos si pudieron. Respecto a la prueba de flexibilidad, ocho de los casos (88,88 %) no consiguieron el valor mínimo y uno pudo.

En los hombres (11) de este grupo, en la resistencia ocho casos (72,72 %) alcanzaron el valor mínimo y tres el máximo; en la fuerza todos los casos sobrepasaron el

valor mínimo, de ellos dos pacientes (18,18 %) superaron el valor máximo. En el equilibrio cuatro sujetos (36,36 %) lograron el valor mínimo y siete (63,63 %) el máximo; en la flexibilidad todos sobrepasaron el valor mínimo, de ellos cinco (45,45 %) el valor máximo.

Discusión de los resultados

En el caso de las mujeres todas las capacidades deben mejorarse. En los hombres, se debe proyectar mejorar el equilibrio e incrementar las otras.

De la tabla se interpreta que las mujeres (13), solo tres (23,07 %) no cumplieron con los valores mínimos en la prueba de resistencia, el resto si: en la fuerza y en el equilibrio todas (11) no cumplieron y, en la flexibilidad seis (46,15 %) pudieron.

E.H	Resistencia		Fuerza		Equilibrio		Flexibilidad	
	V. min	V. max	V. min	V. max	V. min	V. max	V. min	V. max
Mujeres	4	5	5	6	10	12	5	7
Hombres	5	7	8	10	13	17	9	12

Tabla 2. Grupo de Esquizofrenia Paranoide (EP).

Leyenda : V.MÍN: Valor mínimo alcanzado V.MÁX: Valor máximo alcanzado

De la tabla se interpreta que las mujeres (13), solo tres (23,07 %) no cumplieron con los valores mínimos en la prueba de resistencia, el resto si: en la fuerza y en el equilibrio todas (11) no cumplieron y, en la flexibilidad seis (46,15 %) pudieron.

Relativo a los hombres (11) todos obtuvieron el valor mínimo en la prueba de resistencia, fuerza y flexibilidad, de ellos, siete (63,63 %) cumplieron con el valor máximo: en la primera, diez (90,90 %); en la segunda, ocho (72,72 %) y, en la tercera siete (63,63 %). La capacidad menos mejorada fue la de equilibrio donde nueve (81,81 %) no lograron el valor mínimo.

Discusión de los resultados

De forma mayoritaria en las mujeres hay que mejorar la fuerza y el equilibrio; en los hombres, el equilibrio.

E.H	Resistencia		Fuerza		Equilibrio		Flexibilidad	
	V. min	V. max	V. min	V. max	V. min	V. max	V. min	V. max
Mujeres	7	9	10	12	15	20	10	12
Hombres	9	12	12	16	19	23	12	18

Tabla 3. Grupo de Esquizofrenia Residual (E.R)

Leyenda : V.MÍN: Valor mínimo alcanzado. V.MÁX: Valor máximo alcanzado

Todas las mujeres (4) y hombres (6) alcanzaron los valores mínimos en las pruebas de resistencia, fuerza y flexibilidad.

En la primera, cinco de los pacientes (83,33 %) sobrepasaron el valor máximo; en la segunda, tres de los pacientes (50 %) superaron el valor máximo y en la tercera, cuatro (66,66 %) aventajaron el valor máximo. La capacidad más afectada en ambos sexos (100 %) fue la del equilibrio.

Discusión de los resultados

Evidentemente, en ambos sexos hay que mejorar la flexibilidad y seguir acrecentando las demás.

La gráfica siguiente muestra los resultados obtenidos con la observación de los juegos

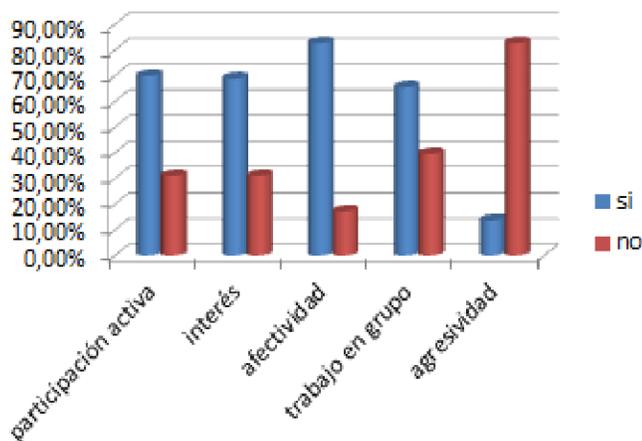


Gráfico 1: Resultados evaluativos de las capacidades mentales mediante los juegos deportivos adaptados

En el gráfico se interpreta que al final del estudio las metas controladas reflejaron algunas reacciones negativas en los pacientes, aspecto que coinciden con las características que enfatizan las teorías acerca de los trastornos conductuales en la esquizofrenia (Conrad 1954, APA 1994, Jackson 1997). Pero se comprobó, en la mayoría de los pacientes, una mejor integración social, hechos que coinciden con las hipótesis que destacan los beneficios psicológicos de la práctica de actividades físicas para los enfermos psiquiátricos (Davis, 1968, Ordaz y Gómez 2008).

Conclusiones

Los resultados obtenidos en la investigación demuestran que la capacidad física más afectada en todos los pacientes es el equilibrio y en los grupos de hebefrénicos y paranoicos se amplía con la fuerza. Se evidenció que a través de un plan de actividades físicas adaptadas se mejora la condición física y mental de los pacientes de la tercera edad con esquizofrenia, contribuyendo de esta forma a su rehabilitación psicofuncional.

Es recomendable la continuación del estudio de la condición física y mental de los pacientes objeto de investigación en un plazo de tiempo mayor, incrementando y variando el número de ejercicios y juegos.

Referencias bibliográficas

Conrad 1954, APA 1994, Jackson 1997. Tomado de <https://scholar.google.com/cu/scholar?q=trastornos+conductuales+en+la+esquizofrenia+%28Conrad,+1954%3B+APA,+1994%3B+Jackson,+1997>

Gómez Martínez, Ana M. (2008). Terapia ocupacional. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Jackson D. Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta. En: Interacción familiar. Bueno Aires, Tiempo Contemporáneo. 1971

Ordaz Ducunge, Eduardo B. (1968). Terapia ocupacional para la rehabilitación psiquiátrica. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Bibliografía

Hernández Vázquez, J. (2008). Actividades físicas adaptadas: Perspectiva interdisciplinar y bases conceptuales. Barcelona: INEFC.

García Sánchez, Lilia V... (et.al). (2009). Aproximación conceptual a la Actividad Física Adaptada. Colombia: Editorial Universidad del Rosario.

González Mas, R. (s.a.e). Rehabilitación médica. Barcelona: Massons s.a.

McGurk Susan R... (et.al). (2008). Meta-análisis de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. Am. J. Psychiatry: Ed: Española.

Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. (2010). Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: Editorial Ergon.