Taller de Yoga como terapia de actividad en pacientes psiquiátricos de larga estancia

Nieves Lamela, P.[1]; Rodríguez González, F. A.[2]; Pedreira García, B.[3]; Marrero del Castillo, D.C.[4]; Montesinos Negrín, E.[5]

1 DUE Unidad de Rehabilitación Activa (URA). Psicóloga.
2 DUE (URA). Psicólogo.
3 DUE (URA).
4 DUE (URA). EIR.
5 Auxiliar de Enfermería Psiquiátrica (URA)

resumen

El propósito de este proyecto es diseñar, implementar y evaluar los beneficios de un programa de yoga, para pacientes ingresados en una Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. El yoga es una actividad suave y de baja exigencia física, que no precisa una capacitación previa y es bien tolerada dado que este tipo de pacientes presentan una serie de síntomas como pueden ser: rigidez, estilo de vida sedentario, apatía, abulia, anhedonia y aumento de peso asociado a la medicación.

Los problemas NANDA: 00097 Déficit de actividades recreativas y 00092 Intolerancia a la actividad, serían el objeto de nuestra intervención enfermera. Con las evaluaciones de los participantes antes, durante y después de la implementación del programa, tratamos de obtener datos que nos permitan objetivar el beneficio potencial de la práctica continuada de yoga en una unidad de rehabilitación.

palabras clave

Enfermería de Salud Mental - terapia de actividad – yoga

abstract

The aim of this project is to design, implement and assess the benefits of a yoga program for patients signed in a Psychiatric Rehabilitation Unit.

Yoga is a mild activity which doesn't require physical effort. You don't need to be trained and it is easily bearable, since this sort of patients usually show symptoms such as rigidity, a sedentary lifestyle, apathy, weakness and weight-gain, associated to medication.

The NANDA problems: 00097 Loss of Recreational Activities and 00092 Activity Intolerance would be the aim of our nursing work. With pre, post and meanwhile participant's assessment during the implementation process, we try to gather data that allows us to be objective about the potential benefits of continuous yoga practice in a rehabilitation unit.

justificación

La primera referencia antigua al ejercicio físico la encontramos en los escritos médicos denominados "Corpus Hipocraticum" donde hay continuas referencias al ejercicio físico corporal, ya que éste fue considerado por los griegos como un elemento imprescindible para la conservación de la salud. Inspirándose en los escritos de Hipócrates a finales del siglo IV a.C. aparece un tratado titulado "Epistole Profilaktike" escrito por Diocles de Caristo que considera el ejercicio físico como el medio natural más importante al alcance del ser humano para conservar la salud. En la época medieval dentro del "Regima Sanitaris" en el título "Secretum Secretorum" se orienta hacia un adecuado régimen dietético y de ejercicios. En la obra de Claudio Galeno nos transmite la idea de la medicina clásica griega de la importancia que el ejercicio físico tiene en la conservación de la salud.

También son continuas las referencias en los tratados de la literatura médica árabe (Avicena, Averroes, Marmonides) donde se plantea que para el mantenimiento de la salud es imprescindible conjugar la variedad dietética en la comida con la práctica física y que los requisitos indispensables para la conservación de la salud se resumen en practicar ejercicio físico y ser moderados en la comida y en la bebida y que la excesiva tranquilidad (falta de ejercicio) es un gran daño para la salud.

La relación entre el ejercicio regular, la salud física y el bienestar está ampliamente documentada en la literatura, sin embargo los estudios sobre los efectos del ejercicio físico sobre la calidad de vida en pacientes psiquiátricos son escasos. La investigación disponible sugiere que el ejercicio influye sobre la salud física y mental, sobre el estado de ánimo pero los mecanismos subyacentes son desconocidos y qsue además de promover mejora en la calidad de vida, aumenta la autoestima, reduce la ociosidad, proporciona mayor integración entre los pacientes y los profesionales y aumenta la participación del paciente en otras actividades (Andrade y Pedrao, 2005). La mayor parte de los estudios se han llevado a cabo con pacientes con depresión, ansiedad, anorexia y fobias.

Tras un breve repaso por la historia de la psiquiatría, nos encontramos con que en los años 60 los hospitales psiquiátricos seguían anclados en el viejo modelo de asilar de finales del siglo XIX. Se trataba de centros infradotados, con carencias de personal y de incentivación, en la mayoría de los casos no cumplían criterios de calidad asistencial y no se trabajaba desde un punto de vista rehabilitador. Varios autores recogen las consecuencias del "hospitalismo" o "institucionalismo psiquiátrico" que tal y como definió Spitz en 1945, hace referencia a "aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en las instituciones, caracterizado por apatía, falta de iniciativa, perdida de interés, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, pérdida de la individualidad y aceptación resignada de la realidad. En consecuencia, la institucionalización provoca en el paciente psiquiátrico una fragmentación, un estigma y deterioro en la construcción de la identidad por la etiqueta institucional y la marginación social."

En la actualidad para favorecer la desinstitucionalización se crean las Unidades de Rehabilitación Activa (URA), definida como la estructura especializada para la asistencia en régimen de internado a corto y medio plazo, que mediante actividades rehabilitadoras aborda las limitaciones funcionales producidas por la enfermedad mental, planteándose como objetivo la resocialización e integración del paciente en su medio natural. Significa un cambio en el planteamiento que inicialmente se daba a las actividades rehabilitadoras entendidas como exclusivamente lúdicas, realizadas con una participación pasiva del paciente, sin implicación del mismo en su organización. Es precisamente es este tipo de Unidad donde se pone en

marcha el programa de yoga. El perfil del paciente ingresado en la URA es un enfermo mental crónico definido en base a su diagnóstico (trastorno mental severo), nivel de funcionamiento social (incapacidad moderada o severa) y duración de los síntomas, incapacidad y número de hospitalizaciones (incapacidad severa prolongada). De acuerdo con la definición de Goldman y cols. (1981), se trataría de "aquellas personas que sufren un trastorno mental severo y persistente que interfiere en sus capacidades funcionales de la vida diaria, como el autocuidado, las relaciones interpersonales y el trabajo o los estudios, y que a menudo precisan de atención hospitalaria o de tratamientos psiquiátricos prolongados".

Los síntomas más claros en la fase residual de la enfermedad son conocidos como síntomas negativos, los cuales comprenden limitaciones que afectan a la calidad de vida del paciente, el funcionamiento cognitivo y comprometen la adaptación social y laboral del paciente (embotamiento afectivo, pobreza del habla, abulia o falta de energía y por lo tanto inactividad y pobreza psicomotora, aislamiento…). Esto unido a los efectos secundarios de la medicación prescrita que generan aumento de peso (los estudios sugieren que del 40% al 80 % de las personas que toman medicamentos antipsicóticos experimentan un aumento de un 20 % sobre el peso corporal ideal según talla y constitución), parkinsonismo (rigidez muscular, hipomimia, temblor, dificultad en la marcha) discinesias tardía, distonías, acatisias, somnolencia etc. los lleva a un estilo de vida sedentario con marcada tendencia a la clinofilia.

La práctica del yoga proporciona cambios y beneficios en el funcionamiento de todo el organismo, tanto a nivel físico como psíquico: mejora la memoria, reduce la tensión, la ansiedad y la irritabilidad, favorece la coordinación psicomotora y los procesos de atención y concentración que están afectados en un paciente psiquiátrico. Es una actividad suave y de baja exigencia física, que no precisa una capacitación previa, es bien tolerada y se puede adecuar a la capacidad y nivel físico de cada uno.

Entendemos pues, que la actividad física regular a través del yoga, provocaría una mejoría en la motricidad de los pacientes, posibilitándoles no solo una terapia de entretenimiento distinta y novedosa, sino adquirir y/o mejorar capacidades perdidas necesarias para que se desenvuelvan "físicamente" con normalidad, minimizando la rigidez y el enlentecimiento que por distintas causas les caracteriza. Paralelamente, el sistema sanitario se beneficia del menor coste de este tipo de acción preventiva grupal frente a actuaciones terciarias, las cuales implicarían un mayor consumo de recursos individualizados por los potenciales candidatos a los mismos.

objetivo

Diseño, implementación y evaluación de un taller de yoga para pacientes psiquiátricos de larga estancia.

Material y método

Material:

1. Espacio: sala de la televisión.
2. Material audiovisual: CD con música relajante y DVD con ejercicios de yoga.
3. Colchonetas o esterillas.
4. Ropa adecuada a la actividad
5. Agua, zumos o refrescos para 30 personas.

Método:

El trabajo se desarrollaría en 3 fases:

a) Diseño del programa
b) Implementación del programa
c) Evaluación del programa

a) Diseño del programa:

1. Revisión bibliográfica.
2. Definir el programa (nº de pacientes, duración, horarios, espacio disponible, recursos materiales y humanos necesarios y criterios de

inclusión / exclusión. Utilizando como referencia la intervención NIC: 4310 Terapia de actividad (anexo I).

3. Creación de formatos de registro. Utilizando como referencia las etiquetas NOC: 2004 Forma física, 2008 Movilidad, 0905 Concentración, 0001 Resistencia, 2002 Bienestar personal, (anexo II).
4. Se seleccionan los indicadores correspondientes a las etiquetas NOC, estableciéndose los criterios de evaluación para cada indicador (anexo III).

b) Implementación del programa:
(Procedimiento de la actividad)

1. Selección de los pacientes que participaran en el programa.
2. Ofrecerles información acerca del propósito del programa.
3. Se acondiciona la sala donde se realizará la actividad, (se retiran las sillas y sillones) de forma conjunta; pacientes y personal.
4. Se comprueba que funcione correctamente el material audiovisual.
5. Se comprueba el funcionamiento de la iluminación / ventilación del salón.
6. Preveer suministro de agua, refresco, zumo..para la finalización de la actividad
7. Se le solicita a los pacientes que se vistan con prendas cómodas, adecuadas a la actividad y que coloquen sus colchonetas.
8. Se realiza la distribución de los pacientes y el personal en la sala, de forma que el DUE y AE responsables de la actividad, se colocarían en una posición en la que pudieran ser observados por el resto del grupo.
9. Se inician ejercicios de calentamiento (flexión y extensión de los músculos y de las articulaciones, estiramientos, torsiones, inversiones), adecuados a la capacidad y nivel físico de los pacientes, cada paciente ejecuta el ejercicio hasta donde le sea posible; y ejercicios de respiración (se les enseña como respirar de forma pausada, uniforme y nasal). Duración 20 minutos, con música suave. Los ejercicios serían realizados previamente y durante toda la sesión por el DUE y AE, sirviendo de ésta forma de modelo al paciente (modelado o aprendizaje por observación); se corregirían aquellas posiciones inadecuadas en pacientes que así lo precisen, utilizando refuerzos verbales para premiar los intentos válidos.
10. A continuación se realizarían posturas de yoga sencillas (evitando movimientos bruscos, violentos o impulsivos). Duración 20 minutos, con música suave y apoyo visual de las posturas de yoga.
11. Finalizaría la actividad con una relajación guiada. Duración 10 minutos.
12. Puesta en común de cómo transcurrió la sesión (sugerencias, críticas).
13. Agradecimientos a los pacientes al finalizar el taller, para reforzar su disposición a la participación (terapia de actividad).
14. Recordar la importancia de recoger el material utilizado al finalizar la sesión.
15. Reparto de agua, refrescos, zumos... a los participantes.

c) Evaluación del programa:

En esta tercera fase se evaluarían los indicadores seleccionados (NOC) a cada paciente (ANEXO II), según la frecuencia y criterios establecidos recogidos en el ANEXO III. Realizándose una evaluación inicial al principio del programa, mensualmente y al finalizar el programa (12 meses).
Recogidos, depurados y procesados los datos, obtendríamos finalmente los resultados del estudio.

bibliografía

1. Caballo V., Buela-Casal G., Carrobles J.A. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. 1995.ED. Siglo XXI.

2. Fogarty, Margaret; Happell, Brenda
[Explorando los beneficios de un programa de ejercicio físico para personas con esquizofrenia: un estudio cualitativo] Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a qualitative study IMHN 2005 abr 26(3):341-351
Original, artículo

3. Andrade, Rubia Laine de Paula; Pedrazo, Luiz Jorge
[Algunas consideraciones sobre la utilización de modalidades terapeúticas no tradicionales por el enfermero en la atención de enfermería psiquiátrica] Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica Rev Latino-am Enfermagem -Bra- 2005 sep-oct
13(5):737-742
Revisión, artículo

4. Aguilera Manrique, Gabriel; Belmonte García, Mª Teresa; Zapata Boluda, Rosa; Granados Gámez, Genoveva; Marcos Pérez, Elena; Cristóbal Cañadas, Carlos
Procedimientos de relajación Metas Enferm 2002 dic-ene
V(51):14-18
Protocolo y pautas de actuación

5. http://www.cori.unicamp.br/jornadas/completos/UNER/BEGLINOMINI,%20MARIA.doc.
6. Revista electrónica de psiquiátrica Vol2, Nº3, septiembre 1998. http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/vol2mun3/artic_4.htm
7. http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_3/canarias/ura.jsp
8. http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml
9. http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/2551/
10. http://www.biopsicologia.net/fichas/page_7599.html
11. http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_091.html

12. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2007-2008. Ed. Elsevier.

13. Moorhead S, Jonson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería. Elsevier- Mosby. 3ª edición.2004.

14. McCloskey J, Bulechek GM. NIC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. ED Elsevier-Mosby.2005.ISBN.84-8174-787-4.

15. Mosquera J.M., Galdós P. Farmacología para enfermería. Edt. Interamericana McGraw. Madrid 2001.

16. Lain Entrallo. P. "La medicina Hipocrática", Madrid. Historia Universal de Medicina. Vol II. Barcelona. 1992 pp. 37-71.

17. Calle, R.; Morillo,I. Aprende yoga. 2005. Ed. Librería argentina.

ANEXO I

PROGRAMA –TALLER DE YOGA
NIC: 4310 Terapia de actividad.

Nº DE PARTICIPANTES: 26 incluido el personal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Pacientes ingresados en la Unidad (criterios propios de ingreso en la URA).
- ✓ Participación voluntaria.
- ✓ Conducta adecuada que no interfiera en la dinámica del taller.
- ✓ Con habilidades cognitivas y de comunicación suficientes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Sintomatología psiquiátrica y/o somática que les impida participar.

DURACION TOTAL DEL PROGRAMA: 12 meses

DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

50 minutos; frecuencia semanal: 2 (martes y jueves).

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:

DUE y auxiliares de enfermería del turno de tarde.

PROGRAMA
Basado en la Intervención de Enfermería NIC: 4310 Terapia de actividad.

1. Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
2. Ayudarle a centrarse en lo que el paciente puede hacer más que en los déficit.
3. Enseñar al paciente el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y de la salud.
4. Disponer un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones, con luces suaves y temperatura agradable cuando sea posible para así mejorar la capacidad de concentración del paciente.
5. Instruir al paciente acerca de los ejercicios que se van a realizar. Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad.
6. Ayudarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el ejercicio
7. Observar los ejercicios realizados por el paciente para su correcta ejecución,
8. Disponer un refuerzo positivo en la participación de las actividades.
9. Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.
10. Enseñar al paciente a realizar la actividad deseada o prescrita para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.

11. Ayudar en las actividades físicas si es necesario.

ANEXO II

Nº EPISODIO:	EDAD:	SEXO:

Fecha de inicio: Fecha de finalización:

Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
200403 Flexibilidad articular															
090502 Se mantiene centrado sin distraerse															
000102 Actividad “continuidad”															
020809 Coordinación															
090501 Se mantiene atento															
200208 Satisfacción con la capacidad de relax															

PESO														
TALLA														
IMC														

ANEXO III

2004 NOC: Forma física
Indicador 200403: **Flexibilidad articular**

Escala de valoración tipo Licker	Criterio de valoración

1) Gravemente comprometido	Rigidez general del paciente, aunque puede realizar algunos ejercicios de pie con ayuda. Dependiente
2) Sustancialmente comprometido	Rigidez que no le dificulta realizar ejercicios de pie, pero precisa ayuda para ejercicios en posición de sentado y/o acostado.
3) Moderadamente comprometido	Únicamente precisa ayuda para los ejercicios que realiza acostado.
4) Levemente comprometido	Es capaz de realizar los ejercicios, con alguna dificultad pero sin ayuda.
5) No comprometido	Muestra flexibilidad necesaria para realizar los ejercicios sin ayuda. Independiente

0905 NOC: Concentración
Indicador 090502: **Se mantiene centrado sin distraerse.**

Escala de valoración tipo Licker	Criterio de valoración
1) Gravemente comprometido	Interrumpe continuamente la sesión.(en más de 4 ocasiones)
2) Sustancialmente comprometido	Interrumpe la sesión hasta en 3 ocasiones
3) Moderadamente comprometido	Interrumpe la sesión hasta en 2 ocasiones
4) Levemente comprometido	Interrumpe la sesión hasta en 1 ocasión
5) No comprometido	No interrumpe la sesión

0905 NOC: Concentración
Indicador 090501: **Se mantiene atento.**

Escala de valoración tipo Licker	Criterio de valoración
1) Gravemente comprometido	No presta atención a las indicaciones del monitor, nunca sigue las instrucciones
2) Sustancialmente comprometido	Raramente mantiene la atención (1 a 3 veces por sesión)
3) Moderadamente comprometido	Ocasionalmente mantiene la atención (más de 3 veces por sesión)
4) Levemente comprometido	Generalmente mantiene la atención
5) No comprometido	Siempre esta atento durante la sesión

ANEXO IV

0001 NOC: Resistencia
Indicador 000102: **Actividad**

Escala de valoración tipo Licker	Criterio de valoración
1) Gravemente comprometido	Abandona la sesión al inicio y no continua

2) Sustancialmente comprometido	Abandona la sesión en 3 o más ocasiones
3) Moderadamente comprometido	Abandona la sesión en 2 ocasiones
4) Levemente comprometido	Abandona la sesión en 1 ocasión
5) No comprometido	Permanece durante toda la sesión

0208 NOC: Movilidad
Indicador 020809: **Coordinación**

Escala de valoración tipo Licker	Criterio de valoración
1) Gravemente comprometido	No es capaz de realizar el movimiento de forma coordinada
2) Sustancialmente comprometido	Raramente realiza el movimiento de forma coordinada (1 a 3 veces por sesión)
3) Moderadamente comprometido	Ocasionalmente realiza el movimiento de forma coordinada (más de 3 veces por sesión)
4) Levemente comprometido	Generalmente realiza el movimiento de forma coordinada
5) No comprometido	Realiza el movimiento de forma coordinada y precisa

2002 NOC: Bienestar personal
Indicador 200208: **Satisfacción con la capacidad de relax**

Escala de valoración tipo Licker	Criterio de valoración
1) No del todo satisfecho	El expresado por el paciente
2) Algo satisfecho	El expresado por el paciente
3) Moderadamente satisfecho	El expresado por el paciente
4) Muy satisfecho	El expresado por el paciente
5) Completamente satisfecho	El expresado por el paciente