

## **Importancia de las prácticas de la Educación Física en el abordaje multidisciplinario de la Salud Mental. El desafío de trabajar con locos**

María Laura Rodríguez ([maria.lau.rodriguez@gmail.com](mailto:maria.lau.rodriguez@gmail.com))

En el año 2005 tuve un ofrecimiento laboral en una Clínica Psiquiátrica, que acepté sin tener ningún tipo de formación o preparación específica. Respalda en mi experiencia docente con adultos mayores, obtuve la confianza para formar parte del equipo de esta nueva institución. De allí en más comencé a trabajar en numerosos establecimientos de salud mental y a desarrollar herramientas pedagógicas y humanas que me permitieron crecer profesionalmente.

Deseo compartir y aportar una mirada hacia una de las minorías aún hoy más olvidadas de la sociedad moderna: los "locos" o enfermos mentales, invitándolos a construir alternativas de abordaje en la atención interdisciplinaria y tratamiento de las personas con padecimiento mental y a trabajar en el proceso de su integración social. Los convoco a redimensionar nuestra labor, a implicarnos en estos espacios y a enfrentar prejuicios y temores acerca de la enfermedad mental.

### **Desmanicomialización: Argentina y un cambio histórico en políticas de Salud Mental.**

Las personas con trastornos mentales han sufrido una larga historia de marginación y exclusión. Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención se organizaba en torno a internaciones prolongadas o incluso de por vida, en instituciones del tipo asilar y custodial y con pésimas condiciones para los internados: masificación, despersonalización y maltrato, etc. Permanecer allí constituía un importante factor de cronificación y deterioro junto al aislamiento de la sociedad. Progresivamente la situación se fue modificando gracias al desarrollo de nuevas y eficaces formas de tratamiento farmacológico,

psiquiátrico y de intervención psico-social, y a los cambios políticos y culturales que permitieron un profundo proceso de transformación.

En Argentina, con la sanción de la Ley 26657 de Salud Mental, se consolidó un cambio de paradigma alternativo al vigente hasta el año 2011. La nueva ley concibe a las personas con algún padecimiento mental como sujetos de derecho, reconociendo su autonomía y su capacidad para tomar decisiones respecto a su tratamiento e integración a la comunidad. Desalienta las internaciones indefinidas, considerándolas un recurso terapéutico de carácter restrictivo, contemplando las excepciones que por razones debidamente fundadas, establezca el equipo de salud interviniente. Prohíbe la creación de nuevos hospitales monovalentes y ordena la creación de servicios y espacios de atención ambulatorios. Promueve el abordaje interdisciplinario, intersectorial y la modalidad de gratuidad, equidad e igualdad.

### **Una nueva etapa**

La desinstitucionalización no implica cerrar los hospitales psiquiátricos y abandonar a quienes se encuentran allí. Significa comenzar de nuevo, teniendo en cuenta la complejidad del ser humano, la necesidad de fortalecer lazos sociales y el derecho a protagonizar su cura y elegir el tratamiento de su parte enferma. El cambio debe darse progresivamente creando nuevas instituciones, más pequeñas, humanas y accesibles donde las personas se sientan contenidas y respetadas. Trabajando sobre los aspectos positivos a los que asistir y donde sólo en interacción con otros, puedan crearse actos de salud

Un paradigma de este tipo de servicio es el Hospital de Día, ya que es una unidad de asistencia sanitaria especializada y ambulatoria que sortea la estancia hospitalaria. Es una estructura dinámica que facilita la atención integral de cada paciente y que evita desarraigarlo de su medio. Incluye activamente al núcleo familiar, conformando una red fuerte entre: profesionales-familia-comunidad. No trata el síntoma o la crisis si no que intenta construir espacios de salud en quienes reciben la atención y en las personas afectadas por la problemática.

### **Una experiencia en la ciudad de La Plata:**

Dependiente de una Clínica Neuropsiquiátrica Privada, se creó un Hospital de Día al que acudían pacientes de la institución, de otros nosocomios y derivados por distintos profesionales del área de salud mental. A partir de 2007 se consolidó y transformó en un centro de referencia en la ciudad.

Recibía personas de más de 18 años, con diferentes diagnósticos y etapas de tratamiento, estabilización y recuperación de sus enfermedades. Se evaluaba su admisión en equipo a fin de considerar su abordaje, diseñar estrategias terapéuticas o en caso contrario, su derivación.

El equipo multidisciplinario estaba conformado por: Médica Psiquiatra, Lic en Psicología y Comunicación Social, Musicoterapeuta, Danzaterapeuta, Diseñador en Comunicación Audiovisual y Profesores en Artes Plásticas, Teatro, Filosofía y Educación Física.

El dispositivo funcionaba bajo la modalidad de jornada completa en 2 turnos de 4 horas con una población de 15 a 18 pacientes por turno, los que desarrollaban actividades grupales y además recibían colaciones y almuerzo. Se les brindaba seguimiento farmacológico y control psiquiátrico a cargo de personal especializado y atención psicoterapéutica tanto en espacios individuales como de asamblea. Se realizaban reuniones con familiares, con el fin de brindar contención y herramientas para sobrellevar las problemáticas y con un valor informativo en la construcción de la historia de cada uno de los asistentes.

El equipo multidisciplinario encaraba integralmente las problemáticas de los usuarios atendiendo particularidades y facilitando su despliegue en un sentido pleno.

### **Educación Física: un espacio que creció y se consolidó.**

Las clases, se desarrollaban tanto en un salón como en el patio del hospital y con amplia variedad de materiales adquiridos y empleados según las demandas y necesidades del grupo.

Las propuestas giraban en torno a lo gimnástico, lo recreativo y a la danza. Los alumnos comenzaron a enriquecer su bagaje motor en forma progresiva, nutriéndolo de rutinas individuales y grupales y además de un vasto conjunto de juegos. Respecto a la danza, en principio se realizaba como actividad propiamente dicha sólo en festejos y en forma espontánea. Luego se introdujo sistematizadamente, con elementos básicos posturales, rítmicos y técnicos de diversas disciplinas. Quedaban en segundo plano las actividades al aire libre por cuestiones administrativas y legales de responsabilidad civil aunque, con debidos requerimientos y cuidados se desarrollaban periódicamente. Todo ello respondía a una planificación elaborada junto con los pacientes-alumnos y se adecuaban constantemente a sus requerimientos.

El planteo de objetivos y contenidos fue variando con el tiempo. Cuando comencé, los propósitos eran ambiciosos y poco reales. De cara a esta nueva realidad, entendí que había que empezar por el principio para luego trazar metas más pretenciosas y hacer que los alumnos tuvieran ganas de venir, vencieran obstáculos ligados a los síntomas de la enfermedad, a los efectos de medicamentos, a sus propios temores y pudieran vincularse activamente entre sí, con sus propios cuerpos y con sus cuerpos en movimiento.

Tal como lo exigen las normativas de las obras sociales, Educación Física poseía una carga horaria de 2 horas semanales. En menos de un año y tras la demanda de los mismos pacientes, se sumaron 4 horas más, distribuidas en 3 estímulos.

Los alumnos fueron evolucionando lenta y favorablemente, atravesando etapas muy críticas en la construcción y sostén de la motivación en contraposición al desgano y la abulia tan características de las personas con padecimiento mental. Para la mayoría, las únicas vivencias ligadas a lo corporal habían sido

obtenidas en la escuela durante su niñez y adolescencia y en algunos casos de ello, había transcurrido más de 20 años. Cabe aclarar que lo que sucede naturalmente en otros ámbitos educativos, aquí constituyen verdaderos desafíos y puntos de partida: llegar a horario, utilizar ropa adecuada o mantener hábitos básicos de higiene, etc. En este caso particular puedo afirmar que los avances obtenidos alcanzaron su punto máximo cuando los alumnos, habiendo aprendido a organizar sus propias rutinas de actividad física y a tomar cuidados pertinentes, pudieron desarrollarlas fuera del hospital sin la necesaria supervisión docente, en grupos y complementando las tareas desarrolladas dentro del dispositivo.

El hospital se convirtió en un verdadero ámbito de salud, creatividad y actividad, facilitando mejoras estables en ámbitos conductuales y relacionales. Permitió la desaparición de tiempos muertos en beneficio de los tiempos terapéuticos. Al no utilizar el medicamento como único instrumento de abordaje (que sólo silencia los síntomas) fue posible encarar problemáticas subyacentes, y profundas. Se redujeron a un mínimo: la reincidencia de los aspectos más críticos de las enfermedades y el reingreso a instituciones cerradas. El dispositivo cobró un dinamismo inusual respecto a admisiones y altas, convirtiéndose en una alternativa válida y sustitutiva de una institución total. Para muchos de los usuarios, ofició de trampolín hacia otras actividades, culturales, sociales y deportivas y en el caso de los más jóvenes posibilitó la inserción en el campo laboral gracias a la capacitación y asesoramiento obtenidos.

### **Cambia el contexto de las prácticas. ¿El alumno es el mismo?**

Paralelamente a esta experiencia, trabajé y trabajo en Salas de internación. Me enfrenté a una realidad bastante alejada de lo que había construido mi imaginario respecto a estas instituciones y a la de los hospitales públicos, caracterizados históricamente por el encierro, abandono, maltrato, violencia y pésimas condiciones de vida para las personas allí internadas.

A pesar que en el ámbito privado, las Clínicas suelen ofrecer comodidades o cierto nivel de “confort”, no dejan de ser instituciones totales o cerradas y como tales, presentan algunas características comunes.

Tras el desarraigo de su medio cuando los pacientes ingresan y comienzan su internación, son despojados de sus pertenencias. Se establecen pautas disciplinarias y todas las actividades suponen un control institucional: hora de aseo, de visitas, descanso, del mate, alimentación reglada, etc. Muchos se ven obligados a compartir habitación con quienes no tienen afinidad o que se alejan de su franja etaria.

Estas medidas que suponen y garantizan organización y determinan reglas de convivencia, profundizan al mismo tiempo una pérdida de autonomía y singularidad como individuos y un cercenamiento de las libertades personales. A largo plazo, favorecen una actitud general de desinterés, apatía, abulia, etc.

La vida de los pacientes, transcurre en forma rutinaria, sentados o recostados, mirando televisión, participando eventualmente de juegos de mesa y fumando (característica dominante en la población institucionalizada). Esta rutina se interrumpe con la intervención a espacios y actividades grupales que la institución ofrece y entre las que se encuentra Educación Física.

Los alumnos son invitados a participar pero también respetados si así no lo desean. En muchos casos, se acercan a la clase de manera espontánea, pero en general ocurre que deben ser convocados uno a uno, requiriendo tiempo un extra del trabajo docente. Sucede también que a veces son “empujados” por parte del personal utilizando la asistencia como moneda de cambio, influyendo negativamente en el vínculo de los pacientes-alumnos con el docente y con la actividad propiamente dicha.

Las condiciones para trabajar entonces se vuelven adversas, ya que recibimos alumnos medicados y sobremedicados, desvinculados de sus lazos familiares, despojados de sus efectos personales, deteriorados en sus hábitos y con pérdidas de su individualidad. Además no siempre se cuenta con un espacio específico donde desarrollar las clases, debiendo realizarlas en lugares de

circulación común. De este modo el encuadre pedagógico-terapéutico se ve permanentemente interrumpido y alterado.

Aún así, las clases de Educación Física, conforman una suerte de “respiro” en el tiempo. Les permite a aquellos que ya llevaban una vida activa antes de su internación, la posibilidad de continuarla y para muchos otros, la oportunidad de iniciarla fuera una vez obtenida el alta. Permite una conexión pura con la parte “sana” de cada individuo.

Sea cual sea el contexto donde desarrollemos nuestras prácticas, considero que el docente se transforma en un **animador** en el sentido más puro de la palabra y que contribuye a modificar sustancialmente la actitud del paciente-alumno frente a las adversidades que le imponen la enfermedad y el mismo sistema que la trata.

Sabemos de la incidencia de la actividad física sobre el bienestar psicológico, el estado de ánimo, el mejoramiento de la autoestima y la disminución del estrés. Debemos entonces intentar colaborar en el inicio o la recuperación de una vida en movimiento, resignificándola y haciéndola propia.

Lograremos mejorar la condición física y mitigar la discapacidad psíquica y social, minimizar los síntomas, perfeccionar habilidades sociales conformando vínculos y ofreciendo oportunidades para salir del aislamiento, descubrir capacidades y motivaciones, recuperar aficiones generando el compromiso de una ocupación que organiza la vida diaria y fomenta la creación de hábitos saludables disfrutando un cuerpo que baila, juega, se mueve por sí mismo y con otros.

Poniendo en juego nuestros saberes, confiando en nuestra capacidad y siempre trabajando en equipo, mejoraremos inexorablemente la calidad de vida de nuestros pacientes-alumnos.

Pretendo dejar un mensaje esperanzador, invitando a confiar en la capacidad de recuperación de las personas con padecimiento mental, pensando que eso puede ocurrir si les ofrecemos profesionales comprometidos, afecto y cuidados

pero sobre todo, el respeto y la vigencia plena de sus derechos, en una sociedad inclusiva y en un país donde las políticas sanitarias lo garanticen verdaderamente.

Propongo investigar, discutir y fundamentalmente involucrarnos como parte activa de los equipos multidisciplinarios, sabiendo que constituye un gran desafío, que nadie nos prepara mejor que la práctica cotidiana o el “hacer” mismo, donde nunca estamos solos y en donde todo está por hacerse. Invito a reflexionar sobre importancia de la Salud Mental, comprender que sin ella no hay Salud y saber que sin la inclusión plena de las personas que la padecen, ambas son imposibles.

#### **Bibliografía citada:**

- Ameri, MP (2012) Ponencia: “Alternativas psicoterapéuticas en el abordaje de la Salud Mental”. Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencias Cognitivas. Mar del Plata.
- Di Nella, Y (2013) Documento: Políticas de Salud Mental.( Debates y acciones en el marco de la Ley 266557) recuperado del <http://www.inclusionmental.com.ar>. Buenos Aires.
- Ley 26657. Ley Nacional de Salud Mental. (2011).Ministerio de Salud. República Argentina.

**Palabras clave:** Educación Física-Salud Mental-Desmanicomialización-Interdisciplinario-Inclusión.