



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

TÍTULO:

**“Análisis del Estado físico y nivel de funcionalidad integral de
las pacientes con discapacidad mental del área “Santa
Mariana” del asilo Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil en
el año 2013”.**

AUTOR:

JOSE XAVIER CARDENAS MEDINA

Previo a la obtención del Título de:

**LICENCIADO/A EN
TERAPIA FÍSICA**

TUTORES:

Lcda. Sheyla Villacrés (Tutor de contenido)

Ing. Juan Enrique Fariño (Tutor metodológico)

Guayaquil, Ecuador

2013-2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Sr. Cárdenas Medina José Xavier, como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA.

TUTORES

Lcda. Sheyla Villacrés (Tutor de contenido)

Ing. Juan Enrique Fariño (Tutor metodológico)

DIRECTOR DE TERAPIA FÍSICA

Dr. José Antonio Valle Flores

LINEA DE INVESTIGACIÓN DE LA CARRERA

Terapia Física/ Rehabilitación

Terapia Física/ Rehabilitación Y Calidad De Vida

Guayaquil, 17 del mes de Marzo del año 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Cárdenas Medina José Xavier

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “**Análisis del Estado físico y nivel de funcionalidad integral de las pacientes con discapacidad mental del área “Santa Mariana” del asilo Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil en el año 2013**”, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 17 del mes de Marzo del año 2014

AUTOR:

José Xavier Cárdenas Medina



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Cárdenas Medina José Xavier

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la Institución del trabajo de titulación **“Análisis del Estado físico y nivel de funcionalidad integral de los pacientes con discapacidad mental del área “Santa Mariana” del asilo Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil en el año 2013”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 17 del mes de Marzo del año 2014

AUTOR:

José Xavier Cárdenas Medina

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por haberme dado la vida, la fe y bendiciones durante todo mi proceso de crecimiento personal y académico, es sin duda el pilar fundamental y más importante que tengo en mi vida y por el cual me permito realizar esta investigación.

Agradezco a mis padres por haberme dado la oportunidad de poder estudiar en un prestigioso colegio luego en una respetada universidad, las cuales me han forjado en mis conocimientos y me han llenado de valores útiles para la vida. Sobre todo a mi madre por haber estado desde siempre a mi lado muy atenta y preocupada por mi bienestar, sus consejos me han servido mucho todos estos años.

A las licenciadas en fisioterapia Tania Abril y Andrea Álava por haber sido mis guías durante todo este proceso de tesis y siempre han estado para ayudarme con su experiencia y excelente calidad humana, sin duda dos grandes ejemplos a seguir en mi carrera.

Al Instituto de Neurociencias y su personal de trabajo por haberme dado la oportunidad de realizar esta investigación, formar parte por un tiempo de este gran equipo multidisciplinario, compartir y adquirir nuevos conocimientos que serán de mucha importancia para mi futuro profesional.

José Xavier Cárdenas Medina

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de investigación a dos mujeres que amo mucho, la una está a mi lado y ha estado a mi lado desde hace 4 años dándome su cariño, respeto y apoyo, mi novia y futura esposa Andrea Robalino.

La segunda está en camino, faltan 3 meses para que esté a mi lado pero desde ya la amo y me desvivo por ella, mi hija que está por nacer. Sin duda fue mi mayor motivación para realizar este trabajo. Mi tesis, mi título y todos los objetivos que logre sin duda son y serán por ella.

José Xavier Cárdenas Medina

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

CALIFICACIÓN

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

Portada	I
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Calificación	VIII
Índice general	IX
Índice de tablas	XI
Resumen	XIV
Abstract	XV
1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema	3
3. Objetivos	5
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivo específico	
4. Justificación	6
5. Marco teórico	7
5.1 Calidad de vida y discapacidad	
5.1.1 Definiciones y alcance	
5.1.2 Discapacidad	12
5.2 Conociendo al paciente discapacitado	13
5.2.1 Discapacidad mental/Intelectual	
5.2.1.2 Criterios de diagnóstico de la discapacidad intelectual	14
5.2.1.3 Explicación etiológica de la discapacidad intelectual	16
5.2.1.4 Dimensiones de la discapacidad intelectual	20
5.2.1.5 Causas de la discapacidad intelectual	25
5.2.2 Posibles causas de los trastornos mentales en la	26
Discapacidad intelectual	

5.2.2.1 Principales trastornos mentales en la discapacidad	31
Intelectual	
5.2.2.1.1 Esquizofrenia	
5.2.2.1.2 Trastornos del estado de ánimo	32
5.2.2.1.3 Episodio depresivo	32
5.2.2.1.4 Trastorno obsesivo – compulsivo (TOC)	34
5.2.2.1.5 Trastorno de la personalidad	35
5.2.3 Planes de intervención en las alteraciones mentales	36
Y de la conducta en personas con discapacidad intelectual	
5.2.3.1 Buenas prácticas y valores en el ámbito psicológico	37
5.2.3.2 Planes de apoyo	39
5.2.3.2.1 Habilidades generales – funcionales	40
5.2.3.2.2 Habilidades funcionales equivalentes	
5.2.3.2.3 Habilidades funcionalmente relacionadas	
5.2.3.2.4 Habilidades de afrontar y tolerancia	41
5.2.3.3 Manipulaciones ecológicas	41
5.2.3.3.1 Enseñanza de habilidades generales	43
5.2.3.3.2 Enseñanza de habilidades alternativas	44
Funcionalmente equivalentes	
5.2.3.3.3 Enseñanza de habilidades alternativas	
Funcionalmente relacionadas	
5.2.3.3.4 Enseñanza de habilidades de adaptación personal	46
Y de tolerancia	
5.3 Evaluación musculo-esquelética	47
5.3.1 Evaluación de la amplitud articular del movimiento activo	48
5.3.1.1 Evaluación de la amplitud articular del movimiento pasivo	49

5.3.2 Fuerza muscular	50
5.3.2.1 Evaluación manual de la fuerza muscular	
5.4 ¿Qué entendemos por deporte y actividad física?	51
5.4.1 Actividad física como terapia	54
5.4.2 Beneficios psicológicos de la actividad física	55
5.5 Marco legal	57
5.6 Marco referencial	58
6. Hipótesis	60
7. Metodología	60
8. Análisis e interpretación de resultados	63
8.1 Encuesta realizada a auxiliares del área	
8.2 Encuesta realizada a pacientes	70
8.3 Resultados Test de Barthel	78
8.4 Resultados Test goniométrico	80
8.5 Resultados Test muscular	82
8.6 Resultados prueba aeróbica	84
9. Conclusiones	87
8. Recomendaciones	88
Bibliografía	98
Anexos	99

ÍNDICE DE TABLAS

Índice de cuadros

Encuesta realizada a personal del área de Santa Mariana

Cuadro 1	63
Cuadro 2	65
Cuadro 3	66
Cuadro 4	67
Cuadro 5	69

Encuesta realizada a pacientes del área Santa Mariana	
Cuadro 6	71
Cuadro 7	72
Cuadro 8	74
Cuadro 9	75
Cuadro 10	75
Test de Barthel	
Cuadro 11	78
Test Goniométrico	
Cuadro 12	80
Test Muscular	
Cuadro 13	82
Test de resistencia aeróbica	
Cuadro 14	85

Índice de gráficos

Encuesta a personal del área Santa Mariana	
Gráfico 1	64
Gráfico 2	65
Gráfico 3	67
Gráfico 4	68
Gráfico 5	70

Encuesta a pacientes del área Santa Mariana	
Gráfico 6	71
Gráfico 7	73
Gráfico 8	74
Gráfico 9	76
Gráfico 10	77
Test de Barthel	
Gráfico 11	79
Test Goniométrico	
Gráfico 12	81
Test Muscular	
Gráfico 13	83
Test de resistencia aeróbica	
Gráfico 14	85

RESUMEN

Este trabajo de titulación está enfocado en realizar una evaluación funcional para conocer el estado en la que se encuentran las pacientes de sexo femenino del área de Santa Mariana del asilo Lorenzo Ponce, analizar los resultados obtenidos y proponer un plan de acondicionamiento físico terapéutico que mejore su estado físico y de independencia a pesar de su limitación patológica debido a su discapacidad mental moderada, incluso promoviendo una mejora de su estado de ánimo y salud mental.

Para ello se usarán los siguientes test: Test goniométrico y muscular para describir la condición musculo-esquelética en la que se encuentran y el Test de Barthel para medir su estado de independencia. A su vez, se les realizará una prueba de resistencia aeróbica para determinar su capacidad de resistencia ante el ejercicio y se les tomará las pulsaciones respiratorias para tener un registro del nivel en que se encuentran. Estas evaluaciones serán debidamente documentadas en los test que se mostrarán en los anexos así como la evidencia fotográfica.

Luego del respectivo análisis de los resultados se desarrollará una propuesta de intervención fisioterapéutica en la cual conste con actividades físicas, deportivas y actividades de la vida diaria cuyos beneficios serán de vital importancia en el paciente con discapacidad mental dentro del equipo multidisciplinario para una correcta salud mental y rehabilitación social.

Palabras claves: Discapacidad intelectual – actividad física – ejercicio - deporte – rehabilitación – salud mental

ABSTRACT

This graduation work is focused on performing a functional assessment for the state in which they find the female patients in the area of Santa Mariana asylum Lorenzo Ponce, analyze the results and propose a plan of therapeutic fitness improve its fitness and independence despite his pathological limitation because of its moderate mental disabilities, including promoting an improvement in your mood and mental health.

This will be used the following test: Test for muscular goniometric and describe the musculo-skeletal condition in which they are and the Barthel test to measure their independent status. In turn, they will test to determine aerobic endurance resilience to exercise and respiratory pulsations take them to keep track of the level at which they are. These evaluations will be properly documented in the test that will be shown in the annexes as well as photographic evidence.

After the respective analysis of the results a physical therapy plan which establishes the physically and multisensory activities whose benefits will be vital in the patient with mental disabilities within the multidisciplinary team for proper mental health and social rehabilitation will be developed.

Keywords: Moderate Mental disability - physical activity - exercise - rehabilitation - mental health

1.- INTRODUCCIÓN

La sociedad en la que vivimos demanda un comportamiento muy complejo para el diario desarrollo, las situaciones de independencia personal son parte fundamental para el diario vivir, pero no todos están capacitados para cumplir con dichas demandas que la vida cotidiana nos depara. Es decir que el aprendizaje de habilidades de autonomía e independencia debe ser una parte esencial dentro de los programas de rehabilitación de pacientes con discapacidad mental. (Miguel Verdugo, 2006). Esto se lo logrará con un correcto manejo del equipo multidisciplinario lo cual tendrá como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y fomentar la independencia de sus limitaciones en su vida diaria.

El paciente con discapacidad mental debe ser tratado de manera integral y manteniendo un equilibrio de cuerpo-mente-emociones (relación interna) junto con sus relaciones interpersonales, sociales y del medio ambiente (relación externa). El bienestar psicológico viene ligado a un bienestar físico. Las personas que realizan actividad física regularmente mejoran su estado de ánimo, estimulan su agilidad mental, aumentan la autoestima y ayudan a la interacción e interrelación del paciente. (Goncalves-Camara, 2007).

El Instituto de Neurociencias, antes llamado Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, es un Hospital sin fines de lucro auspiciado por la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Consta de diferentes áreas como: Emergencia, Asilo Lorenzo Ponce, Unidad de Conductas Adictivas, Centro de Investigación Cerebral, en las cuales se brinda atención a los pacientes con problemas mentales, neurológicos y de conductas adictivas. El objetivo del Instituto es darle solución al problema mental de los pacientes y reinsertarlos a su entorno familiar y laboral en el caso que lo amerite. Como parte del tratamiento ofrecen una rehabilitación integral a cargo de varios especialistas los cuales realizan un conjunto de actividades y tratamientos con el fin de

restablecer la salud mental del paciente y mantener o mejorar su estado físico, sensorial, psicológico y social.

Dentro del asilo Lorenzo Ponce hay un espacio físico llamado "Santa Mariana" en el cual se encuentran pacientes de sexo femenino mayores a 30 años con discapacidad mental media, prolongada, pero que no son consideradas de riesgo para las demás personas. Esta área no cuenta con personal de Terapia Física, la Terapeuta de la Salud es la que se encarga de ciertas actividades de parte Ocupacional, pero no realizan actividades que demanden actividad física con un propósito y objetivo fijo. Sus actividades de ocio y tiempo libre no son aprovechadas de una buena manera lo cual produce sedentarismo, mal estado físico, depresión, entre otras patologías que profundizan su discapacidad mental.

Esto nos hace inferir que con un correcto programa de intervención realizado por un especialista en Terapia Física, las pacientes tendrán una mejor respuesta al tratamiento general brindado en el Instituto de Neurociencias ya que se estaría complementando una parte esencial que al momento no poseen por falta de un profesional de esta rama. Lo que se desea obtener de este trabajo de Titulación consiste en determinar la condición física en la que se encuentran y elaborar un programa de intervención para las pacientes del área de "Santa Mariana" del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, basado en un programa de ejercicios moderado y actividades que promuevan el desarrollo integral independiente de las pacientes de esta área, involucrando los campos motrices, sensitivos, sociales y ambientales; con el fin de mejorar su estado físico, emocional y mental en beneficio de su calidad de vida y su posible reinserción a la sociedad como un ser humano íntegro e independiente.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad forma parte de la condición del ser humano ya que según la OMS en su “Informe sobre la discapacidad” del año 2011 nos dice que la mayoría de las personas experimentaremos algún tipo de discapacidad a lo largo de nuestra vida ya sea transitoria o permanente. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto.

La discapacidad mental supone el 40% de las enfermedades crónicas a nivel mundial y la mayor causa de años vividos con discapacidad, el impacto en la calidad de vida de las personas con algún tipo de discapacidad mental es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, diabetes o enfermedades respiratorias o del corazón. Este tipo de discapacidad afecta al desarrollo íntegro normal de una persona ya que puede traer dificultades consecuentes como: problemas en el aprendizaje, predisposición a otros problemas de salud, dificultades económicas y de participación laboral, genera estado de dependencia y afecta su desarrollo socio-cultural dentro de la sociedad.

En el Ecuador, las estadísticas del CONADIS (Consejo Nacional de Discapacidades) reportan un 13,2% de la población nacional en situación de discapacidad y un 48,9% afectada por algún tipo de deficiencia. La distribución porcentual de niños menores de cinco años con deficiencias reportan que el 35,9% son de tipo psicológico. En la provincia del Guayas existen 2866 casos registrados de discapacidad mental, siendo el 93,37% de estos casos mayores de edad.

Dentro del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil se brinda atención a pacientes con discapacidad mental, problemas neurológicos y conductas adictivas de todo el Ecuador. En el área del asilo Lorenzo Ponce se encuentra la sala “Santa Mariana” en la cual residen pacientes de sexo

femenino mayores de edad con discapacidad mental moderada. La sala cuenta con el área de dormitorios y baños en la parte de adentro y en la parte de afuera se encuentra el comedor y un área libre para que deambulen las pacientes. Dentro del área existe una terapeuta psicopedagógica la cual es la encargada de las actividades recreativas, entre las cuales tienen pintura, video y cocina las que se realizan por grupos, uno cada día pero no participan todas de estas actividades.

La OMS define actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (2011), diferenciando las modalidades de ejercicio, cuyo objetivo se vincula directamente sobre los efectos sobre la aptitud física y el deporte. La actividad física brinda beneficios a nivel fisiológico, psicológico, cognitivo y social; pudiendo utilizarse los mismos de manera terapéutica en personas con discapacidad mental aumentando su bienestar y calidad de vida ya que influye sobre mucho de los aspectos característicos comunes de este tipo de pacientes, por lo cual un plan de intervención fisioterapéutica podría ser un eje importante dentro del proceso de rehabilitación de las pacientes del área de Santa Mariana del asilo Lorenzo Ponce.

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo general

Analizar las condiciones físicas y nivel de funcionalidad en la que se encuentran las pacientes con discapacidad mental del área de Santa Mariana del asilo Lorenzo Ponce a través de evaluaciones integrales para elaborar un programa de intervención fisioterapéutico que mejore su calidad de vida.

3.2.- Objetivos específicos

- Evaluar la condición musculo-esquelética en la que se encuentran las pacientes del área de Santa Mariana del asilo Lorenzo Ponce mediante test muscular y de amplitud articular.
- Determinar el nivel de funcionalidad de las pacientes del área de Santa Mariana del asilo Lorenzo Ponce mediante test de Barthel y pruebas aeróbicas moderadas.
- Seleccionar los pacientes aptos para participar en un programa de intervención fisioterapéutica según el análisis de las evaluaciones realizadas.
- Crear una propuesta de intervención fisioterapéutica para mejorar las capacidades funcionales, ocupacionales, sociales y optimizar su calidad de vida dentro del Instituto.

4.- JUSTIFICACIÓN

Una de cada cuatro personas padece de algún tipo de enfermedad mental a lo largo de su vida, siendo la discapacidad mental la enfermedad grave que produce mayor nivel de discapacidad. El tratamiento con este tipo de pacientes es muy complejo, ya que los especialistas dentro del equipo multidisciplinario deben estar en constante acción y aunque el objetivo a largo plazo es reinserir a los pacientes en la sociedad, no todos llegan a este punto ya sea por la condición misma de su discapacidad o por la falta de un correcto tratamiento en el cual la actividad física y recreativa brindará los beneficios a nivel funcional, psicológico y social que necesitan.

Dentro del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil no se ha realizado un estudio sobre la condición física en la que se encuentran los pacientes ni existe un plan de intervención fisioterapéutica en el área de pacientes adultos con discapacidad mental moderada “Santa Mariana”.

Por lo tanto, creo que es necesario realizar el presente estudio para determinar la condición física en la que se encuentran este tipo de pacientes y con los resultados obtenidos proponer un plan de intervención fisioterapéutica que les pueda brindar un mayor estado de ánimo, mejorar sus capacidades funcionales y tener una mejor calidad de vida.

5.- MARCO TEÓRICO

5.1. Calidad de vida y discapacidad

5.1.1. Definiciones y alcance (Extracto tomado del artículo Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales, Ciencia y enfermería, Schwartzmann, L. (2003).

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Entonces no se puede entender el concepto de calidad de vida netamente ligándolo a la patología que tenga el individuo, ya que como lo citaron estos autores comprende un campo mucho más amplio de análisis y de aspectos que se deben tomar en cuenta para poder referirnos a la calidad de vida de un paciente.

Si bien la incorporación de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (las siguientes veces en este texto se lo describirá con las siglas CVRS) representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida. Por otra parte, es inevitable tener que aceptar la dificultad de poder medir integralmente un fenómeno tan multicausal como

es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica, que permita pasar de un discurso genérico e inconmensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad.

Implica además aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena (Leplège y Hunt, 1998).

Esto nos lleva a darnos cuenta que a más de la patología y de los factores externos que influyen en la calidad de vida, también encontramos que hay factores internos que pueden influir en el nivel de la calidad de vida de un paciente, he aquí donde también debemos tomar en cuenta el factor psicológico. Uno de ellos va a ser la forma en que el individuo ha estado adaptado y lo que el espera recibir como persona, la condición social a pesar de no tener que ver dentro de lo que es la enfermedad va a influir mucho para la asimilación y estado de ánimo de la misma.

La confusión entre estado de salud y calidad de vida ha dado origen a dilemas éticos, técnicos y conceptuales. Algunos críticos del concepto han considerado que el mismo conlleva a la medicalización de la vida cotidiana. El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno.

Sin embargo es frecuente que las investigaciones de CVRS dejen de lado estos aspectos antropológicos y culturales, asumiendo un sistema único globalizado de valores. Pacientes asmáticos estudiados en distintas etapas de su enfermedad referían, independientemente del estadio de su

enfermedad, que hechos como pasarlo bien en la vida, experimentar el dar y recibir amor, tener una actitud positiva ante los sucesos de la vida cotidiana eran los factores que proporcionaban a la vida su más alto grado de calidad.

Podría acordarse, por tanto, que es también tarea de la medicina optimizar las situaciones en las que es posible conseguir una calidad de vida razonable, incluyendo la promoción de bienestar a través de intervenciones psicosociales, cuando sea necesario, dentro de los tratamientos habituales.

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

La investigación de la felicidad, proveniente de la tradición psicológica, definida en 1953 por Jones como "un constructo psicológico posible de ser investigado". La primera investigación en los EE.UU. en 1960 (Gurin y cols.) mostró que la "felicidad y el bienestar" no podían reducirse solamente al grado de humor positivo experimentado.

Estudios posteriores evidenciaron la independencia de los afectos positivos y negativos relacionados con el bienestar. Estudios como los de Costa y McCrae (1980) y Abbey y Andrewes (1985) mostraron la relación del afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras los afectos negativos muestran mayor asociación con el estrés, la depresión y la neurosis).

Por lo tanto, para determinar el nivel de calidad de vida se pueden utilizar tests basados en las emociones y personalidad de los pacientes para complementar los test psicométricos o los que sea netamente con preguntas sobre sus actividades diarias y calidad de vida.

La investigación en indicadores sociales, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar. En 1930 se realiza la primera evaluación de bienestar material

(King) y en los años 50 aparece por primera vez el término calidad de vida (Ordway, 1953), siendo utilizado por influyentes políticos de la época. Los estudios posteriores comenzaron a mostrar la escasa o nula relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas. A partir de entonces, las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos. Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas las siguientes categorías de necesidades (Angermeyer y Killian, 2000):

Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).

Necesidad de relación emocional con otras personas.

Necesidad de aceptación social.

Necesidad de realización y de sentido.

Todas estas muy diferentes pero definitivamente unidas dentro de la formación integral de una persona y su bienestar en la que se encontrará.

Cada una de estas necesidades va a influir dentro del ser humano y son parte de su realización como persona, sin embargo en el día a día no se logra cumplir o satisfacer cada uno de estas necesidades. En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, al definirla, ya en 1948, como "... un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad". Sin embargo, esta definición de avanzada no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron alejándose cada vez más de este concepto.

Un excelente artículo brasileño (Minayo, Hartz, Buss, 2000) señala la relatividad del concepto de Calidad de Vida, que si bien en última instancia remite al plano individual (es cómo la persona siente y se ve a sí misma, independientemente de que esta evaluación sea o no compartida por los demás) tiene, al menos, 3 marcos de referencia:

1. Histórico: Cada sociedad tiene parámetros diferentes de calidad de vida en distintos momentos históricos.

2. Cultural: Los distintos pueblos tienen parámetros diferentes en virtud de sus tradiciones culturales, a partir de las cuales se van construyendo los valores y las necesidades. El estudio transcultural de la OMS, durante el desarrollo del instrumento de evaluación de Calidad de Vida (WHOQOL-100), mostró el distinto valor cultural atribuido a mantener un nivel de independencia física entre personas de EE.UU. donde la importancia de la autonomía personal, de valerse por sí mismo y no depender de nadie, es un valor en sí mismo, en relación a países orientales donde tal concepción sería considerada "egoísta", pero donde el auto-validismo asegura el no ser una carga para los demás (WHOQOL Group 1995, Szabo, 1997)

3. Clase social a la que se pertenece: Las expectativas que cada uno tiene en relación a su propia vida tienen una estrecha relación con la clase social a la que se pertenezca.

Este aspecto merece una reflexión aparte que muestra que tanto los indicadores subjetivos (percepción), como los llamados "objetivos" (ingresos, empleo, oportunidades de acceso a la salud) son igualmente valiosos, dependiendo del objetivo de la evaluación.

Cuando nos referimos exclusivamente al individuo, y aún más específicamente al individuo viviendo con su enfermedad, es válido evaluar la percepción de su nivel de bienestar o malestar con la situación que tiene y tomarlo como base para decisiones significativas.

Pero, cuando estamos pensando en términos sociales más amplios o de políticas de Estado, no sería ético considerar que si alguien que vive en la pobreza está satisfecho con su situación en la vida (porque no tiene mayores expectativas, porque nunca conoció otra realidad), la sociedad en su conjunto y el Estado en particular no sean responsables de la modificación de esa situación.

Podemos encontrar distintos tipos de calidad de vida dentro de un mismo país, de una misma provincia, de una misma ciudad. No se puede generalizar y encerrar a toda la población dentro de una base de calidad de vida, es por esto que para realizar un estudio no nos debemos basar en la información de contenido sin una respectiva evaluación específica que nos muestre la realidad de esa muestra o población específica.

5.1.2 Discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado). (OMS, 2012)

La discapacidad entonces será un conjunto formado por una patología presente y como esto afecta su situación personal y su desenvolvimiento en el entorno, un paciente con discapacidad no posee un desarrollo normal dentro de la sociedad ocasionándole problemas físicos y psicológicos.

Se calcula que más de mil millones de personas —es decir, un 15% de la población mundial— están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Eso no es todo, pues las

tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. (OMS, 2012)

La discapacidad enmarca distintos tipos de patologías pero todas tienen un factor común, limitación de la actividad normal. Entonces, una discapacidad puede ir desde algo sin mayor complicación hasta una patología crónica, siendo las dos discapacitantes pero en niveles diferentes de limitación en el ser humano. Lo preocupante de esto es que los niveles de discapacidad en Ecuador y en el mundo van aumentando de forma significativa, cosa que no pasaba antes o que tal vez, no hubieron los estudios epidemiológicos de ahora, los cuales nos brindan las alarmantes cifras de discapacidad.

Diariamente se escucha mucho el término discapacidad pero no se conoce el fondo y todo lo que abarca esta palabra, aun estando en un país donde se están realizando importantes cambios en cuanto al trato con este grupo de la población, una persona con discapacidad a más de poseer una patología posee una limitación la cual es en sí lo que lo coloca en la casilla de persona con discapacidad, la cual puede ser de distintos tipos afectando poco o mucho a la actividad en la que desenvolvía la persona y en su calidad de vida.

5.2 Conociendo al paciente con discapacidad intelectual

5.2.1 Discapacidad mental/intelectual

Aparentemente, la definición de retraso mental es sencilla, y presenta pocas variaciones entre los tres sistemas internacionalmente aceptados: la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), la de la Asociación Psiquiátrica Americana en su manual DSM-IV, y la de la Asociación Americana de Retraso Mental (en inglés: AAMR). Se basa en tres criterios comunes:

Nivel intelectual significativamente inferior a la media (inferior a 69-75 según los criterios).

Capacidad de adquirir habilidades básicas para el funcionamiento y la supervivencia: Comunicación, Autocuidado, Vida en el Hogar, Habilidades Sociales, Uso de la Comunidad, autodirección, Salud y Seguridad, Habilidades Académicas Funcionales, Ocio, y Trabajo

Inicio anterior a los 18 años.

Un paciente con discapacidad mental no es un paciente limitado en su totalidad, ya que posee habilidades de supervivencia lo cual no lo vuelve un paciente completamente dependiente, esto no quiere decir que con el desarrollo de la discapacidad mental junto con patologías anexas nunca pueda llegar a estarlo.

Sin embargo, bajo este aparente acuerdo, se esconden enormes problemas conceptuales. En primer lugar, ¿qué nombre debemos utilizar: "retraso mental", "minusvalía psíquica", "discapacidad del aprendizaje", "discapacidad intelectual"? Actualmente se tiende a considerar como "políticamente correcto" el último término. (Verduga Miguel Angel., 2002)

En el Ecuador está oficialmente estipulado por la Ley que la forma correcta en la que se debe nombrar es "personas con discapacidad intelectual", aunque en el argot popular se siga usando erróneamente términos discriminatorios como "enfermitos", "mongolos" "retrasados" cuando se refieren al paciente con discapacidad.

5.2.1.2 Criterios de diagnóstico de discapacidad intelectual

Limitación sustancial del funcionamiento actual caracterizado por:

1. Funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, definida por el cociente de inteligencia (CI) obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia, administrados individualmente la capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado por debajo de 70 puntos.

2. Limitaciones relacionadas con lo anterior en al menos dos de las siguientes áreas:

- Comunicación - Autocuidado
- Vida en el hogar
- Habilidades sociales
- Uso de la comunidad
- Autodirección
- Salud y seguridad
- Habilidades académicas funcionales
- Ocio
- Trabajo

3. Inicio antes de los 18 años

Fuente: Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR), 2002

El paciente con discapacidad mental se ve afectado en su nivel intelectual en un nivel suficiente para tenerlos por debajo del promedio normal de una persona, por lo general esto se lo descubre desde la adolescencia mediante test de inteligencia y psicométricos, además que se va anotar en su comportamiento y desenvolvimiento diferente en actividades de la vida diaria y de relación con las demás personas.

¿Qué es el retraso mental: una enfermedad, un conjunto de enfermedades, o el déficit o discapacidad asociado a la enfermedad? En realidad el retraso mental es una agrupación de manifestaciones similar al concepto de demencia. Como ésta, incluye una amplia serie de enfermedades y trastornos de origen genético y ambiental, cuya característica común es un déficit de funciones cerebrales superiores de una intensidad tal como para

producir una interferencia significativa en el funcionamiento normal del individuo.

A diferencia de la demencia, los problemas intelectuales del retraso mental son previos al desarrollo madurativo y a la adquisición de habilidades mediante el aprendizaje; por lo que hablamos de "déficit" en lugar de "deterioro". (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quillet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

En definitiva el paciente con discapacidad es un individuo que presenta una serie de características propias, por lo general son características que tienen que ver con sus actividades de la vida diaria y su forma de relacionarse con su entorno, estas características a su vez pueden ser complementados por test psicológicos y de inteligencia que confirmen la presencia de una discapacidad intelectual.

5.2.1.3 Explicación multifactorial de la etiología de la discapacidad intelectual.

Históricamente se distinguía entre causas orgánicas y ambientales. Con la introducción en 1992 de la 9na Edición del manual de la AAMR (Luckasson et al., 1992/1997) se inició un enfoque multifactorial para explicar la etiología de la condición. Factores prenatales, peri-natales y postnatales. (Verduga Miguel Angel., 2002)

Prenatal

Biomédico: alteraciones cromosómicas, alteraciones metabólicas, infecciones transplacentarias (p. ej., rubeola, herpes, sida), exposición a toxinas o teratógenos (p. ej., alcohol, plomo, mercurio), malnutrición (p. ej., deficiencia materna de iodina)

Social: pobreza, malnutrición materna, violencia doméstica, falta de cuidado prenatal.

Conductual: uso de drogas por los padres, inmadurez parental

Educativo: padres con discapacidad sin apoyos, falta de oportunidades educativas

Todo esto puede influir en el periodo prenatal y ocasionar el inicio de un futuro problema de discapacidad intelectual, algunas de estas causas pueden ser prevenidas con respectivos controles, pero sobretodo con el conocimiento de las personas sobre los problemas que puede acarrear y un mejor cuidado dentro del embarazo.

Perinatal

Biomédico: prematuridad, daño cerebral, hipoxia, alteraciones neonatales, incompatibilidad del factor rhesus (Rh)

Social: carencia de acceso a cuidados en el nacimiento

Conductual: rechazo parental de cuidados, abandono parental del niño

Educativo: falta de derivación hacia servicios de intervención tras el alta médica.

Estos factores inciden al momento del parto y primeras horas del nacimiento, en el caso de ser un factor congénito será difícil de prevenir pero en el caso de los demás factores se lo puede evitar con una debida planificación familiar y concientización de los padres previo al nacimiento del niño.

Postnatal:

Biomédico: daño cerebral traumático, malnutrición, trastornos degenerativos/ataques, toxinas

Social: falta de estimulación adecuada, pobreza familiar, enfermedad crónica, institucionalización

Conductual: abuso y abandono infantil, violencia doméstica, conductas de niños difíciles

Educativo: retraso diagnóstico, intervención temprana inadecuada, servicios de educación especial inadecuados, apoyo familiar inadecuado. (Verduga Miguel Angel., 2002)

Son factores que inciden después del parto, tal vez en esta etapa es donde se desarrolle la mayor probabilidad de adquirir este tipo de discapacidad y de la misma forma que los demás, la prevención será el factor principal para que el individuo no se vea afectado.

Coeficiente Intelectual

Este es sólo un índice numérico que pretende expresar el nivel intelectual de una persona o de un grupo, por lo que no debe confundirse con el concepto de "inteligencia" en sí mismo. El CI (Coeficiente Intelectual) relaciona la edad cronológica (EC) con la edad mental (EM), o grado de inteligencia del individuo en relación con su edad cronológica, proporcionando un índice del desarrollo intelectual del individuo comparado con el resto de personas de su misma edad. Este índice se calcula según la fórmula siguiente:

$$CI = (EM/EC) \times 100$$

Para su estimación se utilizan una serie de instrumentos. En adultos el test más difundido es la segunda versión de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS-11), que permite clasificar a la población general en diversos grupos según su nivel de inteligencia. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quittlet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Las personas indicadas para realizar este tipo de test son los psicólogos, psiquiatras y demás especialistas relacionados con la salud mental; los cuales sabrán llevar de la mejor manera el proceso de evaluación y un correcto proceso de análisis de los resultados, por lo general este tipo de evaluaciones además de realizarse en centros psiquiátricos también se los puede realizar en hospitales o consultorios, es decir, está relativamente al alcance de todo realizarse el test para conocer tu coeficiente intelectual.

CI	Clasificación
130 y más	Muy superior
120 – 129	Superior
110 – 119	Normal-alto
90 – 109	Medio
80 – 89	Normal-bajo
70 – 79	Bajo
69 y menos	Deficiencia mental

Fuente: Escalas de Inteligencia de Weschler (WAIS)

En el cuadro anterior se muestra la escala de los niveles de inteligencia en donde de 130 en adelante es lo más algo y de 69 para abajo se lo considera con paciente con discapacidad mental.

Pero como sabemos, el retraso mental no depende sólo del nivel intelectual ni de las habilidades de adaptación por separado, sino de ambos elementos. El concepto se refiere así, a una limitación importante en el funcionamiento de la persona - consecuencia de la interacción de las capacidades restringidas del individuo con el medio en el que vive, no a las limitaciones de la persona en sí mismas.

Si bien las limitaciones en las habilidades de adaptación generales deben ser evaluadas en el contexto de las características propias del grupo de edad al que pertenece el afectado (por ejemplo, en el cálculo matemático, en aptitudes artísticas), a menudo coexisten con puntos fuertes en otras capacidades personales. De hecho, el funcionamiento de la persona con retraso mental puede mejorar significativamente. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

5.2.1.4 Dimensiones de la discapacidad intelectual

Dimensión I: Habilidades intelectuales

La inteligencia se considera una capacidad mental general que incluye: “razonamiento, planificación, solucionar problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia”. (Luckasson y cols. 2002, p. 40).

La evaluación del funcionamiento intelectual es un aspecto crucial para diagnosticar discapacidad intelectual, deben tenerse en cuenta las cinco premisas comentadas previamente a la hora de evaluar a las personas, por lo que, en algunos casos esta evaluación requiere la colaboración de otros profesionales.

A pesar de sus limitaciones, se considera al CI como la mejor representación del funcionamiento intelectual de una persona. Eso sí, es esencial que el CI se obtenga con instrumentos apropiados de evaluación, que estén estandarizados en la población general. (Verduga Miguel Angel., 2002)

Pensar, razonar, son actividades normales para una persona sana mental, pero en un paciente con discapacidad mental esto influye a que se dificulte acciones de importancia para la vida diaria como la toma de decisiones, comprensión y ejecución de actividades.

Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social, práctica)

La conducta adaptativa se entiende como “el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria”. (Luckasson y cols. 2002, p. 73). Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios en la vida y a las demandas ambientales. (Verduga Miguel Angel., 2002)

Dentro de esta dimensión va a depender mucho el medio en el que se desenvuelva, ya que un correcto entorno va a prevenir la aceleración de la discapacidad.

Ejemplos de las habilidades conceptuales, sociales y prácticas:

Conceptual

Lenguaje (receptivo y expresivo)

Lectura y escritura

Conceptos de dinero

Autodirección

Social

Interpersonal

Responsabilidad

Autoestima

Credulidad

Ingenuidad

Sigue las reglas

Obedece las leyes

Evita la victimización

Práctica

Actividades de la vida diaria:

Comida

Traslados

Vestido

Actividades instrumentales de la vida diaria:

Preparación de comidas

Mantenimiento de la casa

Transporte

Toma de medicina

Uso del teléfono

(Verduga Miguel Angel., 2002)

Como vemos según las actividades, la dimensión dos se basará en la conducta del individuo, en sus gestos, su forma de hablar, su forma de ser y su capacidad para las actividades de la vida cotidiana.

Dimensión III: Participación, interacciones y roles sociales

Esta nueva dimensión es uno de los aspectos más relevantes de la definición del 2002. La OMS en esa propuesta plantea como alternativa a los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, los de discapacidad, actividad y participación, dirigidos a conocer el funcionamiento del individuo y clasificar sus competencias y limitaciones.

Mientras que las otras dimensiones se centran en aspectos personales o ambientales, en este caso el análisis se dirige a evaluar las interacciones con los demás y el rol social desempeñado, destacando así la importancia que se concede a estos aspectos en relación con la vida de la persona.

La participación se evalúa por medio de la observación directa de las interacciones del individuo con su mundo material y social en sus actividades diarias. Un funcionamiento adaptativo del comportamiento de la persona se da en la medida en que está activamente involucrado (asistiendo a,

interactuando con, participando en) con su ambiente. (Verduga Miguel Angel., 2002)

La observación nos va a permitir darnos cuenta el comportamiento del paciente durante sus actividades diarias, su forma de interactuar en el diario vivir sin realizarle alguna modificación externa, para evaluar este punto necesitaríamos más de un día para poder llegar a conclusiones sobre las competencias que pueden o no puede realizar.

Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología)

En el sistema de la AAMR de 1992 se había propuesto una dimensión sobre consideraciones psicológicas y emocionales para diferenciar la conducta psicopatológica de la concepción de comportamiento adaptativo. Si bien esta diferenciación fue un buen paso adelante, se había criticado la limitación de esa propuesta desde una perspectiva psicopatologizadora en la cual se destacan únicamente los problemas de comportamiento y la posible psicopatología de los individuos.

Proponiendo que esa dimensión “debe extender sus planteamientos hacia la inclusión de aspectos no patológicos de bienestar emocional.” (Verdugo, 1998; en prensa; Verdugo, 1999, p. 29-30).

Ubicar los aspectos psicológicos-emocionales en esta dimensión inicia el cambio de la perspectiva psicopatologizadora de los individuos con discapacidad mental. (Verduga Miguel Angel., 2002)

No se puede dejar de lado conocer que para que haya discapacidad mental tiene que haber una patología adquirida causante de la enfermedad, sin embargo, no se debe centrar solamente a la patología como tal ya que el factor emocional influye bastante en el desarrollo y avance de la misma.

Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura).

Esta dimensión describe las condiciones interrelacionales en las cuales las personas viven diariamente. Se plantea desde una perspectiva ecológica

que cuenta al menos con tres dimensiones diferentes: a) Microsistema; el espacio social inmediato, que incluye a la persona, familia y a otras personas próximas; b) Mesosistema: la vecindad, comunidad y organizaciones que proporcionan servicios educativos o de habilitación o apoyos y; c) Macrosistema: son los patrones generales de la cultura, sociedad, grandes grupos de la población, países o influencias sociopolíticas. Los distintos ambientes que se incluyen en los tres niveles pueden proporcionar oportunidades y fomentar el bienestar de las personas.

Los ambientes integrados educativos, laborales, de vivienda y de ocio favorecen el crecimiento y el desarrollo de las personas. Y las oportunidades que proporcionan hay que analizarlas en cinco aspectos: presencia comunitaria en los lugares habituales de la comunidad, experiencias de elección y toma de decisiones, competencia (aprendizaje y ejecución de actividades), respeto al ocupar un lugar valorado por la propia comunidad, y participación comunitaria con la familia y amigos.

Los distintos aspectos ambientales que fomentan el bienestar se refieren a la importancia de salud y seguridad personal, comodidad material y seguridad financiera, actividades cívicas y comunitarias, ocio y actividades recreativas en una perspectiva de bienestar, estimulación cognitiva y desarrollo, y un trabajo interesante, recompensante y que merezca la pena. (Verduga Miguel Angel., 2002)

Definitivamente uno de los aspectos más importantes es la del desenvolvimiento de la persona dentro de su entorno, según sea puede ir desde el trato con sus familiares hasta su participación dentro de una sociedad como ciudadano. Tal vez esta sea la dimensión más difícil de promover ya que son muchos aspectos en los cuales se necesita una capacidad intelectual la cual este tipo de pacientes casi que no posee y es un largo proceso poder restaurarla. .

5.2.1.5 Las causas de la discapacidad intelectual

La definición anteriormente expuesta da una idea de la gran variedad de causas del retraso mental. Incluye tanto enfermedades genéticas, que van desde anomalías cromosómicas a alteraciones de un solo gen; como un amplísimo rango de enfermedades de origen ambiental con carencias nutricionales (por ejemplo, déficit de yodina, o intoxicación por plomo), traumas en el momento del parto, infecciones intrauterinas (por ejemplo, rubéola), o una deprivación social grave en la infancia. Por otro lado, las causas no genéticas varían significativamente de un país a otro, dependiendo de factores socio-políticos, económicos y culturales.

Es importante tener en cuenta que muchos sujetos con discapacidad mental presentan alteraciones metabólicas, endocrinas (por ejemplo, hipotiroidismo) o neurológicas (epilepsia, demencia) que pueden confundirse con síntomas de enfermedades mentales. (por ejemplo, agitación psicomotora por dolor dental). (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Hay que tener cuidado especial en dar diagnósticos equivocados o peor aun hacer suposiciones erróneas ya que aunque posea algún síntoma propio de alguna patología que produzca discapacidad mental puede ser un síntoma asociado de otro tipo de patología, es por esto que se debe realizar una evaluación completa por parte del médico antes de determinar un diagnóstico.

La Asociación Mundial de Psiquiatría, dispone de información sobre qué condiciones han propiciado la discapacidad intelectual es muy importante por diversas razones:

- La necesidad de los padres, cuidadores e individuos de entender por qué se ha producido el retraso mental.
- El derecho básico del individuo y de la familia a conocer.
- El alivio de la incertidumbre con respecto a la causa de la discapacidad.

- El alivio de la culpa de que la familia y 10 factores sociales hayan sido la causa del retraso mental, o del trastorno del desarrollo o de la perturbación de la conducta.
- La facilitación de la resolución del duelo.
- El enfoque hacia el futuro.
- La programación de estrategias dirigidas a las capacidades y a las necesidades individuales.
- El potencial para la identificación y pertenencia a un grupo de apoyo.
- La ampliación a la familia entera del consejo genético apropiado.
- Los riesgos para otros miembros de la familia de la condición recurrente en su descendencia.
- El posible tratamiento de condiciones específicas.
- La identificación y prevención de complicaciones. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quittlet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Estos puntos nos traen condiciones positivas para el conocimiento, aceptación y desenvolvimiento al conocer que posee discapacidad mental.

5.2.2 Posibles causas de los trastornos mentales en la discapacidad intelectual

Tradicionalmente se ha sostenido que las causas de los trastornos mentales que aparecen en personas con retraso mental deben ser similares a las de los individuos con inteligencia normal. Sin embargo, la experiencia clínica apunta en otra dirección. Es cierto que una persona con retraso mental puede experimentar problemas mentales similares a los del adulto normal, sobre todo si tu CI es inferior a 70.

Sin embargo, debido a su menor desarrollo cognitivo y habilidades de comunicación, así como al incremento de riesgos de deterioro físico y enfermedades asociadas, los trastornos mentales se presentarán generalmente en forma de alteraciones de la conducta, señales físicas y quejas. De hecho, el número y tipo de trastornos, los patrones de respuesta al tratamiento farmacológico y el curso evolutivo no coinciden con los observados en adultos con CI normal, siendo tanto más alejados de éstos en la medida que la afectación del retraso mental es más grave. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quittlet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Así pues, la manifestación clínica de un trastorno, su gravedad y la afectación sobre el funcionamiento, no pueden verse como el resultado de una causa única, aunque exista una conocida. Son el resultado de una interacción entre numerosos factores y mecanismos, los cuales determinan finalmente la adaptación social de la persona.

Se han propuesto muchas explicaciones posibles para la elevada presencia de trastornos mentales en sujetos con retraso mental. Fraser y Nolan (1995) señalan que las lesiones cerebrales interactuarían con otros factores psicológicos' y ambientales y otras circunstancias para producir trastornos mentales. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quittlet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Podemos diferenciar tres grandes grupos de factores que interactúan entre sí y que determinan la adaptación psicosocial final del individuo:

A. Factores biológicos:

Las alteraciones en la función cerebral presentes en el retraso mental podrían predisponer al desarrollo de un trastorno mental.

Por ejemplo, las alteraciones estructurales del lóbulo frontal pueden producir apatía, aislamiento o desinhibición.

Los fenotipos comportamentales, descritos en el próximo capítulo, pueden asociarse a alteraciones conductuales y enfermedades mentales específicas. Por ejemplo, el síndrome de X Frágil suele acompañarse de autolesiones, hiperactividad y tendencia a la ansiedad, el síndrome de Prader Willi se asocia a hiperfagia indiscriminada y el síndrome velo-cardio-facial a una mayor frecuencia de esquizofrenia.

La epilepsia presente en 14-,24% de personas con retraso mental puede asociarse a problemas mentales y alteraciones conductuales.

Algunos trastornos endocrinos y metabólicos, como la disfunción de la glándula del tiroides presente en un 30% de personas con síndrome de Down, se asocian a síntomas de enfermedad mental.

La interacción entre el entorno y discapacidades física sensoriales: la espasticidad, los problemas motores, enfermedades que causen dolor o malestar, las dificultades de visión y las limitaciones comunicativas, pueden provocar de forma indirecta trastornos del estado mental.

La medicación puede ocasionar también efectos colaterales en el comportamiento. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

B. Factores psicológicos:

Este grupo incluye aquellos factores que contribuyen, por un lado, a la baja autoimagen del individuo y, por otro, a limitar el repertorio de funciones mentales de la persona. La mayoría de los sujetos con retraso mental, especialmente en el rango de límite y ligero (80% de los casos totales de retraso mental), son conscientes de su deficiencia, de sus defectos y del rechazo del medio hacia ellos.

Sin embargo, debido a sus propias deficiencias en el pensamiento conceptual y en la capacidad de comunicación, entre otras, pueden tener problemas a la hora de desarrollar estrategias de afrontamiento. En lugar de

ello, pueden desarrollarse problemas conductuales y mentales. Las conductas inapropiadas pueden provocar rechazo social y estigmatización que, a su vez, puede relacionarse con depresión.

La adaptación social puede estar además entorpecida por factores de personalidad tales como la intolerancia frente a los cambios. Las dificultades de comunicación suelen ser un factor crucial en el control de los impulsos y en la inadaptación social. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

En resumen, estos factores incluyen:

Déficit intelectual y de memoria.

Alteración del juicio y falta de iniciativa (por ejemplo, por disfunción frontal).

Baja autoestima.

Problemas en el aprendizaje.

Baja tolerancia al estrés y las frustraciones.

Estrategias de afrontamiento/mecanismos de defensa inadecuados (por ejemplo, regresión ante el estrés, ira ante la frustración).

Falta de habilidades de solución de problemas por déficit del pensamiento abstracto.

Secuelas psicológicas de la patología, los déficits y la discapacidad subyacente: imagen corporal, espasticidad, limitación de la movilidad, déficits sensoriales visuales y auditivos, problemas de la comunicación y del lenguaje.

Dificultades en el desarrollo de las relaciones sociales y otras habilidades de supervivencia.

C. Factores ambientales/socioculturales:

Los sujetos con retraso mental están sometidos a diferentes tipos de estrés ambiental, quizás incluso más que las personas sin retraso mental. En los sujetos sin comunicación verbal que conviven en grupos, donde se les demanda conformidad y sumisión, las explosiones conductuales pueden ser sólo una manera de comunicar sus sentimientos o de asumir algún control. Incluso a personas con retraso mental leve, totalmente capacitadas, con frecuencia no se les permite decidir sobre sus propias vidas.

Estos factores incluyen:

Problemas en la relación con los padres, otros familiares, cuidadores y personas del entorno (expectativas confusas e inapropiadas, sobreprotección, rechazo).

Falta de apoyo emocional.

Abuso sexual y psicológico.

Estrés y desgaste de los cuidadores

Diferentes estrategias de manejo de los problemas del sujeto por distintos cuidadores (respuestas y actitudes de refuerzo inadecuadas).

Acontecimientos vitales Mayores (duelo, pérdidas, enfermedad de los padres) y acontecimientos vitales Menores (por ejemplo, cambios en el entorno inmediato). Debe tenerse en cuenta que ciertos acontecimientos de poca importancia para el adulto normal, pueden ser mayores para el adulto con retraso mental.

Dificultades de acceso a los servicios comunitarios y de salud.

Falta de integración socio-laboral.

Excesivas demandas o "presión sobre la producción" en entornos laborales. Es preciso adecuar el trabajo a las necesidades individuales y posibilidades de cada individuo.

Etiquetado, rechazo de la sociedad, estigma, discriminación (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quittlet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

En las personas con discapacidad intelectual podemos observar los mismos tipos de trastornos mentales que en las personas con función intelectual normal. La dificultad estará en su identificación para, posteriormente, abordarlos. A continuación conoceremos un poco sobre las patologías más comunes que encontramos en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil.

5.2.2.1. Principales trastornos mentales en la discapacidad intelectual

5.2.2.1.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia es más frecuente en adultos con discapacidad intelectual (1,3 a 3,7%) que en la población general (0,5 a 1%). Las causas de esta enfermedad probablemente sean las mismas en uno y otro caso aunque, dado el mayor porcentaje de casos, es más que probable que tanto las lesiones cerebrales por problemas en el parto como los factores genéticos jueguen un papel destacado.

Características de los síntomas

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de alteraciones del pensamiento (delirios), de la percepción (alucinaciones), del estado de ánimo y de la conducta.

Los síntomas psicóticos que aparecen en el retraso mental pueden diferir de los que aparecen en la población general, siendo difíciles, por no decir imposibles, de diagnosticar cuando los individuos son incapaces de "poner en palabras" experiencias complejas como el pensamiento deshilachado o escuchar voces.

Alteraciones conductuales

Algunas veces los trastornos psicóticos se presentan por primera vez como un cambio en el comportamiento de la persona. Pueden aparecer conductas extrañas con relación al comportamiento anterior del sujeto, o puede darse un incremento o la aparición de la agresividad verbal o física, o un aislamiento social marcado.

A veces la persona comienza a hablar consigo misma o a alguien invisible, o a gesticular y agarrar objetos que los demás no pueden ver. En tales casos (que pueden o no corresponder a un trastorno psicótico), es necesario llevar a cabo una evaluación psiquiátrica completa y exhaustiva, así como el análisis funcional de la conducta para descartar o confirmar la intencionalidad de la misma. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Este tipo de patología es muy común y como vemos sus características son notorias ya que principalmente produce alteraciones en la conducta y comportamiento del individuo consigo mismo y con los demás. En casos extremos es necesario la medicación o inyección en caso que el episodio que presente ponga en riesgo su integridad o la de los demás.

5.2.2.1.2 Trastornos del estado de ánimo

En ocasiones, los trastornos afectivos pueden confundirse con trastornos esquizofrénicos, de ahí que un amplio porcentaje de personas con retraso mental reciba tratamiento con antipsicóticos sin un diagnóstico definido de esquizofrenia.

Esta confusión puede deberse a que con frecuencia los trastornos afectivos aparecen con alteraciones graves de conducta, tales como agresividad, irritabilidad e incremento de la actividad psicomotora. Para evitarla, es importante para el diagnóstico recoger información de diferentes informadores sobre el contexto del paciente y posibles eventos vitales (por ejemplo, una muerte en la familia o de un ser querido, un traslado de

residencia, etc.). (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Estos episodios se presentan debido a una alteración importante en la vida de esta persona, la cual no se adapta al cambio y deriva en falta de aceptación y problemas en su comportamiento, se vuelven poco sociales.

5.2.2.1.3. Episodio depresivo

La prevalencia de trastornos depresivos en adultos con retraso mental se sitúa entre el 1,3 y el 4,670. Muchas alteraciones conductuales de la depresión (aislamiento, pasividad) son poco llamativas con respecto a las asociadas a los trastornos psicóticos, y pasan desapercibidas.

Debe señalarse que en ocasiones la depresión se manifiesta por conductas claramente "disruptivas", pero aún en estos casos el resultado es ya que estas conductas llevan a diagnósticos erróneos.

Es necesario recabar información fiable sobre el estado premórbido del paciente, ya que sólo se puede diagnosticar un trastorno afectivo cuando los síntomas representan un cambio sobre el patrón de comportamiento y personalidad habitual del individuo.

¿Cómo se presenta la depresión?

En las personas con retraso ligero o moderado los síntomas son muy similares a los de la población general, sin embargo, en los casos de personas con retraso mental grave o profundo, con dificultades de comunicación, el diagnóstico ha de estar basado fundamentalmente en observación de la conducta y sus variaciones en el tiempo: modificación del apetito o el peso, cambios en el sueño, llanto, actividad motora alterada, etc.

Es decir, en la medida que el retraso mental es más grave los síntomas van adquiriendo características de trastorno de conducta y perdiendo rasgos cognitivos.

Alteraciones conductuales

Las manifestaciones conductuales del episodio depresivo requieren una especial atención. La persona puede mostrar una apariencia claramente depresiva (crisis de llanto, aislamiento), características más sutiles (evitación del contacto visual que no se había manifestado previamente, enlentecimiento motor, evidencia de abandono del cuidado personal), o conductas claramente disruptivas como agitación motora, conducta auto-agresiva, estando ausentes las primeras.

En casos de dudas diagnósticas es conveniente efectuar un análisis funcional ecológico del comportamiento, con registros diarios de la actividad del sujeto, humor, comportamiento, sueño e ingesta. En caso de duda puede ser conveniente efectuar pruebas terapéuticas con anti-depresivos (por ejemplo, ISRS) aunque cabe señalar que la respuesta no prueba la presunción diagnóstica, ya que estos fármacos tienen un perfil de acción muy amplio. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Los episodios depresivos son distintos en pacientes con discapacidad mental leve y con discapacidad mental grave. Por lo general la depresión es algo que puede presentar en algún momento todas las personas y su superación puede ser sobrellevada pero en casos más graves será necesaria una evaluación diagnóstica y el uso de fármacos para tratar el problema.

Episodio maníaco (hipomanía y manía)

El trastorno maníaco se caracteriza por ánimo expansivo o irritable, aumento del habla, 'distraibilidad', cambio constante de planes, insomnio, hiperactividad o inquietud motora, desinhibición, exceso de familiaridad, comportamiento social y sexual inapropiado, hipersexualidad y agresividad. Los delirios de grandeza suelen referirse a tareas sencillas (en lugar de

creerse un líder en la comunidad el sujeto puede creerse capaz de conducir o de leer un libro).

La hipomanía se refiere al mismo trastorno pero de menor intensidad. En ocasiones la hipomanía se manifiesta por un aumento inusual de la actividad (por ejemplo, mayor productividad en un taller ocupacional).

Los síntomas/signos deben estar presentes durante al menos una semana.

No son consecuencia directa de fármacos o enfermedad física (por ejemplo, hipertiroidismo).

Los síntomas/signos deben suponer un cambio sobre el estado premórbido de la persona.

Presencia de un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable (por ejemplo, irritabilidad observable a través de la aparición o incremento en la agresividad física o verbal en reacción a cosas o eventos sin importancia; nivel reducido de tolerancia). (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

5.2.2.1.4 Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

En la población general la prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo es del 1%, mientras que los estudios en retraso mental indican prevalencia de entre el 1 y el 3,6%.

Las obsesiones se describen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos, con una serie de características asociadas:

- Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida.
- La persona intenta ignorarlos o suprimirlos o neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

- La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente y no vienen impuestos.

Las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

El trastorno obsesivo – compulsivo son acciones que toma el individuo en respuesta a una idea que tiene en su cabeza y que piensa que es imperativamente necesario realizarla, el problema es que muchas veces en realidad no hay un problema pero su capacidad mental no le permite darse cuenta de la realidad fuera del pensamiento en el que se encuentra.

5.2.2.1.5 Trastornos de la personalidad

Los trastornos de personalidad son patrones de conducta y de experiencias interiores que en su conjunto se desvían de forma significativa del rango de lo que se considera normal o esperable para el entorno cultural del sujeto. Estos patrones se consolidan en la juventud, y son persistentes en el tiempo; se relacionan con los mecanismos de afrontamiento y respuesta al estrés, la cognición (pensamiento, percepción de los otros), la afectividad, el control de los impulsos y las necesidades.

Los estudios efectuados hasta la fecha indican una tasa de trastornos de personalidad superior a la de la población general. Mientras en ésta la tasa se sitúa entre el 10-13%, en el retraso mental esta tasa llega en algunos estudios hasta el 27%. Se han descrito diversos como personalidad "inmadura-irritable" u otros tipos relacionados con epilepsia (parco y sin sentido del humor, hipergrafía, religiosidad excesiva).

En el retraso mental la evaluación de estos trastornos se ve complicada por la dificultad de valorar patrones de afrontamiento con respecto a la norma, y de valorar la relación de la conducta del sujeto con otros aspectos de su

personalidad. De hecho, se ha señalado un solapamiento entre los problemas de conducta y los trastornos de personalidad en estas personas. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

5.2.3 Planes de intervención en las alteraciones mentales y de la conducta en las personas con discapacidad intelectual

Aspectos generales

Antes de hablar del modelo de intervención que se propone: un modelo de intervención que dé respuesta a las conductas problemáticas que presenta una persona con discapacidad, un modelo centrado en la persona y acorde a unos valores consensuados y compartidos por todos, queremos subrayar dos aspectos.

En primer lugar, cuáles son estos valores y, en segundo lugar, cuál es el papel del personal, así como de la entidad que gestiona el programa o servicio, para que el Plan de Intervención diseñado entre todos pueda llevarse a cabo con unas mínimas garantías de éxito.

Estos son algunos de los aspectos que, habitualmente, hemos dejado más de lado, pero que son claves y debemos tener en cuenta y reforzar.

El Plan de Intervención mejor diseñado puede fracasar si el personal más directamente implicado no participa en su elaboración, no lo asume y, en consecuencia, va a ser difícil que se sienta un elemento clave en su desarrollo.

El personal debe ser capaz de crear una atmósfera ambiental positiva que permita anticipar las circunstancias que, con mayor probabilidad, elijan las conductas problemáticas, y encontrar formas apropiadas para evitar estas situaciones (intervenciones ecológicas). (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

La rehabilitación de los pacientes con discapacidad mental va a estar determinado por la calidad del tratamiento, pero sobretodo por la calidad personal humano encargado de su recuperación, el compromiso con estos pacientes debe ser total, ya que son pacientes que se pueden tornar complicados en el día a día, también es importante el lugar en donde reciba el tratamiento, ya que una buena infraestructura y equipos especializados son partes también a tomar en cuenta para elaborar un programa de rehabilitación.

5.2.3.1 Buenas prácticas y valores en el ámbito psicológico

Una de las revelaciones más importantes en el campo de la discapacidad mental en estos últimos años ha sido la introducción de una discusión explícita acerca de los valores. Su impacto en el campo ha sido enorme, así como beneficioso para las personas que precisan de apoyo, incluyendo aquéllas que presentan conductas problemáticas. El resultado ha sido que, claramente, muchas personas tienen una mejor calidad de vida.

Cualquier cosa que hagamos en el área de la discapacidad está basada en una serie de valores. Estos valores pueden ser implícitos. Podemos no tenerlos declarados, podemos no haberlos considerado, podemos no haberlos debatido, pero cualquier cosa que hagamos está basada en una serie de valores (Emerson, 1993).

Nuestros valores están basados en una valorización del rol social, que Wolfensberger (1983) define como compromiso "la capacitación, establecimiento, aumento, mantenimiento, y defensa de roles sociales valorados para las personas - usando, tanto como sea posible, medios culturalmente valorados". Para nosotros esto debe conllevar que el soporte que proporcionamos a las personas con una discapacidad vaya enfocado a la producción de cuatro resultados muy específicos:

Presencia y participación comunitarias, de modo que sean adecuadas a la edad y valoradas por la sociedad. Una de nuestras áreas fundamentales es la presencia y participación comunitaria.

Por ejemplo, podríamos pensar que es una gran idea para una persona con discapacidad el que esté en una empresa, aunque deba necesitar un apoyo muy significativo. Pero sólo cuando con esta presencia se facilite su aprendizaje, su estar incluido e interactuando con otros trabajadores, y los otros trabajadores sean capaces de continuar aprendiendo, y beneficiándose de este proceso laboral, podremos decir que es un resultado valorado.

Autonomía y autodeterminación, a través del ejercicio de elecciones cada vez más informadas.

Estamos diciendo que la elección es importante, que la autonomía y la autodeterminación son importantes, pero hay algo más. Nuestra responsabilidad es apoyar a la persona de tal modo que la elección y el control cada vez sean más informados; y deberíamos preocuparnos si lo que estamos haciendo es crear una situación en la que la persona hace, consistentemente, malas elecciones, produciendo daño o peligro, o tal vez la devaluación y la exclusión de sí misma.

Incremento de la independencia y productividad, hasta el punto de la autosuficiencia económica.

Nuestro reto, en este caso, debería ser: fortalecer el equilibrio entre el valor de la elección y el control con el aumento de la independencia y productividad.

La oportunidad para desarrollar una serie completa de relaciones sociales y de compañerismo.

Ello debería incluir también el matrimonio y tener una familia. Esto es algo a lo que muchos de nosotros aspiramos. Muchos de nosotros pensamos que nuestras vidas serían incompletas si no tuviéramos esto. Pensamos que es

un valor que compartimos con muchas de las personas a las que apoyamos. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Los valores como persona juegan un papel muy importante dentro de una persona, por lo tanto no puede ser estar alejado dentro de su proceso de rehabilitación o de aprendizaje en el caso que no lo conociera. Lo importante no es solo una óptima salud física, sino fomentar las buenas costumbres y prácticas como ser humano.

5.2.3.2 Planes de apoyo (o planes de intervención)

Diseñamos, explícitamente, nuestros planes de apoyo incluyendo cuatro componentes estratégicos fundamentales. Pensamos que esto nos permite usar la tecnología conductual de tal modo que esté centrada en la persona, y en apoyo de los valores de los que hemos hablado anteriormente.

- Calidad de vida como proceso versus resultado

Ante todo, vemos la calidad de vida como proceso. Incluso así deberíamos mantener que el resultado deseado de lo que hacemos es para mejorar la calidad de vida de la persona. Reconocemos que, con bastante diferencia, la mejora de la calidad de vida de la persona puede ser una estrategia procedimental crítica en la resolución de la conducta problemática.

Cuando hablamos acerca de manipulaciones ecológicas, cuando hablamos de cambios del ambiente, estamos hablando de hacer cambios para mejorar su calidad de vida, tanto a corto como a largo plazo.

Las personas que tienen una buena calidad de vida, no es tan probable que muestren conducta problemática como las personas que no tienen una buena calidad de vida.

Las características del ambiente físico, las personas con las que interactúan, el modo en que ellas interactúan, la cantidad de elección y control que la persona tiene, el tipo de actividades disponibles diariamente, etc., pueden

ser cosas muy importantes a cambiar de cara a producir la amplia serie de resultados que son el centro de nuestro enfoque.

Por lo tanto, el primer elemento de nuestro plan de apoyo multi-elemento, debería estar en los cambios en la calidad de vida de la persona.

El segundo componente a incluir en el plan de apoyo centrado en la persona debería ser la instrucción sistemática, esto es, la programación positiva. Hay cuatro categorías de habilidades críticas que las personas tienen necesidad de aprender. Éstas incluyen:

5.2.3.2.1 Habilidades generales - Funcionales, apropiadas a la edad en los dominios del hogar, comunitario, recreativo y laboral. Estas deberían incluir habilidades útiles tales como bañarse o cruzar la calle con seguridad. Pensamos que la instrucción en esta área debería enfatizar habilidades que deberían cumplir con el propósito principal de ser divertidas para la persona, tal como el aprender a cocinar una comida favorita, o aprender a utilizar un CD en un juego favorito, sin la presencia o participación del personal. Por lo tanto, recomendamos que sea funcional.

5.2.3.2.2 Habilidades funcionalmente equivalentes - Habilidades que le sirvan para la misma función que lo que sirve la conducta problemática. Ejemplos de éstas son el enseñar a la persona cómo usar un signo, libro de fotografías u otro sistema de comunicación para comunicar mensajes críticos tales como protesta, confusión u otros deseos. El entrenamiento de habilidades equivalentes puede implicar también el enseñarle para que sea independiente en satisfacer sus propias necesidades, tal podría ser el caso cuando enseñamos a una persona a acceder al frigorífico para obtener una bebida, independientemente de la presencia o participación del personal.

5.2.3.2.3. Habilidades funcionalmente relacionadas - Nuevas habilidades que están relacionadas con las funciones cumplidas por la conducta desafiante. Esto puede incluir enseñar a la persona cómo discriminar más finamente, por ejemplo, sobre las críticas por un lado o el "feedback" o sugerencias

útiles por otro, o cómo hacer elecciones, cómo usar un programa para predecir lo que va a suceder, cuándo y dónde emplear determinadas conductas, etc.

5.2.3.2.4. Habilidades de afrontar y tolerancia - Tal vez las habilidades más pasadas por alto, y aún más críticas que pueden necesitarse para producir la clase de resultados que queremos, es enseñar a la persona, activa y sistemáticamente, cómo afrontar y tolerar los acontecimientos aversivos del mundo real.

El mundo exterior es cruel, frío, castigador. Algunos acontecimientos aversivos del mundo real pueden ser: la gratificación demorada: no cualquiera de nosotros consigue lo que quiere en seguida. Tenemos que haber aprendido a afrontar y tolerar la demora, la negativa, esto es, aprender que no podemos hacer alguna cosa que queremos. Frustración, fracaso, criticismo, discomfort físico. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Cada una de estas cuatro habilidades van a ser necesarias para el paciente con discapacidad intelectual y su posible reinserción a la sociedad ya que se enfoque en sus acciones como persona y el desenvolvimiento frente a las adversidades o desafíos del entorno o de otras personas.

5.2.3.3. Manipulaciones ecológicas

Cuando hablamos de manipulaciones ecológicas nos referimos a los cambios en el ambiente físico, programático o interpersonal para que éste se ajuste mejor a las necesidades y características de la persona.

Las conductas pueden tener lugar en un contexto determinado y, con frecuencia, dependen del entorno físico y social de la persona. En este sentido, las manipulaciones ecológicas introducen en el entorno modificaciones previamente programadas que, a su vez, modifican la conducta.

5.2.3.3.1 Enseñanza de Habilidades Generales

El desarrollo de habilidades generales es un componente importante de todo programa de apoyo conductual.

Cuando se elimina una conducta problemática puede crearse un vacío conductual y, si la persona no dispone del repertorio de habilidades capaces de llenar este vacío con una alternativa eficaz y socialmente aceptable, se crea una dinámica que obstaculiza la disminución de la conducta problemática y puede originar otros problemas de conducta.

Para que los esfuerzos dirigidos a alcanzar una disminución de la conducta tengan un efecto duradero, es necesario que el tratamiento brinde a la persona la oportunidad de aprender y desarrollar una amplia variedad de tareas y actividades significativas.

La Programación Positiva para el desarrollo de habilidades generales debe responder a características muy concretas. En primer lugar, las tareas programadas y el material necesario, además de ser funcionales, deben adecuarse a la edad cronológica de la persona. En segundo lugar, los programas de enseñanza deben diseñarse con vistas a la generalización de habilidades. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quittlet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

5.2.3.3.2 Enseñanza de Habilidades Alternativas, Funcionalmente Equivalentes

Una segunda modalidad de programación positiva consiste en la enseñanza de una habilidad específica que pueda sustituir a la conducta problemática por cumplir su misma función. Su aplicación se ha desarrollado sobre todo tras constatar que bastantes conductas problemáticas son una forma de comunicación. En esta modalidad, la programación positiva trata de identificar la función comunicativa de la conducta problemática, y de sustituir esta conducta por otra función equivalente pero socialmente más aceptable.

Básicamente se trata de entrenamiento en comunicación y entrenamiento en autonomía.

5.2.3.3.3 Enseñanza de Habilidades Alternativas, Funcionalmente Relacionadas

La programación positiva también puede desarrollar habilidades alternativas funcionalmente relacionadas con la conducta problemática, pero no completamente equivalentes. Ejemplos de este tipo de estrategia serían enseñar a la persona a discriminar, a elegir, a participar en la programación de sus actividades, a introducir estímulos determinantes en la contingencia, y a utilizar el control de estímulos.

Discriminación

El entrenamiento de la discriminación podría utilizarse en el caso del ejemplo anterior; es decir, enseñarle a discriminar los alimentos comestibles de los no comestibles. Para ello se deberían emparejar cosas comestibles con cosas no comestibles, y cada vez que se presentara una pareja, el niño debería escoger una cosa; si cogía la comestible podría comérsela, y si cogía la no comestible se interrumpía la prueba y no comía nada.

Elección

Con frecuencia, ya sea accidental o premeditadamente, los entornos que se crean para las personas con discapacidad están totalmente controlados por el personal, los maestros o los padres; ellos deciden quién hace qué, dónde y cuándo. Sin embargo, últimamente, se tiende a pensar que este control absoluto, que niega a la persona con discapacidad cualquier oportunidad de optar entre diversas posibilidades, puede contribuir, considerablemente, a la existencia de conductas problemáticas.

Predictibilidad y Control

Una vez que la persona es capaz de elegir una actividad, también puede empezar a participar en la programación de sus actividades de día. Ello le

permite "predecir", o conocer de antemano, las actividades que va a desarrollar.

Normas

Otra estrategia para establecer una conducta alternativa funcionalmente relacionada con la conducta problemática consiste en introducir estímulos determinantes de la contingencia. Determinadas conductas no ocurren porque se hayan aprendido o hayan sido condicionadas, sino más bien porque responden a una determinada regla de conducta.

En tales supuestos, para modificar la conducta puede bastar con cambiar la regla a la que obedece.

Control de Estímulos

Otro tipo de estrategia para desarrollar habilidades funcionalmente relacionadas con la conducta problemática consiste en controlar los estímulos determinantes de la ocurrencia de la conducta. Estas conductas no son consideradas, por sí mismas, problemáticas, sino por el lugar, momento o situación en el que se dan.

5.2.3.3.4 Enseñanza de Habilidades de Adaptación Personal y de Tolerancia

Las tres modalidades de programación positiva que hemos visto hasta ahora conllevan la introducción de un nuevo repertorio conductual que capacita a la persona para controlar más eficazmente su entorno y desenvolverse mejor en él, o para conseguir cubrir sus necesidades por medios socialmente más aceptables.

La cuarta modalidad de programación positiva trata de enseñar a la persona con discapacidad a adaptarse y a tolerar un entorno que, o bien no puede ser modificado, o bien no puede responder a sus necesidades en un determinado momento. Nos estamos refiriendo a la enseñanza de habilidades para afrontar o tolerar la frustración, las críticas, la espera, el

retraso en la gratificación, el fracaso, la incomodidad, el tener frío o calor, el tener que hacer cosas no deseadas.

Relajación

Una primera estrategia consiste en enseñar a una persona a enfrentarse a situaciones relajadamente, sin angustiarse. La relajación es una forma de programación positiva que trata de enseñar a la persona a adaptarse, o a tolerar, un entorno o una situación que no puede modificarse.

Desensibilización

Una segunda estrategia consiste en insensibilizar a la persona a los estímulos o circunstancias determinantes de la ocurrencia de la conducta problemática.

Moldeamiento

Esta estrategia consiste en retardar la entrega del refuerzo para que la persona aprenda a esperar, ya que las situaciones de espera suelen generar conductas problemáticas.

El moldeamiento también se puede utilizar para enseñar a tolerar actividades que no gustan, pero que hay que hacer; por ejemplo, las tareas del hogar. (Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quittlet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre, 2002)

Para llevar a cabo esto se debe elaborar un programa que sea divertido para el paciente, que no lo vea como órdenes sino que pueda desenvolverse naturalmente y adquirir las diferentes conductas positivas que estas habilidades le instruyen, esto ayuda en la respuesta del paciente hacia la actividad a realizar dentro del instituto de neurociencias mediante actividades que lo llevará a que pueda satisfacer sus necesidades y pueda afrontar los desafíos y toma de decisiones constantes que se presentan en la vida diaria.

5.3 Evaluación musculoesquelética

Un requisito fundamental para el estudio de la amplitud del movimiento articular y de la fuerza muscular es el conocimiento de los principios de evaluación y metodología. Una buena evaluación es algo primordial en el campo fisioterapéutico y de vital importancia para elaborar el plan de tratamiento respectivo para cada paciente. A continuación les explicaremos las bases de los test de evaluación que se utilizarán como parte del desarrollo de este trabajo de titulación.

Observación visual

La observación visual es una parte integral dentro de la evaluación del movimiento articular y de la fuerza muscular. A través de la evaluación inicial del paciente, el terapeuta recoge información visual que contribuye a la determinación del problema o de los problemas del paciente y a formular un plan evolutivo adecuado. La información que se obtiene visualmente incluye factores tales como el movimiento simétrico o compensatorio en las actividades funcionales, las proporciones del cuerpo y el color, la condición y las arrugas de la piel. La parte del cuerpo que se desea evaluar debe estar adecuadamente expuesta para permitir una correcta inspección visual. (Clarkson, H. M., 2003)

Para realizar la evaluación tal vez sea necesaria la ayuda de alguna persona extra, sobretodo en este tipo de pacientes que se distraen fácil o que no captan por completo la orden que se les brinde

Palpación

La palpación es la exploración de la superficie corporal mediante el tacto. Se realiza para evaluar el contorno de los tejidos óseos y blandos, la consistencia de los tejidos blandos, la temperatura y la textura de la piel. El terapeuta usa la observación y la palpación para “visualizar” la anatomía profunda.

La palpación es una técnica esencial para la evaluación y tratamiento de los pacientes. El terapeuta debe ser capaz de localizar los puntos óseos de referencia para alinear el goniómetro correctamente cuando esté evaluando la amplitud del movimiento articular. Los puntos de referencia óseos se usan para explorar la circunferencia de las extremidades y el tronco. Un terapeuta debe ser experto en la palpación para determinar la presencia o la ausencia de contracción muscular cuando evalúa la fuerza y los ejercicios de reeducación funcional.

La palpación se usa también para localizar las estructuras que necesitan ser estabilizadas para aislar el movimiento articular cuando se moviliza una articulación. La palpación se usa para identificar las irregularidades de los tejidos óseos y blandos. La destreza en la palpación se consigue con la práctica y la experiencia. (Clarkson, H. M., 2003)

Hay que tener cuidado al momento de realizar la palpación ya que el paciente puede tener zonas sensibles y al estimular dolor y alguna sensación que disguste al paciente, este se puede poner agresivo o va a colaborar muy poco.

5.3.1 Evaluación de la amplitud del movimiento activo

Puede conseguir una visión general de la amplitud del movimiento activo disponibles en las articulaciones de la extremidad superior mediante el uso de diversos tests que incluyan el movimiento de varias articulaciones simultáneamente. Para una evaluación detallada de la amplitud del movimiento activo, el paciente realiza todos los movimientos activos que normalmente se produzcan en las articulaciones afectadas y en las articulaciones inmediatamente proximales o distales a ésta. El terapeuta observa como realiza el paciente cada movimiento activo de uno en uno, y si es posible, bilateral y simétricamente.

La evaluación de la amplitud del movimiento activo proporciona al terapeuta información sobre la buena voluntad del paciente para moverse, la

coordinación, el nivel de conciencia, la atención disponible, la amplitud del rango articular, los movimientos que causan un incremento del dolor, la fuerza muscular y la capacidad para seguir instrucciones o de la falta de colaboración del paciente para moverse. (Clarkson, H. M., 2003)

Al referirnos a movimiento activo esto quiere decir que el paciente va a captar una orden brindada por el terapeuta y este realizará la orden bajo voluntad propia, realizará el movimiento que se le indique y luego regresará a su posición inicial.

5.3.1.2. Medición de la amplitud del movimiento pasivo.

Instrumentación: El instrumento elegido para evaluar la medición del rango articular depende del grado de precisión que se requiera para la medición a realizar, del tiempo y de los recursos que tenga el fisioterapeuta. El goniómetro universal, el goniómetro "Myrin" y la cinta métrica son tres de los instrumentos usados para obtener una medida directa de la amplitud del movimiento. (Clarkson, H. M., 2003)

Siempre hay que tratar de que el movimiento que realice la persona sea activo, en el caso que no lo pueda realizar tendrá la ayuda del terapeuta para tratar de completar el rango de movimiento normal o hasta donde ceda la articulación.

Goniómetro universal

En el ambiente clínico goniómetro universal es el instrumento más usado para la medición del rango articular. El goniómetro universal es un transportador de 180° o 360° con un eje que une dos brazos. Uno de los brazos es fijo y el otro se mueve alrededor del eje o fulcro del transportador. Si la amplitud del movimiento activo y pasivo son completas, no será necesario medir la amplitud articular con un goniómetro o con una cinta métrica, y la amplitud del movimiento se registrará como completa, normal y dentro de los límites.

Si la amplitud del movimiento pasivo está aumentada o disminuida respecto a la amplitud del movimiento normal, la amplitud del movimiento existente se registra según el número de grados que haya completado. (Clarkson, H. M., 2003)

Para usar el goniómetro es necesario conocer la amplitud del movimiento normal de las articulaciones con sus respectivos grados, ya que de esta manera conoceremos los grados de diferencia y posteriormente plantear como se logrará recuperar los grados de movimiento que falte.

5.3.2 Fuerza muscular

Definición: Test manual de fuerza muscular

El test manual de fuerza muscular es un procedimiento para la evaluación de la función y de la fuerza de los músculos individuales y de los grupos musculares basado en la realización efectiva de un movimiento relacionado con la fuerza de gravedad y la resistencia manual.

Para evaluar la condición muscular el fisioterapeuta debe tener un buen conocimiento de anatomía (incluido los movimientos articulares, los orígenes musculares, las inserciones y la función muscular) y de anatomía superficial (para saber en qué punto se palpa mejor un músculo o su tendón). El fisioterapeuta debe ser un buen observador y tener experiencia en la evaluación muscular para detectar las mínimas contracciones musculares, el movimiento, la pérdida muscular y los movimientos de sustitución. (Clarkson, H. M., 2003)

5.3.2.1. Evaluación manual de la fuerza muscular

Después de la evaluación visual y de haber completado las evaluaciones de las amplitudes del movimiento activo y pasivo, el fisioterapeuta realiza una evaluación manual de la fuerza muscular.

El paciente debe recibir una breve explicación del test manual de fuerza. El terapeuta explica y demuestra al paciente el movimiento que debe realizar y/o mueve su extremidad para el movimiento de prueba.

En un primer momento debe evaluarse y anotarse la fuerza de la extremidad no afectada para determinar la fuerza normal del paciente (esto es, grado 5) y determinar el movimiento que debe usar éste, antes de pasar a la evaluación de la extremidad afectada en el caso que lo hubiera. Si la extremidad contralateral no puede usarse como herramienta comparativa, el terapeuta debe recurrir a su experiencia personal para juzgar la fuerza muscular del paciente, teniendo en cuenta los factores que afectan a la fuerza muscular como la edad, el sexo, la extremidad dominante y la profesión.

Se coloca al paciente de manera que aisle el músculo o grupo muscular que va a ser evaluado, ya sea en una posición en la que se elimine la gravedad o bien en una posición contra la gravedad. El fisioterapeuta debe asegurarse de que el paciente esté cómodo y apoyado correctamente. El músculo o grupo muscular que vaya a evaluarse se coloca en amplitud externa completa con solo una ligera presión sobre el músculo. Cuando se evalúa la fuerza muscular, un buen control y la especificidad de las posiciones corporales elegidas durante las pruebas son esenciales para producir estimaciones válidas de la fuerza. (Clarkson, H. M., 2003)

Los formatos de test amplitud muscular (goniométrico) y de evaluación de la fuerza muscular usados en el libro "Proceso evaluativo musculoesquelético", Clarkson 2003 servirán de modelo para los formatos que se utilizarán en este trabajo de investigación.

5.4 ¿QUÉ ENTENDEMOS POR DEPORTE Y ACTIVIDAD FÍSICA?

Con frecuencia encontramos utilizados como sinónimos los términos actividad física, ejercicio físico y deporte, aunque tienen significados diferentes, acabando por emplear el término actividad física como

aglutinador de todos ellos. Blasco (1994), matizando estos términos, considera actividad física «cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que conlleva un gasto de energía».

De acuerdo con esta definición, actividad física lo es prácticamente todo, desde subir las escaleras y pasear, hasta tocar el piano o cocinar. Se denomina ejercicio físico a la actividad física planeada, estructurada y repetitiva con el objetivo de adquirir, mantener o mejorar la forma física. Por último, se entiende como deporte la actividad física de naturaleza competitiva y gobernada por reglas institucionalizadas.

Pero la cuestión no queda aún resuelta, puesto que también cuando hablamos de deporte se hace necesario especificar a qué tipo de deporte nos estamos refiriendo. En este sentido, Blázquez (1995) considera «deporte recreativo» aquel que es practicado por placer y diversión, sin ninguna intención de competir o superar a un adversario, únicamente por disfrute o goce; entiende por «deporte competitivo» el practicado con la intención de vencer a un adversario o de superarse a sí mismo; y el «deporte educativo» sería aquel cuya pretensión fundamental es colaborar al desarrollo armónico y de potenciar los valores del individuo. (Sanmartín, M. G., 2004)

Según la última cita entonces hay que comprender que a pesar de que actividad física es todo movimiento que realiza el cuerpo, no todo movimiento es ejercicio físico. A su vez que si se desea practicar deporte, también hay que distinguir en qué sentido y con qué fin se lo quiere usar.

Como afirma Sánchez (1995), deporte puede ser «toda actividad física que el individuo que la practica asuma como un esparcimiento y que suponga para él un cierto compromiso de superación, de reto, de cumplimiento o superación de metas, compromiso que en un principio no es necesario que se establezca más que con uno mismo».

La forma de interpretar estos términos no es universal. Así, Shephard (1994) manifiesta que las concepciones europea y americana del deporte difiere en de una forma sustancial, ya que la concepción americana define el deporte como «actividad física vigorosa que es comprendida en una búsqueda de placeres tales como la interacción social, animación, competición, peligro y estimulación vertiginosa», mientras que la concepción europea del deporte (Oja, 1991), comprende «todas las actividades físicas recreativas, no sólo los juegos competitivos, sino también las actividades individuales relacionadas con la salud y la condición aeróbica». Dice Sánchez (2001) que tal noción coincide más con la definición que sobre este concepto propone la Carta Europea del Deporte, que está fundamentalmente vinculada a la idea de deporte para todos, y que es la siguiente: «toda forma de actividad física que, a través de una participación, organizada o no, tiene por objetivo la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales y la obtención de resultados en competición de todos los niveles».

En la literatura especializada encontramos que los autores americanos suelen utilizar con mayor frecuencia el término ejercicio físico (Weinber g y Gould, 1996), mientras que en nuestro contexto acostumbramos a emplear el de actividad física o actividad físico-deportiva para englobar también al deporte. (Sanmartín, M. G., 2004)

Es importante estimular el fenómeno de la adherencia o permanencia, ya que, solo si se practica actividad física de forma regular, se puede llegar a obtener ciertas garantías acerca de los posibles beneficios psicológicos que pueden tener. Por tanto, es vital mantener el interés de las personas por la realización de alguna actividad física. Un ambiente favorable y estructurado, que permita obtener metas tanto a corto como a largo plazo, mejorará las oportunidades de tener éxito y facilitará la permanencia.

Los factores personales más importantes son: actitudes hacia la salud, extroversión-introversión, automotivación y grado de compromiso. De las distintas investigaciones se desprende que aunque la actividad física puede ayudar a salir de estados de depresión o depresión, así como mejorar aspectos tales como la autoconfianza, los sentimientos de control y la autosuficiencia o la autoimagen en relación con la edad, también es cierto que no puede modificar los niveles de introversión y extroversión. Por tanto queda aún por aclarar cuestiones acerca de cómo la actividad física interactúa con algunos rasgos de personalidad.

De todas formas, si un individuo está lo suficientemente motivado para persistir con la actividad física de forma regular, es indudable que va a conseguir beneficios psicológicos varios y que esto va a ocurrir si las actividades son aeróbicas con una duración superior a 30 minutos. (Sara Marquez, 1995)

5.4.1 Actividad física como terapia

Es imprescindible hacer algunas consideraciones acerca de la actividad física y el ejercicio como terapia. Por ejemplo, del tipo de que algunas personas no responden positivamente a un tratamiento aislado mediante la actividad física, siendo más efectivo y necesario en algunas ocasiones usar esta estrategia combinada con otras formas de terapia (Lafontaine y cols, 1992). Siempre será más adecuado usar todas las alternativas posibles para lograr la recuperación de un paciente siempre y cuando no afecte su integridad física y personal.

Siguiendo a Caspersen, Powell y Christenson (1985) definiremos los siguientes términos:

Actividad física

Es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto de energía medido usualmente en kilocalorías.

Ejercicio

Es una actividad física planeada, estructurada y repetitiva con el objeto de adquirir, mantener o mejorar determinados aspectos o niveles de forma física. Por ejemplo si a mi me gusta trabajar en mi jardín estoy realizando actividad física, ya que el único objeto que persigo es divertirme. Pero en cambio, si hago jardinería con el fin de mantener y mejorar mi nivel de habilidades esto es ejercicio.

Forma física

Es la capacidad para llevar a cabo las tareas diarias de forma adecuada, sin fatigarse, y disponiendo de reserva energética suficiente para disfrutar de las actividades de ocio y para poder resolver situaciones imprevistas que requieran un esfuerzo suplementario.

Así, vemos que el ejercicio es una forma de actividad física planeada y que la forma física hace referencia a aptitudes relacionadas con la salud (resistencia cardio-respiratoria, muscular) y otro tipo de habilidades tales como agilidad, velocidad, coordinación, etc. (Sara Marquez, 1995)

Estos conceptos nos ayudan a determinar que a pesar de que cualquier movimiento realizado por el cuerpo humano es una actividad física, no todo movimiento es un ejercicio físico, ya que para esto este movimiento debe ser debidamente estructurado y planeado con el objetivo de lograr cambios en el estado físico de la persona para que pueda mantener o mejorar su estado de forma física y desenvolverse en sus actividades diarias.

5.4.2 Beneficios psicológicos de la actividad física

Existe mucha literatura acerca de los beneficios de la práctica de la actividad física vigorosa, tales como por ejemplo: mejora la autoconfianza, sensación de bienestar, satisfacción sexual, disminución de la ansiedad disminución de la depresión, o mejora del funcionamiento intelectual. Los tipos de actividad física más examinados al considerar potenciales beneficios psicológicos son

de tipo aeróbico y rítmico, tales como correr, andar, montar en bicicleta o nadar, en comparación en actividades como el baloncesto, el tenis que son bastante menos abordadas, ya que se consideran menos óptimas que las aerobias. (Sara Marquez, 1995)

Una explicación de los posibles beneficios del ejercicio sobre la salud mental desde una perspectiva psicológica fue resumida de la siguiente manera por Folkins y Sime (1981):

La mejora de aptitudes produce sensaciones de control y maestría, que conducen a sentimientos de bienestar

El ejercicio aeróbico facilita el entrenamiento mediante retroalimentación

El ejercicio es una forma de meditación y puede producir un estado alterado de conciencia.

La realización de actividad física puede distraer de estímulos causantes o productores de ansiedad.

Desde un punto de vista clínico se plantea el uso de la actividad física como terapéutica en la aparición de trastornos mentales. Se ha estimado que alrededor del 25% de la población llamada normal puede sufrir, y de hecho sufre en algún momento de su vida, estados moderados de depresión y ansiedad y otros desordenes emocionales. (Sara Marquez, 1995)

Si la actividad no es agradable, es poco probable que el paciente se sienta mejor tras su participación. Para obtener los mayores beneficios psicológicos de la actividad física se ha recomendado que la intensidad sea moderada-baja (30 a 60% de la diferencia entre la frecuencia cardiaca máxima y la de reposo) (DeVries, 1981). Una duración de 20 a 30 minutos puede ser ya suficiente para reducir posibles estados de estrés, y con 60 minutos pueden obtenerse aun mayores beneficios psicológicos. (Sara Marquez, 1995)

Considerando de forma global los beneficios psicológicos del ejercicio, estos podrían resumirse en:

El ejercicio puede ir asociado a reducción del estado de ansiedad

El ejercicio puede ir asociado a reducción de los niveles de depresión considerando que ansiedad y depresión son síntomas de incapacidad a la hora de enfrentarse al estrés

El ejercicio puede contribuir a reducir el estrés, con reducción de la tensión muscular, recuperación de la frecuencia cardíaca

El ejercicio puede tener efectos emocionales beneficiosos en todas las edades y en ambos sexos.

5.5 Marco Legal

Tomado de: Ley Orgánica de Discapacidades. Quito – 25 de Septiembre del 2012.

SECCIÓN SEGUNDA

DE LA SALUD

Artículo 19.- Derecho a la salud.- El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.

Artículo 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad.

5.6 Marco referencial

El Instituto de Neurociencias, antes llamado Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, es uno de los cuatro hospitales sin fines de lucro regentados por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, el mismo que brinda atención a pacientes con problemas mentales, neurológicos y de conductas adictivas en Ecuador.

Cuenta con varias especialidades, como el Hospital Psiquiátrico, el Asilo Lorenzo Ponce, la Unidad de Conductas Adictivas (UCA), el Centro de

Investigaciones Cerebrales (UIC) y otras. Gracias al trabajo de estas áreas, muchas personas encuentran solución a sus problemas de salud mental, y retoman sus actividades normales sin dificultad.

El Centro Diurno de Rehabilitación (CDR) ha conseguido que muchas personas se reintegren a su entorno familiar e incluso laboral, lo que contribuye a mejorar la estabilidad emocional y mental de los pacientes.

Cada una de las áreas cuenta con especialistas en cada rama, así como los más avanzados equipos tecnológicos para el tratamiento adecuado y pronta recuperación de nuestros pacientes.

Actualmente, el Instituto de Neurociencias atiende emergencias las 24 horas del día, los 365 días del año y tiene capacidad para recibir a 800 pacientes, aproximadamente. Su infraestructura comprende 950 camas. En el primer piso se encuentra el auditorio, donde se efectúan paneles de especialistas nacionales e internacionales y se desarrollan congresos médicos, los que representan una gran contribución científica para los profesionales presentes y futuros del país.

Muchos ecuatorianos encuentran tranquilidad y una guía para tratar sus problemas mentales en nuestra institución, la que orgullosamente ha implementado un moderno modelo de atención acorde a la vanguardia mundial y últimas tendencias en el área de la salud mental, que impulsa la reinserción social, familiar y laboral de los pacientes.

Información tomada de: <http://www.institutoneurociencias.med.ec/nosotros>

6.- HIPÓTESIS

La falta de actividad física en las pacientes del área Santa Mariana del asilo Lorenzo Ponce del Instituto de Neurociencias produce alteraciones en sus actividades de la vida diaria y en su calidad de vida.

7.- METODOLOGÍA

Diseño de la investigación

Durante este trabajo de titulación se utilizaré un diseño de investigación de tipo no experimental, ya que no se hará intervención, sino una evaluación de la situación actual y una propuesta que promueva la mejoría de los pacientes.

El enfoque utilizado es de tipo cuantitativo, su aporte fundamental es proporcionar una mayor descripción de la sociedad apostando por el análisis de lo individual y concreto, la recolección de datos será estructurada y sistemática con un análisis de resultados de forma estadística. El análisis se orientará fundamentalmente a la extracción de conclusiones y recomendaciones operativas, ya que vamos a evaluar la condición física de los pacientes, el nivel de independencia actual y su respuesta ante la actividad física para obtener un programa de intervención que mejore su salud física y su calidad de vida.

Muestra/selección de los participantes

Para todo trabajo de investigación científica se necesita una población y delimitar la muestra que será objeto del estudio, la cual es la que formará parte de los procesos de recolección de datos y análisis por parte del investigador, a continuación detallaremos la información sobre nuestra muestra de la investigación.

- Población y muestra

La población considerada para esta investigación fueron los 53 pacientes de sexo femenino de área de Santa Mariana del Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil.

La muestra seleccionada fue del 57% de la población total, es decir con 30 pacientes del área de Santa Mariana, las cuales por referencia de las auxiliares que están a su cuidado son pacientes que no presentan peligro de agresión o episodios de su enfermedad mental continuos.

- Criterios de inclusión
 - Pacientes con discapacidad mental moderada
 - Mayores de 40 años
 - Usuaris del Instituto de Neurociencias
- Criterios de exclusión
 - Pacientes agresivas
 - Pacientes con episodios de discapacidad mental continuos
 - Pacientes con discapacidad física grave.

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos que se usaron durante esta investigación fueron la observación directa, encuestas a personal y pacientes del área, documentación en base a formatos de evaluación elegidos por el investigador. Estas técnicas se las realiza con el fin de obtener la mayor cantidad de datos posibles y conocer con exactitud la problemática actual del área.

Observación directa: Permite visualizar el ambiente en el que se encuentra el objeto de estudio, la forma en la que se desenvuelven en sus actividades diarias, sus hábitos más frecuentes y las el tratamiento que reciben por parte de la institución.

Encuestas: Se las realiza al personal que está al cuidado de los pacientes para conocer su nivel de conocimientos sobre la discapacidad mental y la importancia que tiene la terapia física en este tipo de pacientes; a su vez también se realizarán encuestas de respuestas sencillas a los paciente para conocer la predisposición que tienen para realizar ejercicios y las actividades recreativas que les gusta realizar.

Test de Barthel: Se realiza este test para conocer el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria.

Test muscular: Se realiza este test para conocer la fuerza muscular de los pacientes en las distintas áreas del cuerpo.

Test goniométrico: Se realiza este test para conocer el rango articular que poseen los pacientes ante el movimiento activo o asistido de sus articulaciones

8.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

8.1 Encuesta realizada a las auxiliares dentro del área de Santa Mariana (5 en total) que están al cuidado diario de las pacientes para conocer la situación actual del estado físico de las pacientes y si creen que se deba implementar un programa de fisioterapia.

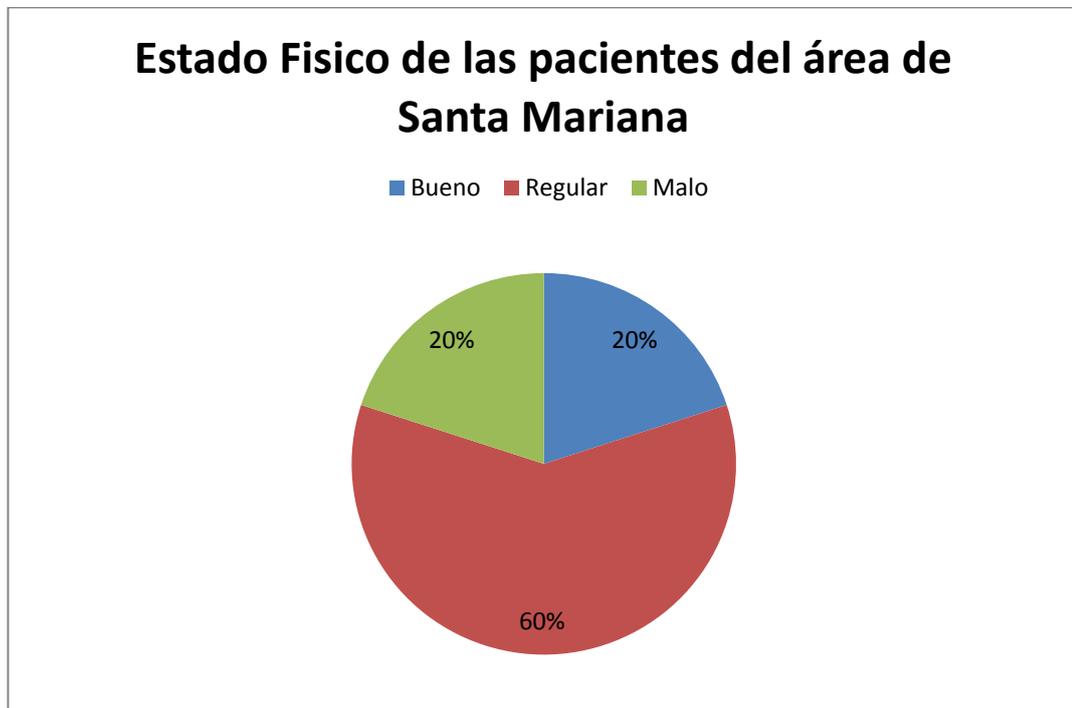
Cuadro 1

Pregunta: ¿Cuál es el estado físico de las pacientes del área Santa Mariana?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Bueno	1	20%
Regular	3	60%
Malo	1	20%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Gráfico 1



Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de datos

Según el resultado de la encuesta la mayoría (60%) refiere que el estado físico actual en el que se encuentran las pacientes del área es REGULAR. Una nos dice que su estado es bueno y la última refiere que es malo.

Cuadro 2

Pregunta: ¿Con qué frecuencia las pacientes del área de Santa Mariana realizan algún tipo de actividad física?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Mucha	0	0%
Poca	5	100%
Ninguna	0	0%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Gráfico2



Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 100% del personal encuestado concuerda en que las pacientes del área Santa Mariana realizan actividad física con POCA FRECUENCIA durante la semana.

Cuadro 3

Pregunta: ¿Cree usted que las pacientes del área de Santa Mariana están actas para realizar actividad física?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Si	5	100%
No	0	0%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Gráfico 3



Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 100% del personal encuestado refiera que las pacienes se encuentran en buenas condiciones para poder realizar actividad física

.

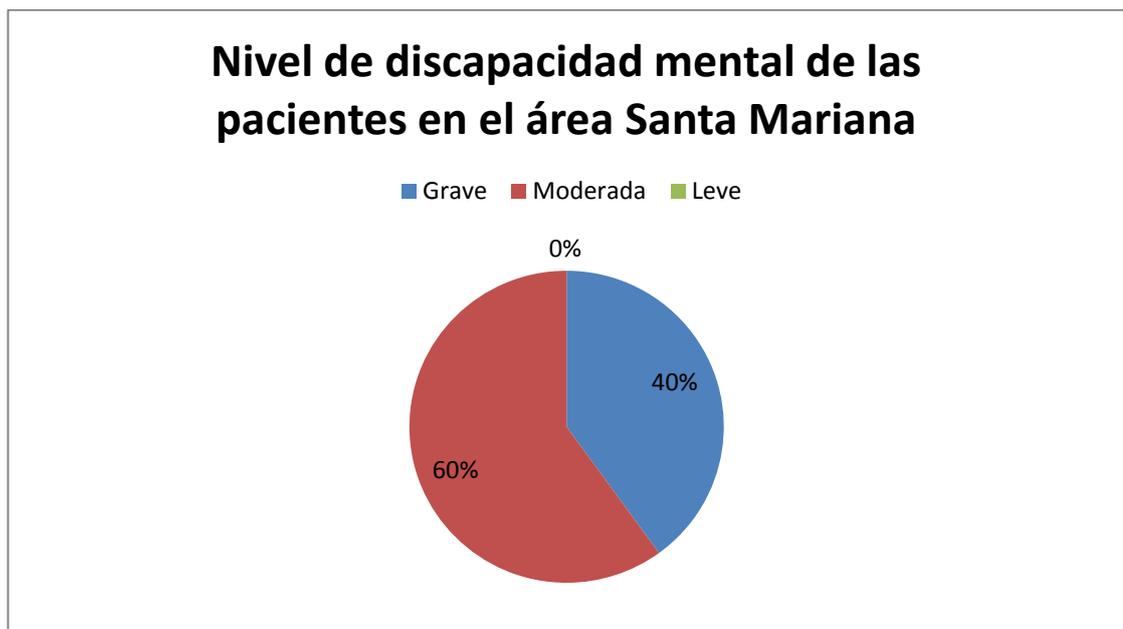
Cuadro 4

Pregunta: ¿Cuál es el nivel de discapacidad mental en el que se encuentran las pacientes del área de Santa Mariana?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Grave	1	40%
Moderado	4	60%
Leve	0	0%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Gráfico 4



Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 40% respondió que el nivel de discapacidad mental de las pacientes en el área es grave, mientras que el 60% nos refiere que es moderada. Esto nos hace pensar que tal vez les hace falta un poco de conocimiento a las auxiliares sobre los conceptos de nivel de discapacidad para llegar a un consenso y estar seguras del tipo de pacientes que cuidan.

Cuadro 5

Pregunta: ¿Cree ud que se deba implementar un programa de terapia física en las pacientes del área de Santa Mariana?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Si	5	100%
No	0	0
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Gráfico 5



Fuente: Encuesta a auxiliares en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 100% de las auxiliares respondieron que están de acuerdo en que se implemente un programa de terapia física dentro del área, esto quiere decir que saben que un programa de este tipo puede traer muchos beneficios a los pacientes.

8.2 Encuesta realizada a las pacientes del área de Santa Mariana con respuestas básicas de Si/No sobre el tipo de actividades que les gustaría realizar.

Cuadro 6

Pregunta: ¿Le gustaría realizar actividad física?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Si	27	90%
No	3	10%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Gráfico 6



Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 90% de los pacientes, es decir la mayoría refiere que les gustaría realizar algún tipo de actividad física como parte de su jornada diaria.

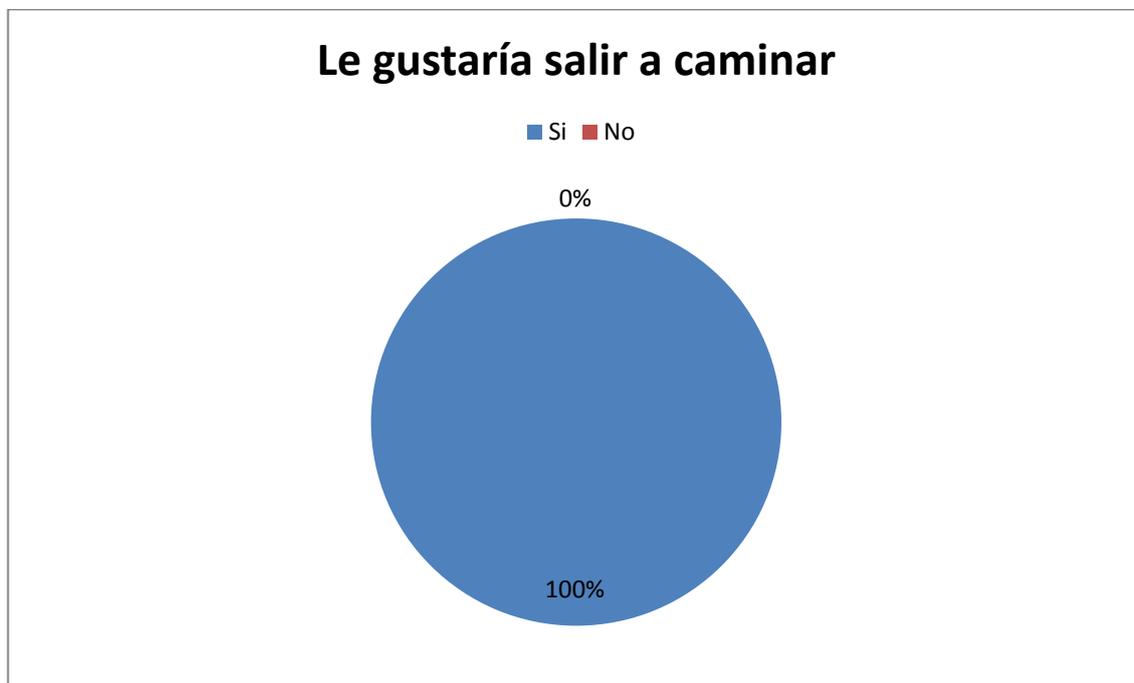
Cuadro 7

Pregunta: ¿Le gustaría salir a caminar?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Si	30	100%
No	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Gráfico 7



Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 100% de las pacientes refiere que les gustaría salir del área a realizar una caminata en el parque del Instituto de Neurociencias.

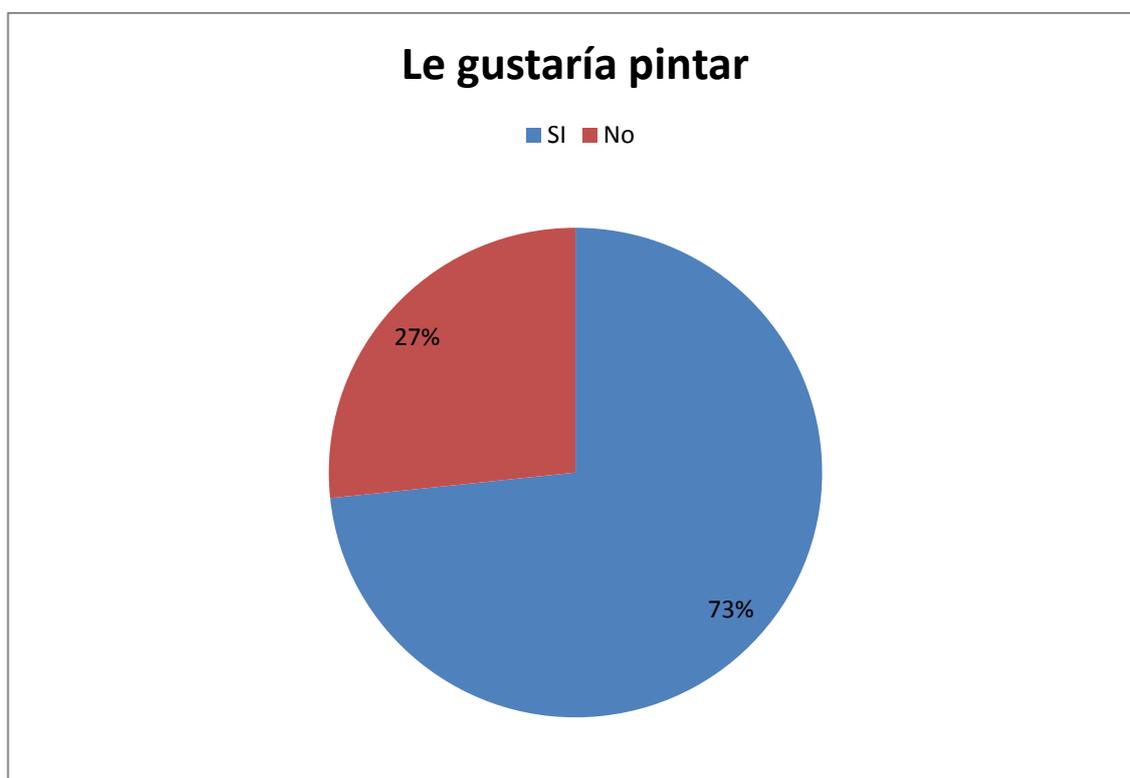
Cuadro 8

Pregunta: ¿Le gustaría pintar?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Si	22	73%
No	8	27%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Gráfico 8



Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 73% de las pacientes refiere que les gustaría pintar. Es decir que la mayoría de las encuestadas desean realizar actividades que tengan que ver con el dibujo y la pintura dentro del área de Santa Mariana.

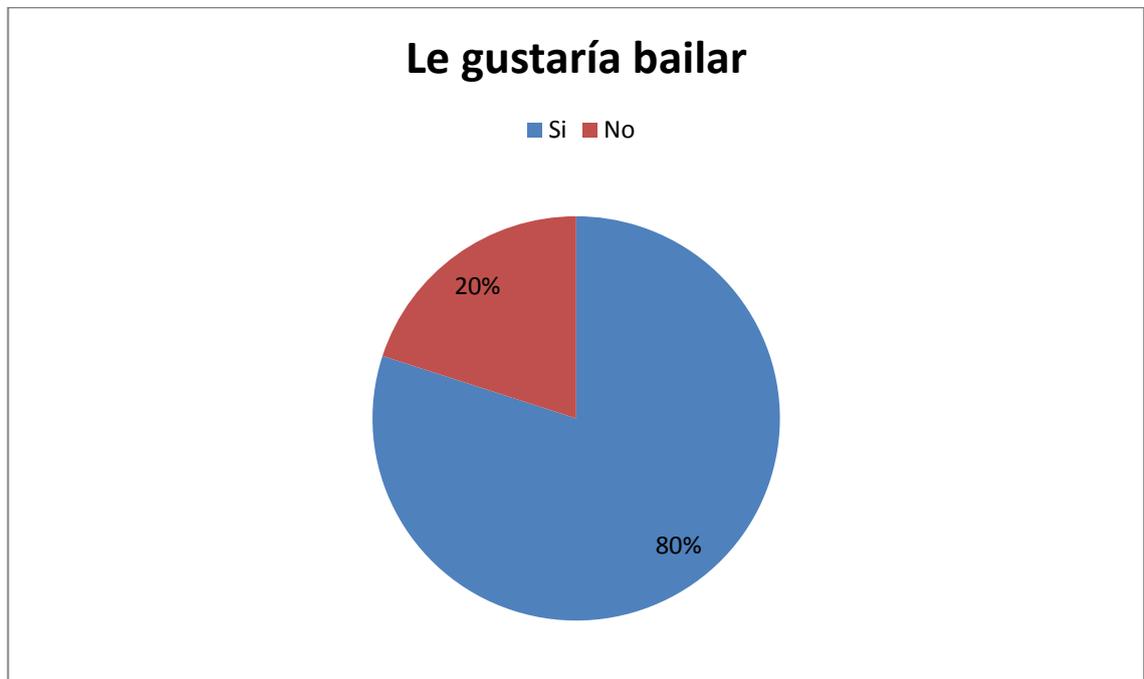
Cuadro 9

Pregunta: ¿Le gustaría bailar?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Si	30	80%
No	0	20%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Gráfico 9



Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 80% de las pacientes refiere que les gustaría bailar, es decir que a la mayoría de las pacientes les gustaría implementar la bailoterapia como una de sus actividades en el área de Santa Mariana.

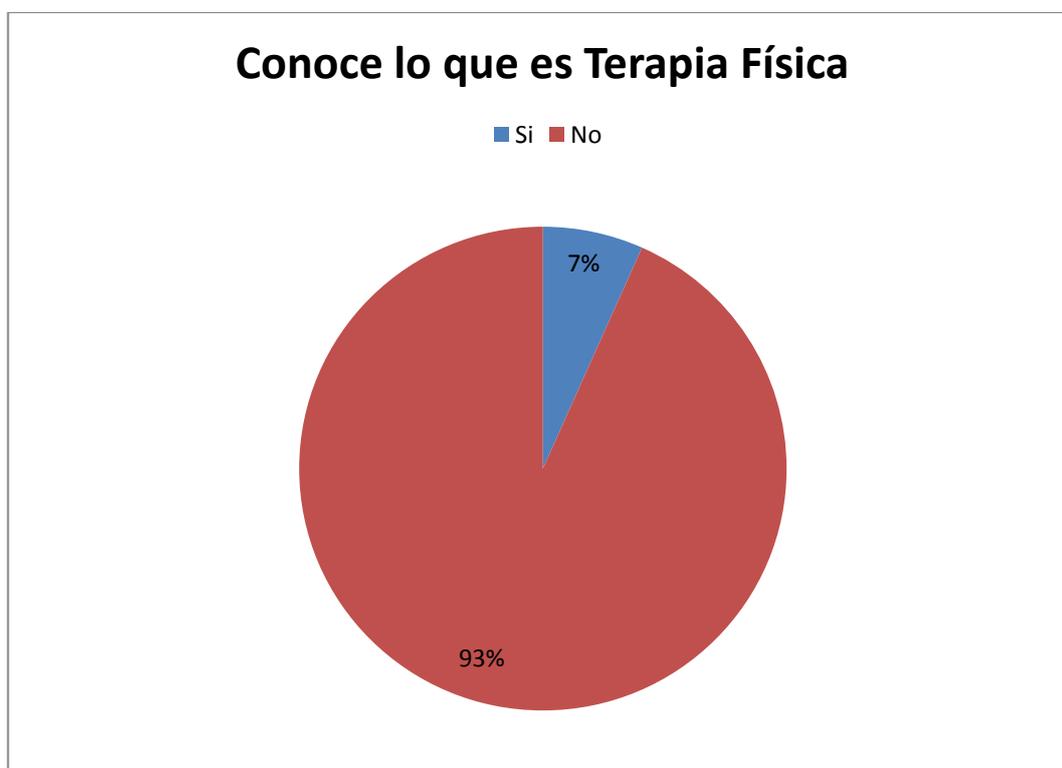
Cuadro 10

Pregunta: ¿Conoce lo que es la Terapia Física?

Opciones	Resultado	Porcentaje
Si	2	7%
No	28	93%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Gráfico10



Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 93% de las pacientes refiere que no conoce lo que es la terapia física. Esto nos hace entender que no existen ni han existido programas de terapia física por lo que ellas desconocen sobre esta rama y los beneficios que puede atribuirles.

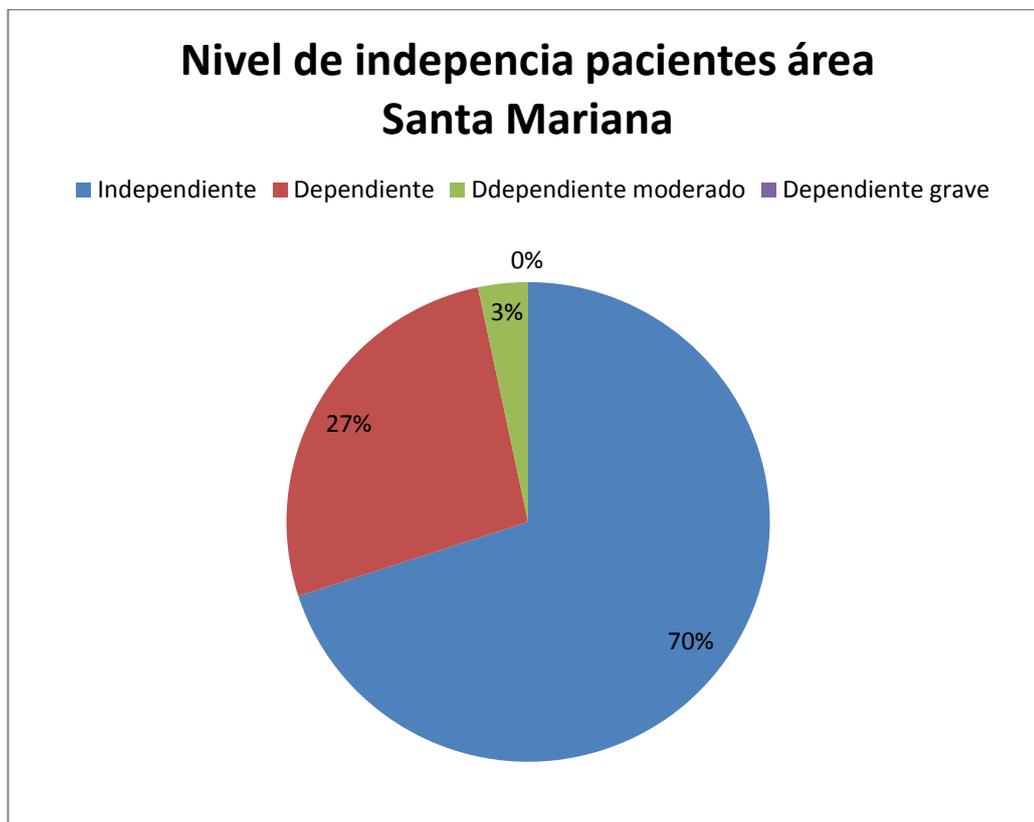
8.3 Resultados del Test de Barthel realizado a las pacientes del área de Santa Mariana para conocer el grado de independencia en el que se encuentran.

Cuadro 11

Opciones	Resultado	Porcentaje
Independiente	21	70%
Dependiente leve	8	27%
Dependiente moderado	1	3%
Dependiente grave	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Gráfico 11



Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 70% de las pacientes sometidas al Test de Barthel para conocer su estado de independencia tuvieron como resultado “Independiente”. El 27% tuvo como resultado “Dependiente leve” y el 3% “Dependiente moderado”. Ninguno tuvo como resultado “Dependiente grave”.

Esto nos refiere que el nivel de independencia de la mayoría de estos pacientes es bueno, ya que pueden realizar gran parte de las actividades de la vida diaria sin la ayuda de un auxiliar, además confirma que forman parte del perfil de un paciente con discapacidad mental moderada y que están

más predispuestos a captar órdenes y actividades de reeducación de la vida diaria.

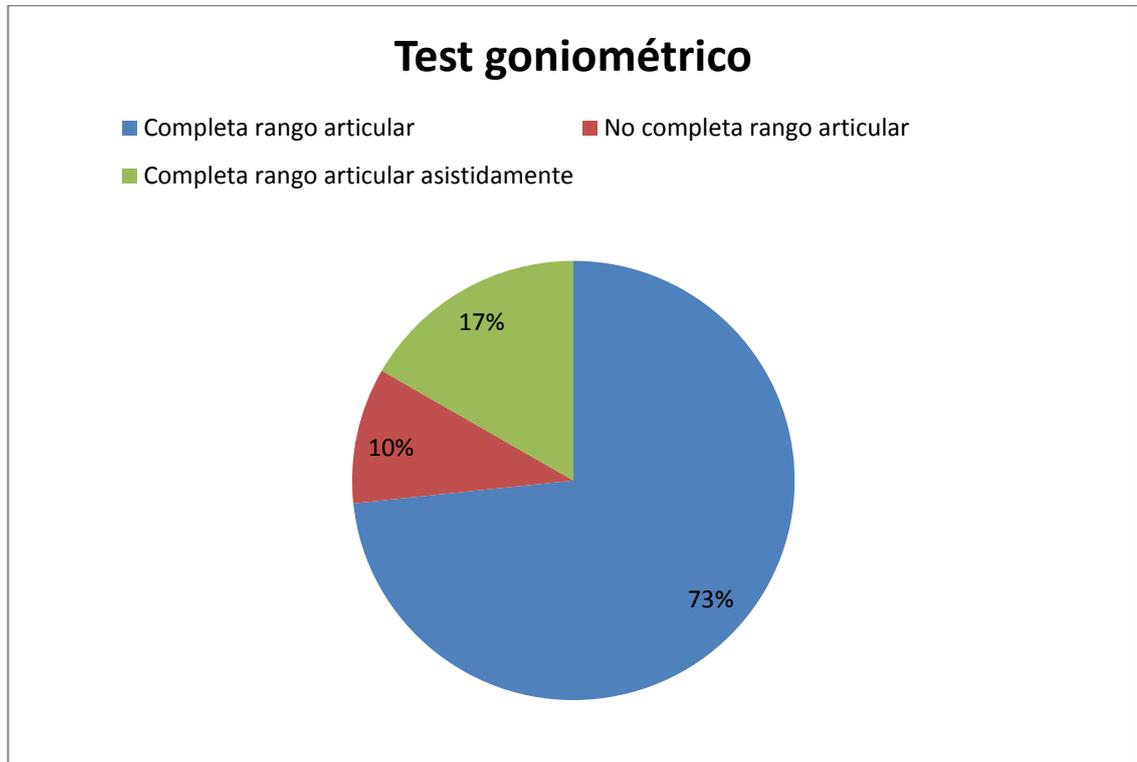
8.4 Resultados del test goniométrico realizado a las pacientes del área de Santa Mariana para conocer su nivel de amplitud articular.

Cuadro 12

Opciones	Resultado	Porcentaje
Completa rango articular	22	73%
No completa rango articular	3	10%
Completa rango articular asistidamente	5	17%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Gráfico 12



Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

De los pacientes sometidos al test goniométrico un 73% tuvo como resultado que completaban todo el rango articular. Un 10% no completaba el arco articular y el 17% completaba el rango articular de manera asistida, es decir con ayuda del fisioterapeuta.

De manera general este grupo de pacientes posee un buen rango articular pero hay un porcentaje considerable de pacientes que pueden mejorar amplitud articular.

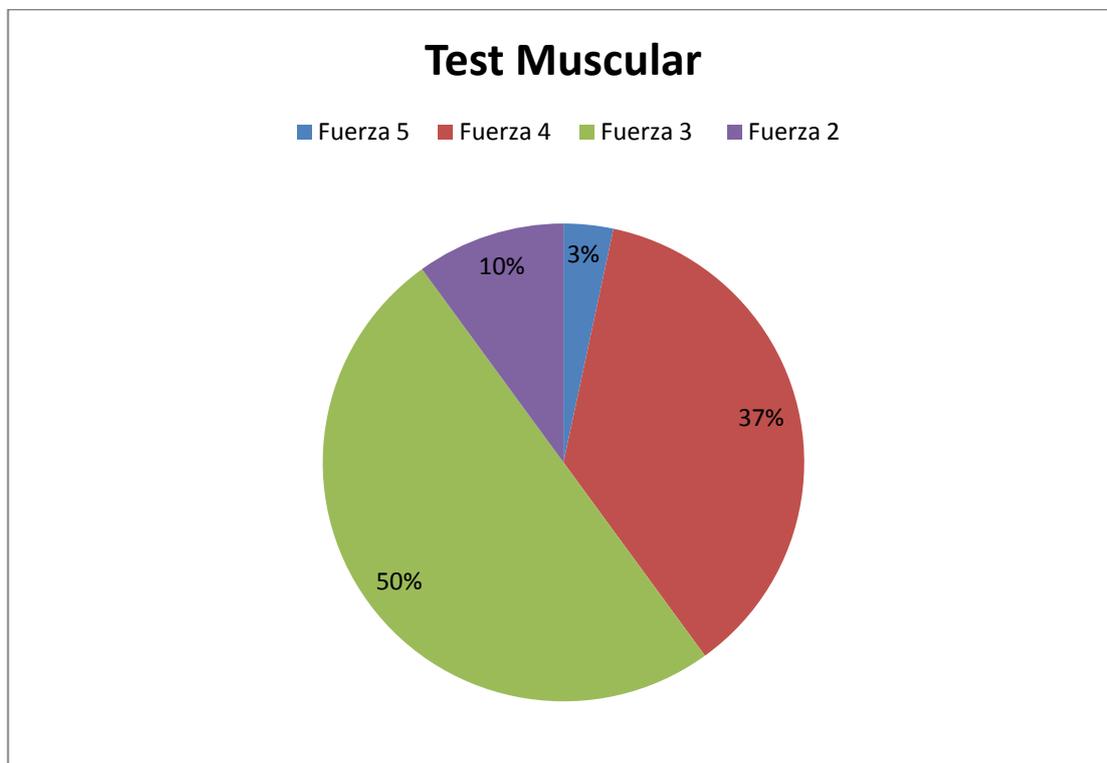
8.5 Resultados del test muscular realizado a las pacientes del área de Santa Mariana para conocer la fuerza muscular que poseen teniendo “5” como puntuación máxima y “0” como la mínima.

Cuadro 13

Opciones	Resultado	Porcentaje
Fuerza 5	1	3%
Fuerza 4	11	17%
Fuerza 3	15	50%
Fuerza 2	3	10%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Gráfico 13



Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

De los pacientes que se les realizó el test muscular el 3% obtuvo como resultado 5 en su nivel de fuerza muscular, el 37% obtuvo 4 como resultado, el mayor porcentaje 50% obtuvo 3 y el 10% tuvo 2 como resultado del test.

Solo una paciente obtuvo el nivel óptimo de fuerza muscular, esto evidencia notoriamente la falta de actividad física que poseen las pacientes de esta área. La mayoría presenta un nivel de fuerza 3 – 4, el cual puede ser mejorado con actividades que promuevan la mejora del estado físico.

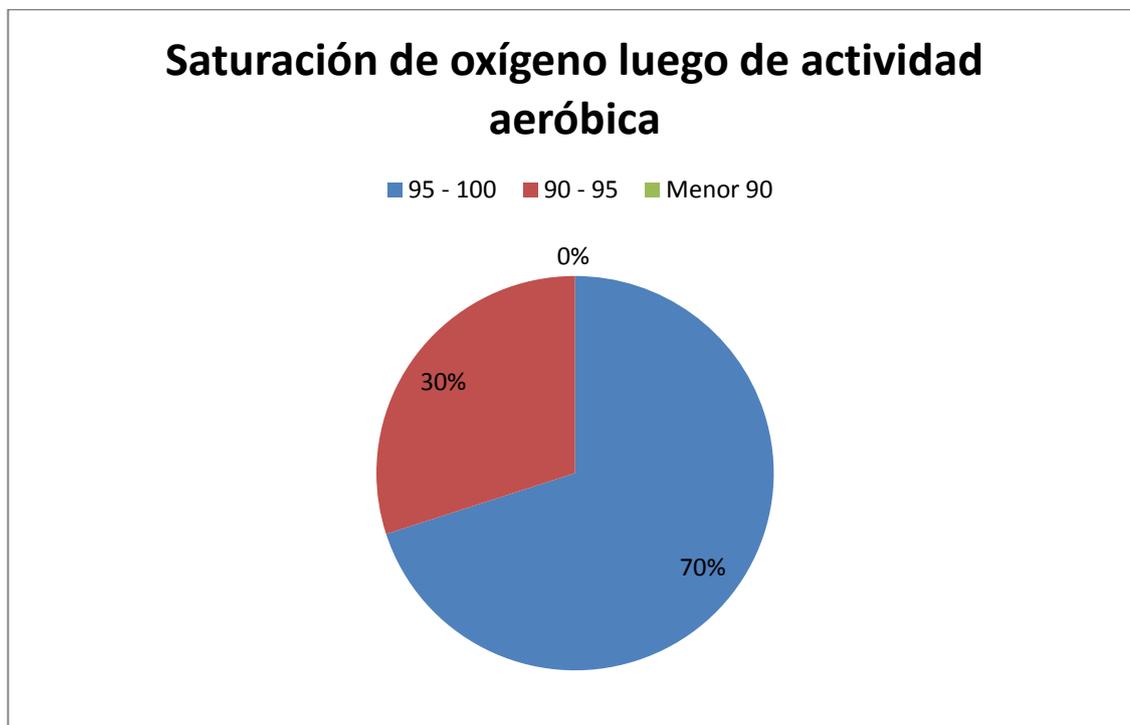
8.6 Resultado del nivel de saturación de oxígeno y presión arterial luego de ser sometidos a una actividad aeróbica, en este caso una caminata de 15 min.

Cuadro 14

Opciones	Resultado	Porcentaje
95 – 100	21	70%
90 – 95	9	30%
Menor 90	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Gráfico 14



Fuente: Encuesta a pacientes en el área de Santa Mariana

Elaborado por: Autor de la investigación

Análisis e interpretación de resultados

El 70% de pacientes obtuvo un nivel de saturación de oxígeno en la sangre luego de la actividad aeróbica entre 95 -100, el 30% en un rango de 90 – 95%.

Todas las pacientes tienen rangos de saturación dentro del rango normal luego de realizar una actividad aeróbica moderada ya que los rangos inferiores a 90 son los que pueden provocar descompensaciones en el organismo, pero no es el caso con estas pacientes.

9.- CONCLUSIONES

- Al término del respectivo proceso de evaluación, análisis y desarrollo sobre la condición física y estado de salud integral de las pacientes con discapacidad mental moderada del área de Santa Mariana se ha llegado a las siguientes conclusiones:
- El personal que cuida de las pacientes no tiene la correcta capacitación sobre la rehabilitación integral de este tipo de pacientes ya que en su mayoría son auxiliares de enfermería que están solamente para el cuidado de las pacientes dentro del área más no como parte de su proceso de rehabilitación.
- Las pacientes del área de Santa Mariana desconocen lo que es la terapia física pero están dispuestas a colaborar en la realización de las actividades que constan en la propuesta de intervención fisioterapéutica para ellas.
- Se cumplió con el objetivo de seleccionar las pacientes que pueden y necesitan realizar terapia física y actividades recreativas. La gran mayoría de las pacientes de esta área presentan un nivel de independencia aceptable, lo cual les permite realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero que en este caso solo se limita a comida y aseo. Su nivel de independencia y capacidad de entendimiento nos puede permitir ir más allá y obtener resultados positivos a los ejercicios de reeducación de la vida diaria como parte

de su proceso de rehabilitación integral como pacientes con discapacidad mental.

- El 73% de las pacientes presenta su rango de movilidad articular completo, esto es bueno ya que no tendrían mayores inconvenientes al realizar los ejercicios y actividades de la propuesta de intervención fisioterapéutica. Por otro lado también ayudará al porcentaje restante de pacientes para que puedan mejorar su nivel actual de rango articular. Lo interesante es que no hay limitaciones de gran consideración a nivel articular.
- La fuerza muscular de este tipo de pacientes no se encuentra en el nivel óptimo según la escala del test muscular realizado ya que solo una paciente obtuvo esa clasificación. Por lo tanto es necesario mejorar la fuerza y el tono muscular en las pacientes del área.
- El programa de intervención se lo ha realizará tomando en cuenta los resultados de las evaluaciones y ha sido complementado con el marco teórico con el fin de que cada una de las actividades sean de ayuda a las pacientes tanto a nivel físico como mental, de esta forma el abordaje será integral y de múltiples beneficios como explicamos a lo largo de la investigación.

10.- RECOMENDACIONES

Luego de un análisis de campo del área y de las pacientes de Santa Mariana se ha llegado a la elaboración de un programa de intervención fisioterapéutico el cual se entregará al Instituto de Neurociencias con el fin que pueda ser aplicado dentro del Centro de Rehabilitación del Instituto.

PROPUESTA

Programa de intervención fisioterapéutica para el área Santa Mariana del asilo Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil.

Generalidades

Luego de un proceso de selección, evaluación y análisis de resultados se pudo conocer las capacidades funcionales y físicas actuales de las pacientes, a su vez como las carencias que presentan.

Según las evaluaciones realizadas estas pacientes están aptas para participar dentro de un plan fisioterapéutico con actividad física moderada sin afectar sus condiciones de salud física y mental, al contrario, va a producir beneficios en ambas áreas ya que las actividades de este programa están diseñadas precisamente para fomentar y potenciar las carencias existentes tanto en su condición física como en sus actividades de la vida diaria.

Objetivo

Promover la actividad física y recreativa en las pacientes del área de Santa Mariana mediante un programa de intervención fisioterapéutico que mejore su estado físico y forme parte de su rehabilitación integral como paciente con discapacidad mental moderada.

Actividades

Ejercicios de respiración y estiramiento

Duración de la actividad: 10 minutos

Desarrollo

Se reúne al grupo de pacientes y el fisioterapeuta se coloca al frente del grupo para dar las órdenes y ser guía durante los ejercicios.

Para los ejercicios de respiración se solicita a los pacientes que inhalen profundamente por la nariz, mantengan dentro el aire aproximadamente 5 segundos y luego se les pide que exhalen lentamente por la boca, este proceso se lo realiza 10 veces o hasta que se note que los pacientes están concentrados y relajados cumpliendo con la orden.

Los ejercicios de estiramiento consisten en darle movimiento a todas las articulaciones del cuerpo. Se empieza desde la cabeza, realizando movimientos de flexión, extensión y rotación de cuello. Luego continúan los hombros y toda la extremidad superior, así mismo con movimientos de flexión, extensión, y circunducción. Para la cadera se realizan movimientos de flexión lateral, anteversión y retroversión. En rodilla y tobillo se realiza movimientos de flexión y extensión.

Importancia

Mejora la capacidad cardio-pulmonar de las pacientes

Prepara al organismo para la realización de actividad física

Previene lesiones osteomusculares



Pacientes del área de Santa Mariana realizando estiramiento

Fuente: Autor de la investigación

Dibujo y pintura

Duración de la actividad: 30 minutos

Desarrollo

Se pide a las pacientes que se ubiquen en las mesas dentro del área de Santa Mariana y se les brinda el material necesario para que puedan pintar o realizar dibujos según el gusto de las pacientes, siempre estando en contacto verbal con la paciente preguntándole lo que realiza, ¿Por qué lo realiza?, ¿Qué está pintando?, ¿Qué color está usando?, etc.

Importancia

Genera destreza en la motricidad y movilidad de sus manos al usar los crayones

Produce estímulos sensoriales

Despierta áreas del conocimiento al recordar colores, formas, números y letras

Genera bienestar y relajación.

Permite expresar múltiples sentimientos, emociones y pensamientos

Ayuda a la concentración.



Pacientes del área Santa Mariana pintando

Fuente: Autor de la investigación

Caminata por el jardín

Duración de la actividad: 15 minutos

Desarrollo

En grupos de no más de 5 pacientes se las saca del área de Santa Mariana y se las lleva a realizar una caminata alrededor de las áreas verdes que se encuentran dentro del Instituto de Neurociencias.

Importancia

Mejora la circulación y la capacidad cardio-pulmonar generando unos pulmones y corazón más fuertes, previniendo enfermedades cardíacas y respiratorias.

Mantiene y aumenta la fuerza muscular en las piernas, ayuda al equilibrio y coordinación

Previene el sedentarismo

Mejora la respuesta cognitiva, reduce las complicaciones en los vasos cerebrales previniendo la demencia senil.

Relaja, reduce el estrés, mejora el estado de ánimo y combate la depresión.



Pacientes del área Santa Mariana caminando por el Instituto de Neurociencias

Fuente: Autor de la investigación

Juegos de mesa y/ó deporte

Duración de la actividad: 20 minutos

Desarrollo

En esta parte se puede variar un poco, es decir se puede realizar una actividad diferente cada día para no repetir el mismo juego o deporte todos los días.

Como parte de los juegos de mesa se puede usar rompecabezas de varias piezas, dependiendo la condición mental y cognitiva en la que se encuentre el paciente, se puede empezar por rompecabezas sencillos de pocas piezas y luego ir aumentando la dificultad. También como alternativas tenemos el juego del jenga, el cual ayuda mucho a la motricidad fina y desarrollo de la capacidad mental, así como juegos de memoria y también se puede trabajar con bisutería con las pacientes que puedan realizarlo.

En los deportes se debe usar principalmente los que se usen con balón y tengan participación activa de todo el esquema corporal sin que haya el peligro de que produzca accidentes con otra paciente. Se puede trabajar con juegos de pasar el balón, básquet, volley, fútbol, etc.

Importancia

Sociabilización, compañía y entretenimiento

Ayuda al razonamiento y concentración

Estimula el sistema nervioso, proporciona sensaciones de euforia, felicidad y satisfacción

Aumenta la elasticidad muscular y articular.

Incrementa la fuerza muscular y previene la flacidez producida por la edad.

Previene el sedentarismo

Facilita las actividades de la vida diaria.



Pacientes del área Santa Mariana jugando Jenga

Fuente: Autor de la investigación



Paciente del área Santa Mariana jugando con un balón

Fuente: Autor de la investigación

Bailoterapia/aeróbicos

Duración de la actividad: 20 minutos

Desarrollo

El fisioterapeuta ordena colocarse a las pacientes en frente de él para que puedan seguir las órdenes durante la sesión de bailoterapia. La música debería estar acompañada del vídeo para que las pacientes tengan un referente visual con el cual guiarse, por lo que se debe usar un televisor, un dvd y contar con el material de reproducción. En el caso que no contemos con esto se trabajará solo con la música la cual puede ser puesta en el equipo de sonido del área. Se empezará con movimientos suaves como parte del calentamiento para luego entrar de lleno a los pasos coordinados. No deben ser pasos muy elaborados, deben ser pasos sencillos y básicos para que los pacientes puedan seguir el ritmo. Una sesión de bailoterapia cuenta con movimientos de coordinación, desplazamientos y ligeros saltos.

Importancia

Se realizan movimientos dinámicos y coordinados, mejorando el tono y fuerza muscular.

Mejora la resistencia aerobia y la circulación cardiovascular

Produce la liberación de adrenalina y endorfinas que son importantes para la salud mental y sensación de bienestar en el organismo.



Pacientes del área Santa Mariana realizando bailoterapia

Fuente: Autor de la investigación



Paciente del área de Santa Mariana realizando bailoterapia

Fuente: Autor de la investigació

Talleres semanales

No podemos dejar a un lado la reeducación de actividades de la vida diaria dentro del programa de fisioterapia por lo que se ha pensado en 4 diferentes talleres los cuales se pueden aplicar uno por semana, de esta forma nos involucramos por completo en la rehabilitación integral del paciente con discapacidad mental.

Taller de aseo: Se les enseñará a tender su cama y barrer su habitación

Taller de conocimiento del dinero: se les llevará láminas y billetes didácticos para enseñarles sus diferentes denominaciones y uso del dinero

Taller comunitario: Se las hará participar en una minga dentro del Instituto de Neurociencias

Taller de convivencia: Se les hará ver una película educativa sobre normas de convivencia y buenos modales.

BIBLIOGRAFÍA

Schwartzmann, L. (2003). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 09–21. doi:10.4067/S0717-95532003000200002

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Editoriales de la OMS.

Ramón Novell Alsina Pere Rueda Quitllet, Luis Salvador Carulla, & Eulalia Forgas Farre. (2002). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Barcelona, España.

Verduga Miguel Angel. (2002). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retrasos mental de 2002, *Siglo Cero*, Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol. 34 (1), Núm. 205.

Clarkson, H. M. (2003). *Proceso evaluativo musculoesquelético: amplitud del movimiento articular y test manual de fuerza muscular*. Editorial Paidotribo.

Sanmartín, M. G. (2004). El valor del deporte en la educación integral del ser humano. *Revista de Educación*, (335), 105–126.

Sara Marquez, (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de Psicología Gral y Aplic.* 48 (1). 185-206.

ANEXOS

Formatos de los test usados durante la investigación

ESCALA DE BARTHEL

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.

- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Minima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.

- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 ptos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos



EVALUACION GONIOMÉTRICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ H.CLÍNICA: _____

EDAD: _____ DIAGNOSTICO: _____

PRECAUCIONES: _____

NOTA: Colocar en el casillero correspondiente la valoración en grados y la fecha.

VALORACION DE MIEMBROS SUPERIORES

ARTICULACION	MOVIMIENTO	GRADOS						
			D	I	D	I	D	I
HOMBRO	Flexión	0° - 180°						
	Extensión	0° - 45°						
	Abducción	0° - 180°						
	Aducción	0° - 45°						
	Abducc. Horizontal	0° - 90°						
	Aducc. Horizontal	0° - 130°						
	Rotación Externa	0° - 90°						
	Rotación Interna	0° - 80°						
CODO	Flexión	0° - 145°						
	Extensión	145° - 0°						
MUÑECA	Flexión	0° - 80°						
	Extensión	0° - 70°						
	Desviación Radial	0° - 20°						
	Desviación Cubital	0° - 35°						
	Pronación	0° - 80°						
	Supinación	0° - 80°						
DEDOS	Flexión MF	0° - 90°						
	Flexión IFP	0° - 100°						
	Flexión IFD	0° - 90°						
	Extensión MF	0° - 15°						
	Abducción dedos	0° - 20°						
	Aducción dedos	20° - 0°						
DEDO PULGAR	Flex. MF Pulgar	0° - 50°						
	Flex. IF Pulgar	0° - 80°						
	Extensión MF Pulgar	50° - 0°						
	Extensión IF Pulgar	80° - 0°						
	Abducción Pulgar	0° - 70°						
	Aducción Pulgar	70° - 0°						

VALORACION DE MIEMBROS INFERIORES								
ARTICULACION	MOVIMIENTO	GRADOS						
			D	I	D	I	D	I
CADERA	Flexión (Rod.Flex.)	0° - 125°						
	Flexión (Rod.Ext.)	0° - 80°						
	Extensión	0° - 20/30°						
	Abducción	0° - 45°						
	Aducción	0° - 15/20°						
	Rot. Ext.	0° - 45°						
	Rot. Int.	0° - 45°						
RODILLA	Flexión	0° - 140°						
	Extensión	140° - 0°						
TOBILLO	Flexión Plantar	0° - 45°						
	Dorsiflexión	0° - 25°						
	Eversión	0° - 25°						
	Inversión	0° - 35°						
DEDOS	Flexión dedo gordo	0° - 45°						
	Flexión IF dedo gordo	0° - 90°						
	Flexión cuatro dedos	0° - 40°						
	Flex. IFP cuatro dedos	0° - 35°						
	Flex. IFD cuatro dedos	0° - 60°						
	Ext. MF/IF dedo gordo	0° - 80°						
OBSERVACIONES:								

TEST MUSCULAR

USUARIO: _____

FECHA: _____

AREA: _____

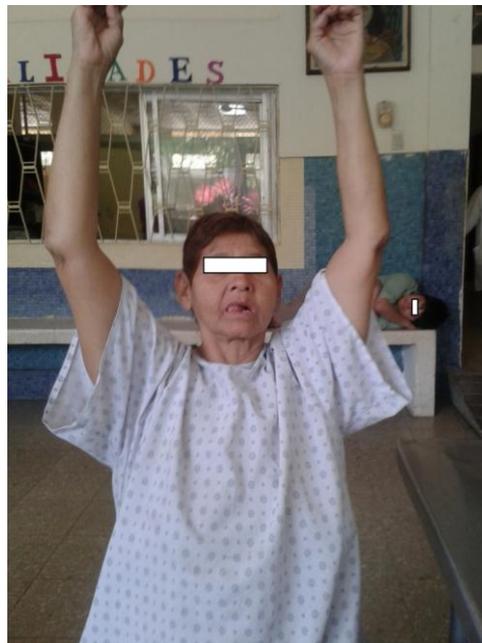
DIAGNOSTICO: _____

DERECHO		SEC TOR	EXAMENES		IZQUIERDO	
AL INGR ESO	SUBSECUEN TES		RAI Z NE RV.	MUSCULOS	AL INGR ESO	SUBSECUEN TES
		MIEMBRO SUPERIOR	C2- C4	PORCION MED. TRAPECIO		
			C2- C4	PORCION INF. TRAPECIO		
			C5	ROMBOIDES		
			C5- C6	PORCION ANT. DELTOIDES		
			C5- C6	PORCION MED. DELTOIDES		
			C5- C6	PORCION POST. DELTOIDES		
			C5- T1	PECTORAL MAYOR		
			C5- C6	GRUPO ROT. EXT.		



Pacientes del área de Santa Mariana realizando bailoterapia

Fuente: Autor de la investigación



Paciente del área de Santa Mariana durante la evaluación

Fuente: Autor de la investigación



Realizando la evaluación muscular a una paciente del área de Santa Mariana

Fuente: Autor de la investigación





Caminata por el día Mundial del adulto mayor de la cual fui parte junto con los pacientes y personal del Instituto de Neurociencias

Fuente: Autor de la investigación