

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“DEPENDENCIAS DE LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS
ESPECIALES Y LA ANSIEDAD DE LOS CUIDADORES DE LA
FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DEL CANTÓN
SALCEDO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Chisaguano Chisaguano, Luis Armando

Tutor: Dr. Mg. Añazco Lalama, Ángel Santiago

Ambato – Ecuador
Diciembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“DEPENDENCIAS DE LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y LA ANSIEDAD DE LOS CUIDADORES DE LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DEL CANTÓN SALCEDO.” de Chisaguano Chisaguano Luis Armando estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2014

EL TUTOR

.....
Dr. Mg. Santiago Añezco Lalama

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**DEPENDENCIAS DE LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y LA ANSIEDAD DE LOS CUIDADORES DE LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DEL CANTÓN SALCEDO.**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2014

EL AUTOR

.....
Chisaguano Chisaguano Luis Armando

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Junio del 2014

EL AUTOR

.....
Chisaguano Chisaguano Luis Armando

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema:

“DEPENDENCIAS DE LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y LA ANSIEDAD DE LOS CUIDADORES DE LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DEL CANTÓN SALCEDO”, de Luis Armando Chisaguano Chisaguano, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Diciembre del 2014

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

La presente investigación va dedicada a mis padres quienes con su esfuerzo implantaron en mí ese espíritu de constancia y firmeza, el cual me ha ayudado a superar y sobresalir a los obstáculos que presenta la vida, a mis hermanos quienes están presentes en todo momento son la inspiración de mi vida y todas esas personas que estuvieron a mi lado en todo momento, por su valentía, lucha, apoyo y perseverancia, sin el grano de arena de cada uno de ellos este momento sería otra circunstancia quizá muy lejana a la actual, todos contribuyeron de manera significativa.

Luis

AGRADECIMIENTO

Mi más grato agradecimiento a quienes fueron mis profesores en la Universidad Técnica de Ambato, carrera Psicología Clínica quienes supieron formar y compartir sus conocimientos los cuales fueron de mucha importancia para fomentar el conocimiento y tener las herramientas previas no solo para el desenvolvimiento académico sino también para la vida profesional y personal, y de manera especial al Dr. Mg. Santiago Añazco Lalama y a la Dra. Norma Escobar quienes supieron encaminar con paciencia, prudencia e inteligencia para la realización y culminación de la presente investigación.

Luis

Índice de Contenido

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. Contextualización	2
1.2.2. Análisis crítico.....	9
1.2.3. Prognosis	9
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2.5. Preguntas directrices.....	10
1.2.6. Delimitación del problema	10
1.2.6.1. Delimitación del contenido.....	10
1.2.6.2. Delimitación espacial.....	10
1.2.6.3. Delimitación temporal	10
1.3. JUSTIFICACIÓN	11
1.4. OBJETIVOS	12
1.4.1. Objetivo general	12
1.4.2. Objetivos específicos.....	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	13
2.3. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA.....	15
2.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	16
2.5. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	16
2.6. RED DE CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	22
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos ...	24
MARCO TEÓRICO.....	25
2.7. EDUCACIÓN ESPECIAL.....	25
2.7.1 DEPENDENCIA	28

2.8. TIPOS DE DISCAPACIDAD.....	30
2.8.2. PARÁLISIS CEREBRAL.....	49
2.8.2.1. Tipos de parálisis cerebral.....	51
2.8.3. Síndrome de down.....	53
2.8.4. Terapias.....	56
2.8.5. Aspecto social-económico.....	57
2.8.7. ANSIEDAD.....	60
2.8.7.1. Sintomatología.....	61
2.8.7.1.2 Niveles.....	62
2.8.7.1.3. Factores asociados:.....	63
2.8.7.2. F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.....	63
2.8.7.3. F41 Otros trastornos de ansiedad.....	68
2.9. HIPÓTESIS.....	73
2.10. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	73
CAPÍTULO III.....	74
METODOLOGÍA.....	74
3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN:.....	74
3.2. MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN.....	74
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	75
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	76
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	76
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	79
3.7. Plan de recolección de la información.....	81
CAPÍTULO IV.....	83
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	83
Tabla de la población por género de los cuidadores de NNEE.....	83
Análisis.....	83
Interpretación.....	84

Tabla de población de los NNEE de la fundación de niños especiales San Miguel	84
4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	85
Análisis	87
4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	90
CAPÍTULO V	93
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
5.1. CONCLUSIONES.....	93
5.2. RECOMENDACIONES	96
CAPÍTULO VI.....	97
PROPUESTA	97
6.1. DATOS INFORMATIVOS.....	97
6.1.1. Tema	97
6.1.2. Institución beneficiaria	97
6.1.3. Fecha de ejecución.....	98
6.1.4. Ubicación:.....	98
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	98
6.3. JUSTIFICACIÓN.....	99
6.4. OBJETIVOS:.....	99
6.4.1. Objetivo General:.....	99
6.4.2. Objetivos específicos	99
6.5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	100
6.5.1. Introducción.....	100
6.5.2. Estudios y respaldo científico	101
6.6. Procedimiento.....	106
6.7. Acceso a los recuerdos	107
6.8. Herramientas.....	108
6.9. Metodología:.....	110
6.10. MARCO ADMINISTRATIVO.....	113
6.10.1. Recursos físicos o institucionales	113

6.10.2. Recursos humanos	113
6.10.3. Materiales.....	113
6.10.4. Económicos.....	114
6.11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
LINOGRAFÍA.....	117
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS.....	118
6.12. ANEXOS.....	119

Índice de gráficos

GRÁFICO 1 TASA DE PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD.....	3
GRÁFICO 2	8
GRÁFICO 3	22
GRÁFICO 4	23
GRÁFICO 5	24
GRÁFICO 6	84
GRÁFICO 7	85
GRÁFICO 8	86
GRÁFICO 9	88
GRÁFICO 10	89
GRÁFICO 11	91

Índice de tablas

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE DISCAPACIDADES A NIVEL NACIONAL	5
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE PARTICIPACIÓN	76
TABLA 3 POBLACIÓN POR GÉNERO DE LOS CUIDADORES DE NNEE	83
TABLA 4 POBLACIÓN DE LOS NNEE DE LA FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL.....	85
TABLA 5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN VI	86
TABLA 6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN VD.....	87
TABLA 7 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN PROFESIONALES	89
TABLA 8 TABLA DE CONTINGENCIA DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS * ANSIEDAD EN LOS CUIDADORES.....	90
TABLA 9 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	92
TABLA 10 PRESUPUESTO.....	114

Índice de cuadros

CUADRO 1 TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL.....	52
CUADRO 2, OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES VI.....	79
CUADRO 3, OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES VD	80
CUADRO 4, PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	81
CUADRO 5, PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	82
CUADRO 6 CRONOGRAMA.....	115

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“DEPENDENCIAS DE LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS
ESPECIALES Y LA ANSIEDAD DE LOS CUIDADORES DE LA
FUNDACIÓN DE NIÑOS ESPECIALES SAN MIGUEL DEL CANTÓN
SALCEDO”**

Autor: Chisaguano Chisaguano, Luis Armando

Tutor: Dr. Mg. Añazco Lalama, Ángel Santiago

Fecha: Junio del 2014

RESUMEN

El siguiente trabajo fue elaborado con el objetivo de determinar sobre dependencias de los niños con necesidades educativas especiales en las actividades de la vida diaria y la influencia de la ansiedad de los cuidadores de la Fundación Sam Miguel del cantón Salcedo.

Este trabajo se realizó con los cuidadores de los niños y niñas especiales de la Fundación San Miguel del cantón Salcedo, donde el número de cuidadores fueron 32 número total de asistente a la fundación eso quiere decir todos quienes asisten a las distintas terapias.

La información se recolecto mediante el Índice de Katz cual identifica la dependencia e independencia en las actividades de la vida diaria midiendo varias áreas como: Baño, vestido, utilización del WC, movilidad, alimentación, continencia, y el Test de Ansiedad de Hamilton con el que se mide los niveles de ansiedad, todo esto se explica en el capítulo 4 donde se da el análisis e interpretación de los datos.

Mediante la investigación realizada se comprobó que las dependencias de los niños con necesidades educativas especiales influye directamente en la ansiedad de los cuidadores, por la cual se elaboró una propuesta de solución que ha mantenido resultados positivos en muy poco tiempo de su aplicación mediante la desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares, táctil o auditivo (EMDR), esta modelo ayuda a los cuidadores de los niños y niñas quienes presentaron ansiedad a reprocesar los eventos que generan este tipo de patología para una mejor adaptación en el presente con herramientas para el futuro.

PALABRAS CLAVES: DEPENDENCIA, ANSIEDAD, DESENSIBILIZACIÓN, REPROCESAMIENTO

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

PSYCHOLOGY CAREER

**“DEPENDENCE OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS AND ANXIETY
OF CAREGIVERS OF SPECIAL CHILDREN FOUNDATION OF CANTON
SAN MIGUEL SALCEDO”**

Author: Chisaguano Chisaguano, Luis Armando

Tutor: Dr. Mg. Añazco Lalama, Ángel Santiago

Date: June 2014

SUMMARY

The following work was developed with the objective of determining on dependence for children with special educational needs in the daily life activities and the influence of the caregivers' anxiety of the San Miguel Foundation of Salcedo canton.

This work was done with caregivers of special children's San Miguel Foundation of Canton Salcedo, where the number of caregivers was 32, a total number of Assistant to the foundation that means all those who attend to various therapies.

The information was collected by the Katz index which identifies the dependence and independence in activities of daily living by measuring several areas such as: Bath, dressing, using the toilet, mobility, feeding, continence, and Hamilton anxiety Test that measured the levels of anxiety, all of this is explained in Chapter 4 where the analysis and interpretation of the data is given.

Through this research was found that dependencies of children with special educational needs directly influences the anxiety of the caregivers, which was drawn

up a solution that has maintained positive results in very little time of its application using desensitization and reprocessing through eye movement, tactile or auditory (EMDR), this model helps caregivers of children who presented anxiety to reprocess the events that generate this type of pathology for a better adaptation to the present with tools for the future.

KEYWORDS: DEPENDENCE, ANXIETY, DESENSITIZATION AND REPROCESSING

INTRODUCCIÓN

La importancia de tomar en cuenta a las personas que brindan atención y cuidados a los niños y niñas con necesidades educativas especiales (NNEE) por la dependencia que presentan para la realización de sus actividades diarias, se da debido a que los niños y niñas con NEE requieren de ayuda y supervisión de una persona adulta que este en las capacidades de suplir sus necesidades con un trato adecuado, debido a esto la persona que está encargada del cuidado del niño o niña pasa por situaciones en la cual la gran responsabilidad provoca malestar.

Las estadísticas demuestran que la población de niños y niñas con algún tipo de discapacidad es remarcada y va en aumento, estudios demuestran resultados de infantes que nacen con algún tipo de discapacidad y a nivel mundial el porcentaje es considerable el 10 % de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad (Naciones Unidas, 1970). De acuerdo a lo mencionado se toma en cuenta el esfuerzo de quienes cuidan y dan atención a los niños en este caso la mayor parte son familiares, padre y madre, las consecuencias producidas por el esfuerzo de dar un mejor estilo de vida.

Uno de los elementos que se trata de investigar es, que por la atención y asistencia que brindan los cuidadores a los niños y niñas con necesidades educativas especiales genera ansiedad, es decir que los cuidados y atención no es fácil en los niños y niñas, ellos requieren de varios parámetros como: terapias, medicamentos, alimentación, aseo, movilidad, vestido, etc. En el cual lidiar con toda la responsabilidad causa desequilibrio en el cuidador.

Esta investigación se dedica a entender y a corroborar la hipótesis sobre la dependencia de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en las actividades de la vida diaria y la influencia de la ansiedad en los cuidadores que asisten a la fundación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

Dependencias de los niños con necesidades educativas especiales y la ansiedad de los cuidadores de la fundación de niños especiales San Miguel del cantón Salcedo.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen las dependencias en las actividades diarias de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en la ansiedad de sus cuidadores en la fundación de niños especiales San miguel?

1.2.1. Contextualización

Macro

Los niños y niñas tienen derechos los cuales deben ser cumplidos por quienes los rodean, cuidadores o encargados, sin importar su condición física, mental, étnica y

situación geográfica, por lo cual no deben pasar necesidades y sentirse vulnerables como seres humanos.

Cantwell (1990), en su análisis sobre los artículos referente a la convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño hace una reflexión en el sentido de que en el “Art. 23 Niños impedidos: Los niños mental o físicamente impedidos tienen derecho a recibir cuidados, educación y adiestramiento especiales, destinados a lograr su autosuficiencia e integración activa en la sociedad” (p.12). Se puede entender que la preocupación a nivel mundial por el bienestar e integración de los niños y niñas con necesidades educativas especiales es de gran importancia, sin embargo estos artículos no son completamente aplicados y respetados por la sociedad.

Las cifras de la población de personas con necesidades educativas especiales a nivel mundial son puntuales según los datos obtenidos de la OMS (2013) el 15% de la población mundial sufre algún tipo de discapacidad es decir más de 1.000 millones de personas y las tasas siguen en aumento a su vez 110 y 190 millones de personas tienen dificultades para vivir normalmente. Mientras en América Latina y el Caribe alrededor de 85 millones de personas sufren algún tipo de discapacidad.

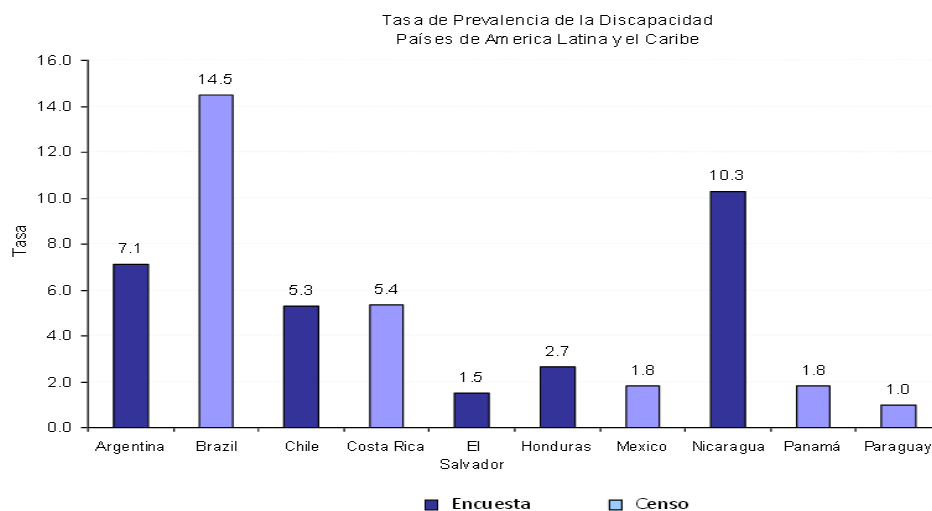


Gráfico 1 Tasa de prevalencia de discapacidad

Fuente: OMS, (varios)

Así también se toma como referencia al acceso a la educación por lo que se cita a la Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales: acceso y calidad, celebrado en Salamanca, España (1994) “De los 200 millones de niños que no tienen acceso a la educación en el mundo entero, un número considerable tiene necesidades educativas especiales” (p.12). Dado a estas cifras se puede evidenciar que no existen estudios rigurosos con referente a la población y cuidados de los niños con necesidades educativas especiales, tampoco se puede encontrar protocolos educativos para el manejo adecuado de los niños con necesidades educativas especiales, por lo que se denota bajo interés en los estándares educativos a nivel mundial teniendo un mismo lineamiento y no encontrando una acomodación integracional total.

Se sabe que todo ser humano tiene el derecho al acceso educativo sin restricción y discriminación por sus condiciones tanto físicas como psicológicas, ya que es una expectativa de condición humana y aceptación la que debe ser abordada y aceptada.

Rkoldan, Guglielmino, Coicaud, Segovia, (1996) afirman: “Se parte del supuesto de la discapacidad no solo involucra a personas, sino que debe ser entendida como fenómeno social. Para asumir esta problemática se requiere un cambio de actitud y un compromiso ideológico de respeto a la diversidad de la condición humana” (p.3). La definición de niños con necesidades educativas especiales se basa en aspectos básicos, sin embargo en los últimos años se ha tomado en cuenta otras expectativas para dar una definición más amplia con referencia a la inclusión y los accesos a la educación.

Antes se definía educación especial en función de los niños con una serie de problemas físicos, sensoriales, intelectuales o emocionales. Durante estos últimos 15 ó 20 años, ha quedado claro que el concepto de necesidades educativas especiales debía ampliarse a fin de incluir a todos los niños que, sea cual fuere el

motivo, no se benefician de la enseñanza la escolar (Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales 1994).

Referente a esta situación las expectativas para la inclusión se va abordando cada vez más y la atención frente a este gran problema va tomando forma.

Meso

A nivel del Ecuador se evidencia que organismos públicos y privados han dado importancia generando inclusión a nivel educacional, social, laboral y económico, defendiendo los derechos y la inclusión de las personas con distintos tipos de discapacidad, dando primordial importancia y abarcando un amplio contexto en el País referente a este tema, se puede encontrar estadísticas claras de personas quienes conforman una población con diferentes tipos de discapacidades en la que se toma como primordial las discapacidades psicológicas, a nivel nacional se han sacado cifras para una mejor visualización de los diferentes tipos de discapacidad en todo el Ecuador, está distribuido por provincias y sus cifras correspondientes dando una clara explicación de la situación en el país, así menciona el Consejo Nacional De Igualdad De Discapacidades (CONADIS, 2012). **Distribución de Discapacidades a Nivel Nacional.**

PROVINCIA	AU	FÍSICA	INTELE	LEN	PSI	VISUAL	TOTAL
AZUAY	257	14630	4911	358	638	2842	25953
BOLÍVAR	989	2250	1245	153	159	840	5636
CAÑAR	824	2981	1536	184	277	693	6495
CARCHI	824	2981	1536	184	277	693	6495
CHIMBORAZ	248	5207	2956	166	145	1191	12154
COTOPAXI	136	4008	2070	282	193	1165	9079
EL ORO	160	8120	5394	165	764	1843	17887
ESMERALDA	992	5936	3554	239	296	1627	12644
GALÁPAGOS	30	117	101	2	15	29	294
GUAYAS	851	38756	20343	904	2854	8988	80362
IMBABURA	222	4223	1759	143	336	1038	9725
LOJA	155	5016	4199	155	620	1501	13042
LOS RÍOS	122	9860	3737	250	385	1730	17190
MANABÍ	344	23473	5802	278	3240	5672	41913
MORONA	334	1858	965	116	169	640	4082

NAPO	491	1718	849	135	74	475	3742
ORELLANA	449	2159	756	115	186	924	4589
PASTAZA	334	1073	580	28	79	322	2416
PICHINCHA	791	23483	11083	713	2271	5954	51423
SANTA	965	4535	2068	82	162	801	8613
SANTO	971	5041	1961	103	401	1115	9592
SUCUMBÍOS	510	2283	1117	78	176	689	4853
TUNGURAHU	204	4223	2497	171	320	928	10182
ZAMORA	396	1555	823	63	95	362	3294
TOTAL	432	174796	81210	4958	1410	41916	360254

Tabla 1 Distribución de discapacidades a nivel nacional
Fuente: CONADIS

Se puede notar que el CONADIS tenga datos a nivel nacional de los diferentes tipos de discapacidades como lo señala la tabla N°1 en la que denota importancia por este tipo de personas al poner la atención adecuada para brindar un bienestar y estilos de vida adecuada con referente a sus necesidades.

Es importante reconocer al CONADIS frente al trabajo realizado a nivel nacional el cual da a conocer la importancia que va tomando en el país todas las personas que tienen algún tipo de discapacidad.

Micro

En la ciudad de Salcedo en la fundación de niños especiales San Miguel existen aproximadamente 100 niños con diferentes tipos de discapacidades por lo que las necesidades de cuidados son de diferente manera, en la actualidad se ha tomado en cuenta la atención a los niños por lo que a cada momento están en constante interacción buscando avances con diferentes tipos de terapias en la que se incluye psicología clínica.

Niños de 5 meses en adelante son los beneficiarios de la atención puesto a que también está abierto es para todo público y en la parte económica no se necesita de una gran suma, los precios son básicos ayudando así también a la colectividad al crecimiento e integración de los niños con capacidades educativas especiales junto a familiares o cuidadores que están a cargo de los mismos.

Se evidencia que hay Fundaciones o centros que brindan ayuda para este tipo de personas esto es necesario y básico en el desarrollo del ser humano tomando en cuenta las diferentes necesidades, también existen escuelas para niños con necesidades educativas especiales haciendo así más factible el trabajo para quienes requieren de una completa atención, refiriéndose a la integración de la colectividad frente a esta situación que la mayor parte de personas viven, uno de los propósitos por lo que la fundación de niños especiales San miguel en el cantón de “Salcedo” se formo es para ofrecer asistencia inmediata en situaciones críticas ayudando con diferentes tipos de trabajos centradas en las áreas cognitiva, motriz, física, fisiológica, psicológica, generando un grupo de trabajo constante que vigila por el bienestar de los pacientes.

Se entiende que en este cantón hay un gran interés por los niños con necesidades educativas especiales la cual ayuda a la sociedad a ser mejor e integrarse en este problema, en la que la exclusión ha formado parte del pasado pues este proyecto avanza y cada vez se hace más firme con buenos resultados.

A nivel de la provincia de Cotopaxi o del cantón no se obtienen cifras específicas sobre las personas con discapacidad sin embargo se considera que existen una mayoría los cuales asisten a algún tipo de terapia.

Árbol de problemas

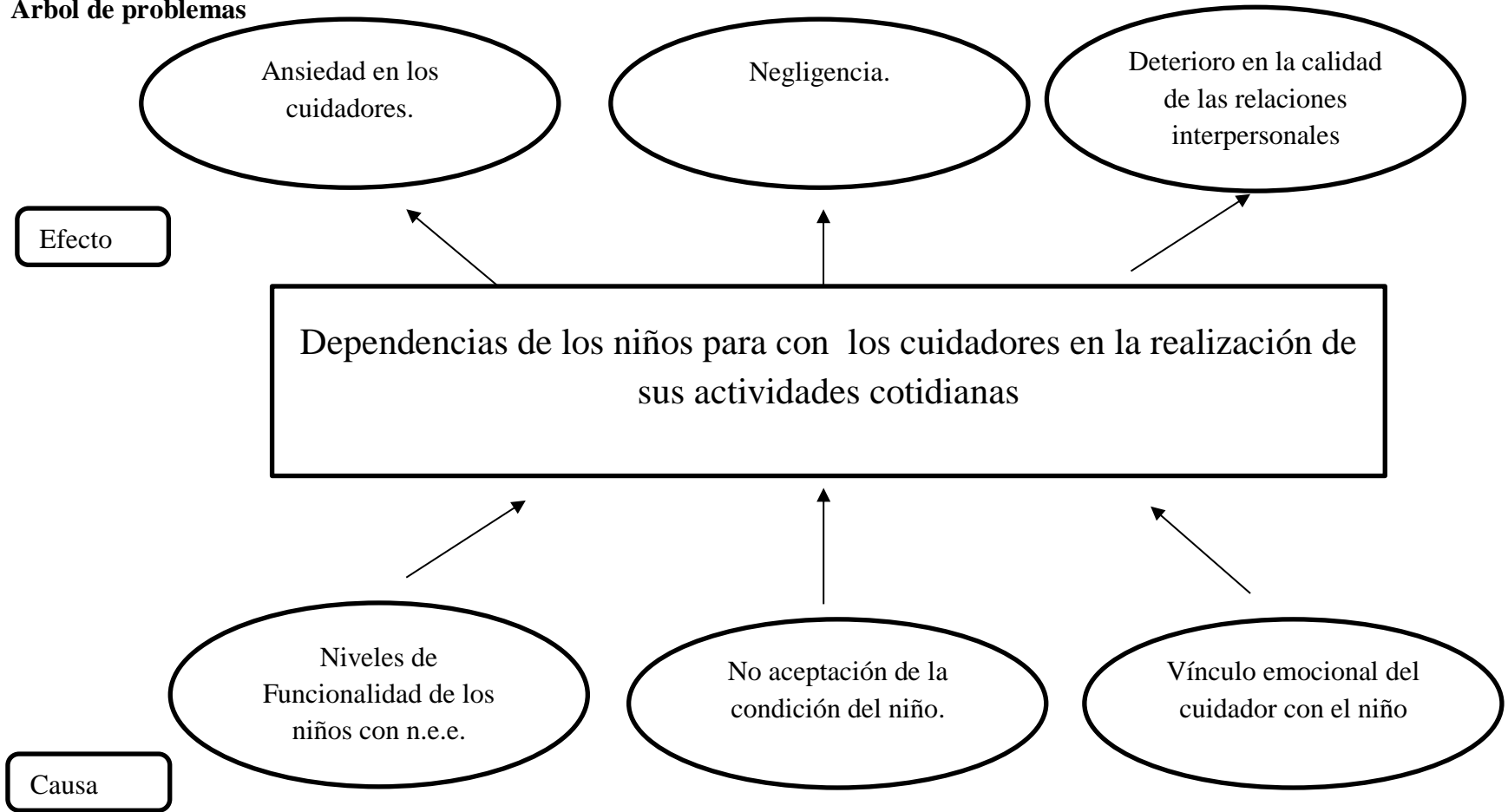


Gráfico 2

Elaborado por: Luis Chisaguano

1.2.2. Análisis crítico

La necesidad de la atención a los niños con capacidades educativas especiales se hace importante debido a que necesitan de más cuidados para un buen desarrollo, se tomó en cuenta el espacio donde se desenvuelven los niños y se observó cómo los cuidadores protegían a estos niños, más el impacto psicológico que tienen el cual les generaba ansiedad, todo esto dependió del grado de cuidado y el tiempo que dedicaban a los niños, se estableció parámetros para un cuidado adecuado y un bienestar dando la atención perteneciente para este tipo de situación.

El énfasis en este tipo de problema se dio porque se ha evidenciado las carencias de parte de los cuidadores y los niños con necesidades educativas especiales, creando un vacío que se llenó con un estudio minucioso logrando las metas y objetivos planteados para una mejor integración y se estableció así un equilibrio entre el cuidador y el niño, pues de esta manera se logró la inserción y equilibrio de las dos partes.

En consecuencia a los cuidados que brindaron las personas que interactúan con los niños especiales se presentó un malestar categorizado como ansiedad el cual afectó en el desenvolvimiento personal del individuo y cuidado del niño, este tipo de malestar se debió a la dependencia que tienen el niño con necesidades educativas especiales para el desenvolvimiento individual en áreas de la vida diaria, este malestar trajo consecuencias graves deteriorando al progreso del niño y de la persona encargada manteniendo en nivel bajo de salud mental entrando a la patología.

1.2.3. Prognosis

Si la problemática de estudio no es tomada en cuenta para solucionarlo se podría evidenciar deterioro a nivel funcional y personal de los niños con capacidades educativas especiales al igual que sus cuidadores; generando así en ellos un descuido

de las atenciones que deben brindar a los niños conllevando a una inadecuación y exclusión de la parte familiar.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen las dependencias en las actividades diarias de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en la ansiedad de sus cuidadores de la fundación de niños especiales San Miguel del cantón Salcedo?

1.2.5. Preguntas directrices

¿Qué niveles de dependencias en las actividades de la vida diaria tienen los niños y niñas con necesidades educativas especiales de la fundación de niños especiales San Miguel?

¿Cuál es el nivel de ansiedad que predomina en los cuidadores de los niños y niñas con necesidades educativas especiales de la fundación de niños especiales San Miguel?

¿Es posible elaborar una solución o una propuesta al problema planteado en la fundación de niños especiales San Miguel del cantón Salcedo?

1.2.6. Delimitación del problema

1.2.6.1. Delimitación del contenido

Campo: Psicología Clínica.

Área: Intervención psicoterapéutico.

Aspecto: Problema familiares.

1.2.6.2. Delimitación espacial

Fundación de niños especiales San Miguel del cantón Salcedo.

1.2.6.3. Delimitación temporal

La investigación se realizó en los meses de julio del 2013 a Enero del 2014.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es sobre los niveles de ansiedad de las personas que brindan atención a los niños y niñas con necesidades educativas especiales.

Fue de suma importancia porque buscó contribuir a nivel científico más estudios sobre la problemática expuesta por el mismo hecho que con referente al tema en el país no se ha levantado un interés por la sociedad y se ha ignorado la problemática, esto ayuda a favorecer a la psicología para un abordaje futuro actualizando los conocimientos, contribuyendo a la sociedad para intervenciones venideras y la no prolongación del problemas siendo tratada a tiempo y provocando la inmersión de la misma en el tema planteado enriqueciéndola a nivel cultural, esto hace que los niños con NEE tengan más oportunidades de salida y avance en referente a las limitaciones a nivel de creencia que tenían sus cuidadores dando un amplio campo de información en si a todos quienes estaban inmersos en la interacción con niños.

Debido a esto el tema de investigación es original por los beneficios que generan a los cuidadores y niños con NEE, permite trabajar con la población vulnerable, ante un tema que puede ser muy común en la población con niños especiales y cuidadores o familiares cercanos debido a que la atención que necesitan requiere de tiempo, paciencia y la predisposición, pues así no se ha tomado muy en cuenta el bienestar físico o psicológico de las personas que están en frente de los niños y se encargan del su cuidado.

Este proyecto fue factible gracias a la consideración y la disposición de las autoridades y quienes conformaban la FUNESAMI, también se contó con los instrumentos necesarios para la valoración e intervención del mismo; puesto a que el problema existió y se utilizó este tipo de investigación para solucionarlo.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Correlacionar las dependencias en las actividades diarias de los niños y niñas con necesidades educativas especiales y la influencia en la ansiedad de sus cuidadores en su asistencia en la fundación de niños especiales San Miguel.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de dependencia en las actividades de la vida diaria que tienen los niños y niñas con necesidades educativas especiales.
- Detectar los niveles de ansiedad presentes en los cuidadores de los niños con necesidades educativas especiales.
- Elaborar una propuesta de solución para los involucrados que presentaran ansiedad como consecuencia de la asistencia a los niños con necesidades educativas especiales en la fundación de niños especiales San Miguel.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Según investigaciones anteriores referente a la ansiedad y personas con discapacidad aquí se cita varios autores para una mejor visualización del tema.

En estudios realizados se encontró que la salud del niño afecta a los padres y más cuando se trata de un niño con discapacidad, a esto se suma la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida del cuidador, también vincula que la falta de conocimiento sobre la enfermedad o lo que padece el niño puede aumentar el grado de ansiedad. (Basaran, Karadavud, Uneri, Balboloqui y Atasoy. 2010)

(Basaran etc al. 2013) En un estudio con cuidadores de niños con parálisis cerebral en el que se tomó en cuenta la calidad de vida, la salud mental y el desgaste, en referente a otros cuidadores de niños con desarrollo normal, encontró que los cuidadores de niños con discapacidad presentaron peor calidad de vida, deterioro en su salud mental y mucho desgaste el cual va en aumento si el nivel de deterioro funcional del niño aumenta.

Otro estudio en Japón sobre la relación entre la percepción de salud la carga del cuidador de niños con discapacidad intelectual y las actividades sociales productivas, se dio a conocer que las madres con mayor carga tenían peor autopercepción de salud, a diferencia de madres que participaron en actividades sociales productivas. (Yatsugi, Suzukamo y Izumi, 2013)

Por otra parte en trabajos de Tesis de la Universidad Técnica Ambato se encuentra que Romero (2009):

Los resultados en relación a la ansiedad, indican que la prevalencia del nivel de ansiedad leve incide en la calidad disminuida de atención (60%); en la línea variable moderada incide 80% y en oscilación un 20%; mientras que el nivel de ansiedad moderada incide el 100% en la calidad disminuida de atención, 100% en variación de la línea de tiempo de atención sostenida y 50% en oscilación, todos ellos con referencia a ansiedad psíquica. (p.58)

(Pico, 2011) concluye que:

La influencia de la discapacidad en la dependencia emocional es del 75% en personas de 18 a 25 años que acuden a la unidad regional de discapacidades (p.113)

(Guachilema, 2011) deduce que:

Con relación a la interpretación de resultados se aprecia que un total de 70.33% de los estudiantes tanto del primero como del segundo semestre de la carrera de psicología clínica de la facultad ciencias de la salud de la universidad técnica de Ambato ha experimentado algún nivel de ansiedad siendo el más sobresaliente el nivel de ansiedad moderada con un total de 25,27% de la población seguido del nivel de ansiedad leve con un 23,07%, con un nivel de ansiedad grave 21,99% y tan solo el 29,67% de los estudiantes de primero y segundo semestre no han experimentado ningún tipo de síntoma psíquico o físico de ansiedad. (p.97)

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El presente trabajo investigativo está enmarcado dentro del paradigma crítico-propositivo, ya que determinará la necesidad de realizar una crítica a los problemas que presentan el manejo de los diferentes niveles de funcionalidad de los niños con necesidades educativas especiales como: caminar, comer, masticar, oír, gustar, hablar, moverse, entre otros, siendo uno de ellos provocadores de la ansiedad en los cuidadores, a partir de ello presentar alternativas de solución por medio de una propuesta que se enfoque directamente en la reducción de la sintomatología ya mencionada.

Es crítico porque se realiza un cuestionamiento a los niveles de funcionalidad de los niños con necesidades educativas especiales y como este elemento influencia en la ansiedad en los cuidadores y propositivo porque este proyecto se camina además en el planteamiento de alternativas y solución al problema, por el mismo hecho que en la fundación para niños especiales San Miguel se ha visto la deficiencia de funcionalidad por lo que muchas de los cuidadores han presentado grados de ansiedad frente a esta situación siendo uno de los temas más importantes de los cuales se debe empezar con este tipo de investigación.

2.3. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA

En contexto la necesidad de poder hacer este estudio es para identificar los niveles de ansiedad que tiene el cuidador de niños con necesidades educativas especiales teniendo más influencia en niños con problemas avanzados como microcefalia y retraso mental grave, en consecuencia a la atención y el tiempo que deben brindar para su bienestar, en resultado ha esto las personas encargadas del cuidado pueden adquirir patologías alcanzando un estado de desequilibrio psicológico, en resultado a esto se puede intervenir para crear nuevos modelos de

procesamiento de la información y promover la salud mental, esto beneficiara tanto a los cuidadores y a sus encargados mejorando las áreas físicas y psicológicas la cual dará como resultado conductas adecuadas ante las situaciones futuras.

2.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

En referencia a este acápite se toma en cuenta el modelo terapéutico Eye Movement desensitization and reprocessing (EMDR) Francine Shapiro, quien afirma que los traumas aparecen en edades tempranas, pues esta información quedan almacenadas, causando un sin fin de patologías por ejemplo el Trastornos de estrés postraumático, Trastornos de ansiedad, etc.

Según Francine Shapiro (2004) “En esencia y gracias al método EMDR, la información disfuncional sufre una transformación espontánea tanto en forma como en significado —incorporando perspicacias y sentimientos o emociones que resulten enriquecedores y no autodenigrantes, para el cliente.” (p.xviii).

En consecuente a esto se puede tomar en cuenta que la ansiedad causa varios síntomas que afectan a su vida psíquica y física, causando daños a largo plazo en el comportamiento de las personas, lo que significa que van agravándose mientras no son atendidos o no tienen una guía adecuada para poder conllevar la situación.

Sin embargo con EMDR se puede ayudar al cliente a obtener resultados positivos y aumentar los niveles de resiliencia, aprender por si mismos a sobrellevar las situaciones que los afecta con nuevas herramientas que enriquecen su personalidad frente a las situaciones así llevar una vida sana y equilibrada.

2.5. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Tomando en cuenta la ley Orgánica de discapacidades se citara varios artículos que difunden la protección de las personas con distinto tipo discapacidad.

CAPÍTULO PRIMERO

Del objeto, ámbito y fines

Art. 1.- Objeto.- La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se derivaren de leyes conexas, con enfoque de género, generacional e intercultural.

Art. 2.- Ámbito.- Esta Ley ampara a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano; así como, a las y los ecuatorianos en el exterior; sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, su cónyuge, pareja en unión de hecho y/o representante legal y las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención, protección y cuidado de las personas con discapacidad.

El ámbito de aplicación de la presente Ley abarca los sectores público y privado.

Las personas con deficiencia o condición discapacitante se encuentran amparadas por la presente Ley, en lo que fuere pertinente.

Art. 3.- Fines.- La presente Ley tiene los siguientes fines:

1. Establecer el sistema nacional descentralizado y/o desconcentrado de protección integral de discapacidades;

2. Promover e impulsar un subsistema de promoción, prevención, detección oportuna, habilitación, rehabilitación integral y atención permanente de las personas con discapacidad a través de servicios de calidad;

3. Procurar el cumplimiento de mecanismos de exigibilidad, protección y restitución, que puedan permitir eliminar, entre otras, las barreras físicas,

actitudinales, sociales y comunicacionales, a que se enfrentan las personas con discapacidad;

4. Eliminar toda forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso de autoridad por razones de discapacidad y sancionar a quien incurriere en estas acciones;

5. Promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos; y,

6. Garantizar y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados.

Capítulo segundo

De los principios rectores y de aplicación

Art. 4.- Principios fundamentales - La presente normativa se sujeta y fundamenta en los siguientes principios:

1. No discriminación: ninguna persona con discapacidad o su familia puede ser discriminada: ni sus derechos podrán ser anulados o reducidos a causa de su condición de discapacidad.

La acción afirmativa será toda aquella medida necesaria, proporcional y de aplicación obligatoria cuando se manifieste la condición de desigualdad de la persona con discapacidad en el espacio en que goce y ejerza sus derechos: tendrá enfoque de género, generacional e intercultural:

2. In dubio pro hominem: en caso de duda sobre el alcance de las disposiciones legales, éstas se aplicarán en el sentido más favorable y progresivo a la protección de las personas con discapacidad:

3. Igualdad de oportunidades: todas las personas con discapacidad son iguales ante la ley. Tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna. No podrá reducirse o negarse el derecho de las

personas con discapacidad y cualquier acción contraria que así lo suponga será sancionable:

4. Responsabilidad social colectiva: toda persona debe respetar los derechos de las personas con discapacidad y sus familias, así como de conocer de actos de discriminación o violación de derechos de personas con discapacidad está legitimada para exigir el cese inmediato de la situación violatoria. La reparación integral del derecho vulnerado o anulado, y la sanción respectiva según el caso:

5. Celeridad y eficacia: en los actos del servicio público y privado se atenderá prioritariamente a las personas con discapacidad y el despacho de sus requerimientos se procesarán con celeridad y eficacia:

6. Interculturalidad: se reconoce las ciencias, tecnologías, saberes ancestrales, medicinas y prácticas de las comunidades, comunas, pueblos y nacionalidades para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad de ser el caso:

7. Participación e inclusión: se procurará la participación protagónica de las personas con discapacidad en la toma de decisiones, planificación y gestión en los asuntos de interés público, para lo cual el Estado determinará planes y programas estatales y privados coordinados y las medidas necesarias para su participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad:

8. Accesibilidad: se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales: así como, la eliminación de obstáculos que dificulten el goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y se facilitará las condiciones necesarias para procurar el mayor grado de autonomía en sus vidas cotidianas:

9. Protección de niñas, niños y adolescentes con discapacidad: se garantiza el respeto de la evolución de las facultades de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad; y,

10. Atención prioritaria: en los planes y programas de la vida en común se les dará a las personas con discapacidad atención especializada y espacios preferenciales, que respondan a sus necesidades particulares o de grupo.

La presente normativa también se sujeta a los demás principios consagrados en la Constitución de la República, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y demás tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos.

Título II

De las personas con discapacidad, sus derechos, garantías y beneficios

Capítulo primero

De las personas con discapacidad y demás sujetos de ley

Sección primera

De los sujetos

Art. 5.- Sujetos.- Se encuentran amparados por esta Ley:

a) Las personas con discapacidad ecuatoriana o extranjera que se encuentren en el territorio ecuatoriano;

b) Las y los ecuatorianos con discapacidad que se encuentren en el exterior, en lo que fuera aplicable y pertinente de conformidad a esta Ley;

c) Las personas con deficiencia o condición discapacitante, en los términos que señala la presente

Ley;

d) Las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho, representante legal o las personas que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad; y,

e) Las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención y cuidado de personas con discapacidad, debidamente acreditadas por la autoridad competente.

Art. 6.- Persona con discapacidad.- Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento.

Los beneficios tributarios previstos en esta ley, únicamente se aplicarán para aquellos cuya discapacidad sea igual o superior a la determinada en el Reglamento.

El Reglamento a la Ley podrá establecer beneficios proporcionales al carácter tributario, según los grados de discapacidad, con excepción de los beneficios establecidos en el Artículo 74.

Art. 7.- Persona con deficiencia o condición discapacitante.- Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos.

2.6. RED DE CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

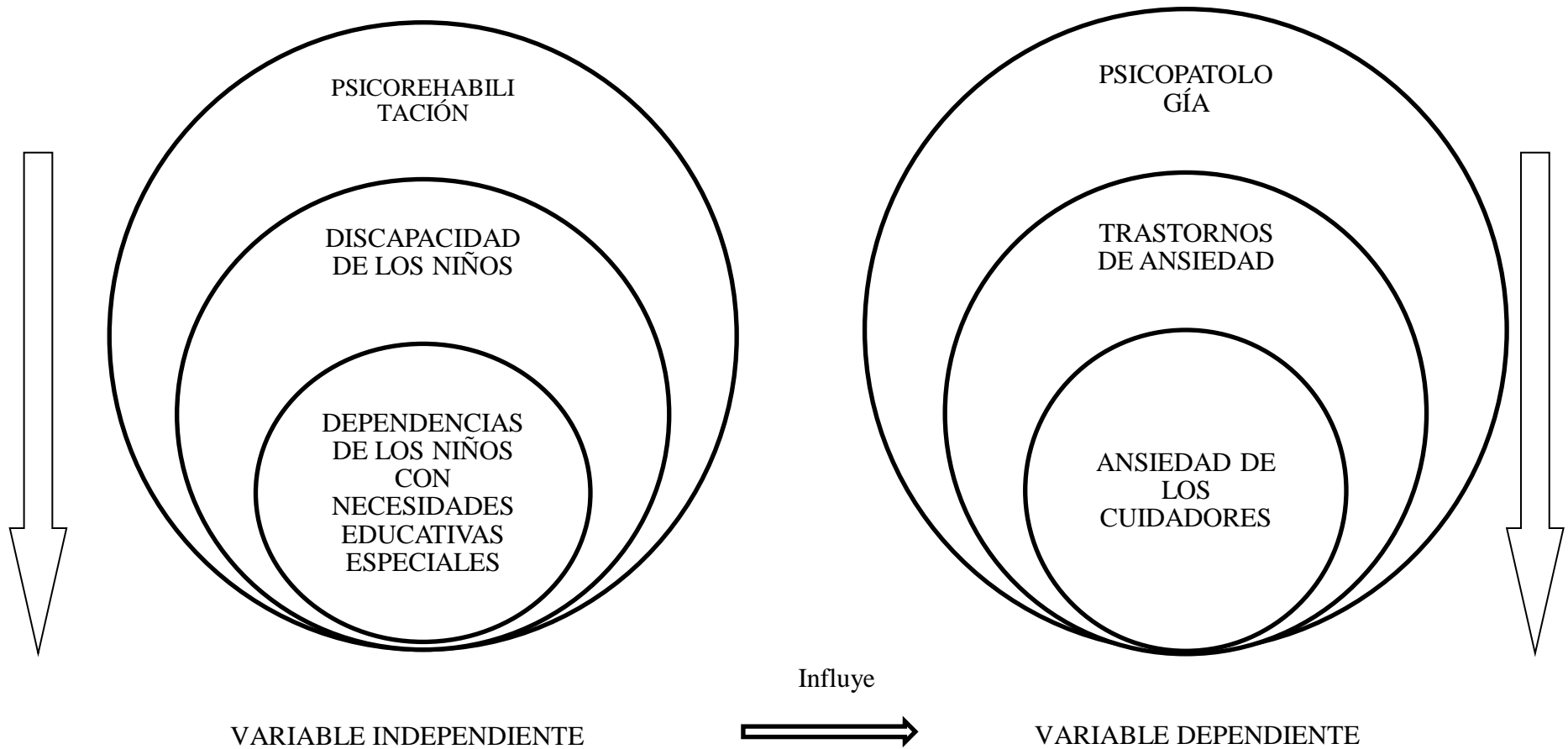


Gráfico 3
Red de inclusiones conceptuales
Elaborado por: Luis Chisaguano

CONSTELACIÓN DE IDEAS VARIABLE INDEPENDIENTE

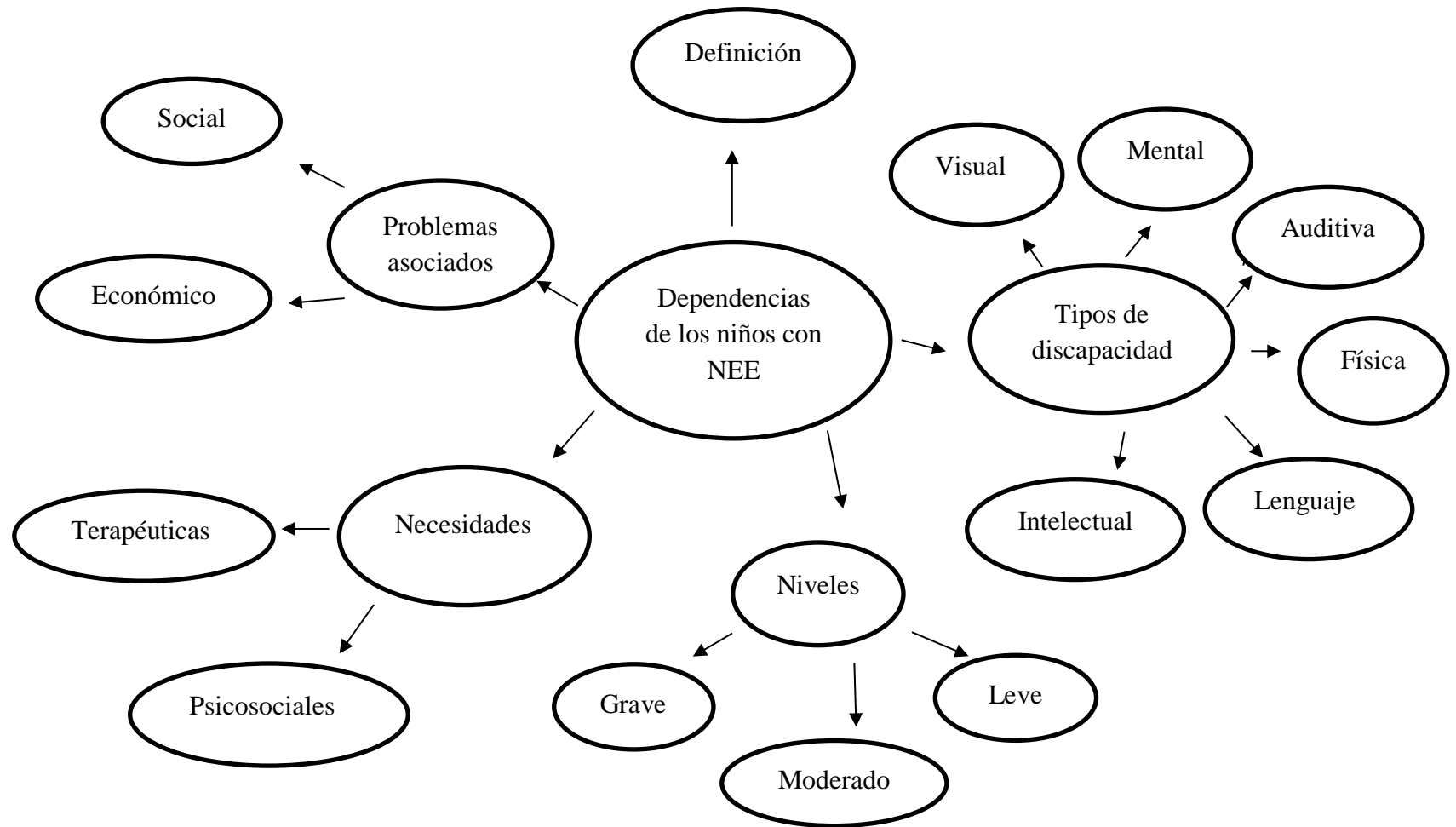


Gráfico 4
Constelación de ideas variable independiente
Elaborado por: Luis Chisaguano

CONSTELACIÓN DE IDEAS VARIABLE DEPENDIENTE

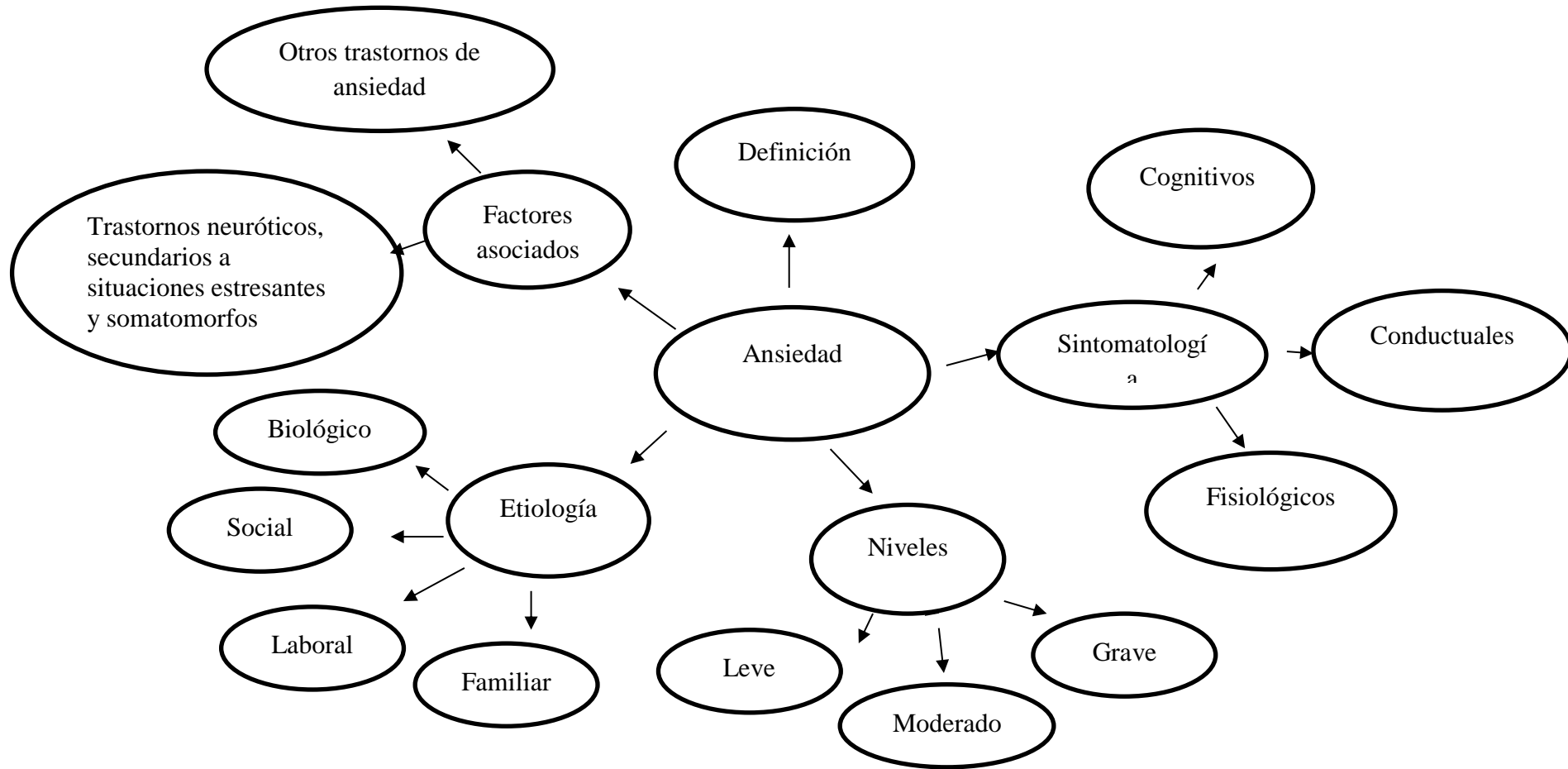


Gráfico 5
Constelación de ideas variable dependiente
Elaborado por: Luis Chisaguano

MARCO TEÓRICO

2.7. EDUCACIÓN ESPECIAL

La Educación especial en niños con necesidades educativas especiales se fundamenta en la pedagogía englobando todas las habilidades y desarrollo del niño, encargándose de la enseñanza y diferentes formas de aprendizaje utilizando vías distintas para su asimilación en la que su aplicación es individual reforzando la capacidad de percepción y la adquisición del conocimiento del niño junto al trabajo de la adaptación en el ambiente donde se desarrolla, por esta razón no se le puede dar una definición clara en la que varios autores la definen de diferente manera tomando como principal la individualidad, la corrección, los trastornos físicos y mentales así menciona Muller (Citado en Sánchez ,1994):

Da esta definición, advirtiéndole el carácter interdisciplinar de la misma. De este modo, la Educación Especial es la «sistematización pedagógica interdisciplinar, con gran apoyatura médica, que tiene por objeto el perfeccionamiento del sujeto discapacitado, dentro de las limitaciones señaladas de la defectología, mediante una acción rehabilitadora global y personalista, que le predisponga para el pasaje o retorno a la humanidad receptivo de valores, responsable e independiente». (p.31)

Desde este punto de vista se puede decir que la educación especial está centrada en la rehabilitación de la persona con discapacidad buscando el mejoramiento personal para el alcance de su independencia y la reinserción del mismo, dentro de la educación especial esta la psicorehabilitación que se utiliza para mejorar y reforzar las habilidades de las personas desde la perspectiva psíquica, la adquisición de conocimiento y habilidades. La psicorehabilitación se encarga de fomentar áreas específicas donde busca reforzar y mantener habilidades para un mejor funcionamiento del niño así logrando una reinserción a nivel escolar, familiar y social.

Así lo define Rivas (2011):

Etimológicamente rehabilitar significa “Hacer hábil de nuevo”, “dar la habilidad perdida”, por lo tanto constituye un proceso compensador multidisciplinar que exige la intervención de diversas disciplinas y el uso de un equipo humano altamente integrado, a fin de lograr en el paciente rehabilitado la máxima compensación y eficacia en sus áreas física, sensorial, psicológica, emocional, educativa, laboral, inclusión, y salud mental. (p.5)

Darle una definición a la psicorehabilitación es limitar el campo de la misma debido a que abarca un campo amplio centrado en el aprendizaje y reaprendizaje estimulando áreas neuronales creando nuevos preceptos psíquicos y fisiológicos.

De esta manera la psicorehabilitación se aplica en diferentes campos de acuerdo a las necesidades del profesional que utiliza esta herramienta terapéutica, en este caso se habla de los niños con necesidades educativas especiales donde comúnmente se utiliza.

Necesidades educativas especiales

Los niños con necesidades educativas especiales son quienes necesitan de cuidados y atención centrada e individual por las limitaciones que se presentan a nivel sensorial, psicológico, intelectual y física de este modo su puede decir que estas

personas tienen algún tipo de discapacidad o a su vez su capacidad excede más de lo normal así define la red chilena de terapeutas ocupacionales citando a Marchesi (1990) define una necesidad educativa especial "cuando un niño presenta algún problema de aprendizaje a lo largo de su escolarización que demande una atención específica y mayores recursos educativos de los necesarios para compañeros de su edad" (p.50). Así también la discapacidad se hace presente aquí una definición de discapacidad así expone Rivas (2011):

Hace referencia a una restricción o carencia de la capacidad de realizar una actividad de la misma forma que se la considera normal para un ser humano. Cuando decimos que una persona no puede hablar, no puede andar, habla con dificultad o camina con dificultad estamos hablando de discapacidad. (p.9)

Tomando en referencia lo citado destaca la restricción o carencia de la capacidad para realizar algún tipo de actividad, de este modo la discapacidad es un limitante del desenvolvimiento humano según el MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR en la dirección nacional de discapacidades rehabilitación y cuidados especiales califica estos tipos de discapacidad como: auditiva, física, intelectual, lenguaje, mental y visual; donde cada uno de estos se manifiesta de manera diferente por factores varios como: genético, ambiental, consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas, negligencia médica, complicaciones prenatal, natal y posnatal.

De esta manera se tomara en cuenta el manual VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE MINUSVALÍA (VM) (2000) que utiliza el MSP DEL ECUADOR (2013) para la calificación y diagnóstico de los diferentes tipos de discapacidad.

El tomar en cuenta las personas con discapacidad requieren de esfuerzo y atención por el hecho que no pueden realizar sus actividades diarias con normalidad donde aparece la dependencia y quienes están al cuidado de ellos deben proporcionar

esa ayuda necesaria para la realización de sus actividades, esto va de acuerdo al grado y tipo de discapacidad que tenga el niño o niña.

2.7.1 DEPENDENCIA

En referencia a la discapacidad la dependencia se hace presente, citando el Instituto de derechos humanos Bartolomé de las Casas a la LEPA (2010) define la dependencia como:

Un estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. (p.51)

La cual varía de acuerdo al tipo de discapacidad y grado en el que se encuentra el niño o niña necesitando del cuidador. El ministerio de trabajo y asuntos sociales (Citado por Clavijo, Fernández, Rodríguez, Patiño, Ales, Gonzales, Pérez, Junquera, Ribes, Reina, 2005) afirman:

La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal. (p.230)

En consecuencia a la dependencia es necesario tomar en cuenta las actividades de la vida diaria debido a que está directamente ligada con las personas que tienen algún tipo de discapacidad por el ambiente en el que se desarrollan y las necesidades que presentan, así lo define a las actividades de la vida diaria “Aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social”.

De esta manera las áreas tomadas en cuenta para las actividades de la vida diaria según la Clasificación Internacional de la Salud, la Discapacidad y el Funcionamiento (CIF, 2001) clasifican:

Aprendizaje y utilización del conocimiento', experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación de conocimiento, resolución de problemas y toma de decisiones.

Tareas y demandas generales: realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés.

Comunicación: recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

Movilidad: cambiar y mantener la posición del cuerpo; llevar, mover y usar objetos; andar y moverse y desplazarse utilizando medios de transporte.

Autocuidado: lavarse y secarse, cuidado del propio cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud.

Vida doméstica: conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades; tareas del hogar (limpiar y reparar el hogar, cuidar los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas.

Interacciones y relaciones interpersonales: llevar a cabo interacciones interpersonales, particulares y generales de manera adecuada al contexto y entorno social.

Áreas principales de la vida: educación, trabajo y empleo, y vida económica.

Vida comunitaria, social y cívica: participación en la vida social fuera del ámbito familiar. (p.269)

Todas estas áreas están ligadas a las actividades de la vida diaria donde las características de cada una comprenden de aspectos que engloba al ser humano para

el desenvolvimiento pleno. Así toma en cuenta el Índice de Katz (Valoración de las actividades diarias), donde la dependencia e independencia en las actividades de la vida diaria tiene una categorización de seis ítems el cual es fundamental para la valoración el cual es:

Alimentación

Continencia

Movilidad

Uso del retrete

Vestimenta

Baño

Así mismo la interpretación va de A que significa independiente para todas las actividades a la G dependiente en todas las funciones. De esta manera se cita los diferentes tipos de discapacidad según el MSP del Ecuador en la Dirección Nacional de discapacidades Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud son: Auditiva, Física, Intelectual, Lenguaje, Mental y Visual.

Cada uno tiene una subdivisión según el MSP basándose en el manual Valoración de Minusvalía y las categorías van de acuerdo a sus funciones y desenvolvimiento en la parte social, individual, escolar, conductual, laboral y lenguaje, a su vez el porcentaje está basado por sus capacidades y habilidades en lo ya mencionado.

2.8. TIPOS DE DISCAPACIDAD

Visual

En correspondiente a este tipo de discapacidad se describirá un fragmento de las normas para la calificación de la deficiencia visual IMSERSO (2000):

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE DEFICIENCIAS VISUALES

1. Sólo serán objeto de valoración los déficits visuales definitivos, es decir, aquellos no susceptibles de tratamiento y recuperación o aquellos en los que ya se hayan realizado todos los mecanismos de tratamiento existentes.

2. Las variables a tener en cuenta son las que se derivan de la disminución de la función visual. Y la función visual viene determinada, fundamentalmente, por la agudeza visual y el campo visual.

2. 1. La *agudeza visual* (es decir, el máximo u óptimo poder visual del ojo) puede poseerla el ojo espontáneamente o con corrección óptica.

La agudeza visual deriva de la función macular y la mácula es la zona central de la retina, en la que radica la posibilidad de la discriminación visual fina perfecta; desde este centro de la retina hasta su periferia la sensibilidad retiniana va disminuyendo.

La visión cercana siempre es buena si existe una buena agudeza visual de lejos. Sus defectos, si los hubiese, dependerían de una falta de enfoque en la retina y éste se puede lograr con tratamiento o corrección óptica.

2. 2. *El campo visual* es el espacio en el que están situados todos los objetos que pueden ser percibidos por el ojo estando éste fijo en un punto delante de él, es decir, sin moverse y en posición primaria de mirada. Sus límites máximos son de alrededor de 60° en el sector superior, 60° en el sector nasal, 70° en el sector inferior y 90° en el sector temporal. (p.215)

Auditiva

Como bien lo dice se habla de las patologías provocadas por la pérdida permanente auditiva y el porcentaje de acuerdo a la pérdida total o parcial de la audición, se describe las pautas según IMSERSO (2000):

PERDIDA DE AUDICIÓN

1. Únicamente serán objeto de valoración los trastornos permanentes de la audición.

2. El porcentaje de deficiencia por pérdida auditiva se basará en la pérdida de audición binaural.

La disminución de la audición se mide valorando la pérdida en decibelios en las cuatro frecuencias en que habitualmente se desarrolla la comunicación humana: 500, 1.000, 2.000 y 3.000 Hz.

3. Cuando al paciente le haya sido aplicado un implante coclear, la valoración de la deficiencia se realizará de acuerdo con la función auditiva residual que presente una vez concluida la rehabilitación, teniendo en cuenta que el porcentaje de discapacidad asignado nunca podrá ser inferior al 33%.

4. La presencia de acúfenos se valorará según los criterios establecidos en este capítulo para la pérdida auditiva, si se acompañan de hipoacusia.

Si no existe pérdida auditiva, se valorará únicamente la repercusión psicológica en caso de que ésta exista.

5. El porcentaje de discapacidad asignado por la deficiencia auditiva será combinado con el que corresponda a la deficiencia del lenguaje, en el caso de que ésta exista. (p. 229)

PERDIDA DE AUDICIÓN MONOAURAL

No se considerará pérdida auditiva cuando el umbral de audición sea de 25 db o menor. A partir de esta cifra, a cada db de pérdida se le aplicará un porcentaje del 1,5% de disminución de audición; por lo tanto, una hipoacusia con un nivel de audición de 91,7 db se considerará ya una pérdida del 100%.

Para la determinación de la pérdida de audición monoaural se sumarán los umbrales de audición en las frecuencias 500, 1.000, 2.000 y 3.000, obteniéndose por medio de la Tabla 1 las correspondencias, en porcentaje, de pérdida auditiva.

Tabla 1: Conversión del nivel estimado de audición en porcentaje de pérdida auditiva

Monoaural									
SNDA*	%	SNDA*	%	SNDA*	%	SNDA*	%	SNDA*	%
100	0.0	155	20.6	210	41.2	265	61.9	320	82.5
105	1.9	160	22.5	215	43.1	270	63.8	325	84.4
110	3.8	165	24.4	220	45.0	275	65.6	330	86.2
115	5.6	170	26.2	225	46.9	280	67.5	335	88.1
120	7.5	175	28.1	230	48.9	285	69.3	340	90.0
125	9.4	180	30.0	235	50.5	290	71.2	345	90.9
130	11.2	185	31.9	240	52.5	295	73.1	350	93.8
135	13.1	190	33.8	245	54.4	300	75.0	355	95.6
140	15.0	195	35.6	250	56.2	305	76.9	360	97.5
145	16.9	200	37.5	255	58.1	310	78.8	365	99.4
150	18.8	205	39.4	260	60.0	315	80.6	368 o >	100.0

(p. 231)

PERDIDA DE AUDICIÓN BINAURAL

Se determinará por la formula siguiente:

$$5 \times (\% \text{ pérdida en el mejor oído}) + \% \text{ pérdida en el peor oído}$$

6

Derivada de esta fórmula se obtiene la Tabla 2, en la que se considera la suma de umbral de las frecuencias antes citadas en el mejor y peor oído.

La conversión del porcentaje de deficiencia auditiva binaural en porcentaje de discapacidad se obtendrá aplicando la Tabla 3. (p.232)

Tabla 3: Correspondencia entre la pérdida binaural y el porcentaje de discapacidad

% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad	% Pérdida de audición binaural	% discapacidad
0-1,6	1	16,1-17,6	11	32,6-35	21	59,6-64	31
1,7-3,2	2	17,7-19,2	12	35,1-37,5	22	64,1-68,5	32
3,3-4,8	3	19,3-20,8	13	37,6-40	23	68,6-73	33
4,9-6,4	4	20,9-22,4	14	40,1-42,5	24	73,1-77,5	34

6,5-8	5	22,5-23,9	15	42,6-45	25	77,6-81,9	35
8,1-9,6	6	24-25,4	16	45,1-47,5	26	82-85,6	36
9,7-11,2	7	25,5-26,9	17	47,6-50	27	85,7-89,2	37
11,3-12,8	8	27-28,4	18	50,1-52,5	28	89,3-92,8	38
12,9-14,4	9	28,5-29,9	19	52,6-54,9	29	92,9-96,4	39
14,5-16	10	30-32,5	20	55-59,5	30	96,5-100	40

(p.235)

Física

En este punto se evalúa todos lo relacionado a la parte física, en referencia al cuerpo humano en el que consta de sistema musculoesquelético, sistema nervioso, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematopoyético, aparato digestivo, aparato genitourinario, sistema endocrino, piel y anejos, neoplasia, a continuación se da una breve descripción de lo ya mencionado.

Así describe IMSERSO (2000):

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Este Capítulo se divide en secciones relativas a la extremidad superior, la extremidad inferior y la columna vertebral. En ellas se describen y recomiendan métodos y técnicas para determinar las deficiencias debidas a amputación, restricción del movimiento, anquilosis, déficits sensoriales o motores, neuropatías periféricas y vasculopatías periféricas. Se incluyen también tablas con estimaciones de deficiencias relacionadas con trastornos específicos de las extremidades superior e inferior y de la columna. (p.29)

SISTEMA NERVIOSO

En este Capítulo se aportan criterios para la valoración de la discapacidad debida a disfunción del sistema nervioso.

Para la valoración de discapacidades derivadas de deficiencias motóricas y sensoriales se han seguido las pautas propuestas por la American Medical Association (Cuides to the Evaluation of Permanent Impairment, 4.^a edición, junio 1993).

En primer lugar se dan normas de carácter general para la valoración de discapacidades derivadas de patologías neurológicas. En segundo lugar se aportan pautas y criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad en alteraciones encefálicas, de pares craneales, médula espinal, sistema nervioso periférico y sistema nervioso autónomo, respectivamente. (p.101)

APARATO RESPIRATORIO

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de la discapacidad producida por deficiencias del aparato respiratorio, consideradas desde el punto de vista de la alteración de la función respiratoria, en la mayor parte de los casos cuantificable mediante pruebas objetivas. (p.115)

PIEL Y ANEJOS

En este capítulo se proporcionan criterios para la valoración de las deficiencias de la piel en relación con las funciones que desempeña.

Se establecen en primer lugar las normas de carácter general sobre cómo y en qué supuestos debe realizarse la evaluación de las deficiencias de la piel. En segundo lugar se determinan los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad que corresponde en cada caso. (p.203)

De esta manera se ha citado algunos de los problemas relacionados con la parte física.

Lenguaje

A continuación todo lo relacionado en trastornos del lenguaje las que provocan discapacidad según IMSERSO (2000):

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE/ HABLA/ VOZ

1. Trastornos del desarrollo del lenguaje:

1.1. Primarios:

Dislalia funcional.

Retraso del habla (leve, moderado).

Retraso del lenguaje (leve, moderado).

Disfasia (receptiva y/o expresiva).

1.2. Secundarios a:

Hipoacusia.

Retraso mental.

Alteración psiquiátrica.

Alteración neurológica (disartria del desarrollo).

Alteración morfológica (disglosia).

2. Trastornos del lenguaje establecido

2.1 Afasias (del adulto o infantiles).

2.2 Hipoacusias postlocutivas.

2.3. Asociados a síndromes psiquiátricos.

2.4. Asociados a deterioro neuropsicológico (demencias).

3. Trastornos que afectan al habla o la voz:

3.1. Disfonías.

3.2 Disfemias.

3.3 Disartrias del adulto. (p.243-244)

Intelectual

La parte intelectual se refiere al retraso mental donde el niño no adquiere las capacidades adecuadas y habilidades en la edad apropiada para un desenvolvimiento individual.

El instituto de migraciones y servicios sociales (IMSERSO) (2000) define al retraso mental como:

Retraso Mental, definido como capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones de la capacidad adaptativa referidas a cómo afrontan los sujetos las actividades de la vida diaria y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria. (p.261)

En consecuencia a esta definición se entiende que el retraso mental refiere en las actividades diarias afectando la individualidad del niño, no obstante para la adquisición de un diagnóstico toma como referencia varias áreas así menciona el IMSERSO (2000) “Para su correcta evaluación se han agrupado en rasgos relativos a las áreas definidas como: Psicomotricidad-Lenguaje, Habilidades de Autonomía Personal y Social, Proceso Educativo, Proceso Ocupacional Laboral y Conducta, que se desarrollan en cada uno de los grados de Retraso Mental.” (p.261).

En este acápite se puede observar el CI y las características de cada una de las diferentes áreas que se toma en cuenta para un diagnóstico y reconocimiento de la capacidad intelectual límite, es importante recalcar que la persona que presenta este tipo de discapacidad intelectual aún puede desarrollarse independientemente en sus actividades diarias sociales, educativas, laborales, individual y conductual presentando una buena adaptación al ambiente que lo rodea, siendo un individuo activo en todas las actividades pudiendo adaptarse con facilidad a cualquier situación que se presente.

Según (IMSERSO) (2000) cataloga:

CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE

C.I. = 70 - 80

Unidades = 15-29

Psicomotricidad - Lenguaje

- Puede observarse en edades tempranas un ligero retraso en el desarrollo motriz.
- Torpeza en aquellas habilidades motórica que impliquen gran precisión.
- Puede observarse retraso en la adquisición del lenguaje.
- Uso del lenguaje como instrumento práctico e inmediato.
- Pensamiento lento y subordinado a la acción.
- Utiliza un lenguaje muy usual con escaso grado de abstracción.
- En el lenguaje oral, tanto expresivo como comprensivo, presenta leve retraso a nivel sintáctico y semántico.

HABILIDADES DE AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL

- Total autonomía personal
- Poca habilidad para establecer relaciones sociales
- Capacidad para organizar su rutina diaria
- Adaptación lenta a lugares ajenos a su entorno social
- Utiliza recursos que ofrece la comunidad con asesoramiento
- Mantiene relaciones de amistad
- Respeto las normas sociales establecidas

PROCESO EDUCATIVO

- Consigue con lentitud los procesos de aprendizaje sensorio-motriz, preoperacional, operacional concreto y puede esbozar aprendizajes formales.

- Presenta atención dispersa y baja concentración y motivación en actividades de aprendizaje.
- Dificultades funcionales en la utilización de técnicas instrumentales básicas.
- Presenta fracaso e inadaptación en niveles avanzados de la escolaridad.
- Puede conseguir el graduado escolar o equivalente con apoyo pedagógico.
- Tiene capacidad para acceder a los contenidos propios de la Formación Profesional Especial Adaptada.

PROCESO OCUPACIONAL LABORAL

- Graves dificultades para acceder al mercado de trabajo competitivo.
- Desarrolla actividades que no impliquen responsabilidad ni toma de iniciativas.
- Bajo rendimiento en actividades laborales, mejorando éste cuando trabaja en Centros Especiales de Empleo
- Independencia en la utilización de su tiempo libre.

CONDUCTA

- Generalmente, buen nivel de conducta adaptativa.
- Inestabilidad emocional, fácilmente influenciado por el medio.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Inseguridad y escasa iniciativa ante la realización de actividades.
- Requiere un discreto control en su conducta. (p.261-262)

En esta división se cita el retraso mental leve el cual explora las áreas ya mencionadas en el que las características tanto como psicomotricidad, lenguaje, autonomía personal y social, proceso educativo, laboral y conducta donde la capacidad intelectual (CI) disminuye retrasando el desarrollo de las habilidades del niño con un pensamiento lento, problemas de atención, conducta agresiva, desorganización de su tiempo y necesita supervisión para realizar actividades cotidianas referente a esto se puede observar que la dependencia es evidente, para quienes están al cuidado del niño deberán estar pendiente en todo ámbito de desenvolvimiento siendo ellos quienes tomen la iniciativa en todas las tareas del infante.

Así describe IMSERSO (2000):

RETRASO MENTAL LEVE

C.I. = 51-69

UNIDADES = 30-59

PSiCOMOTRICID.AD - LENGUAJE

- Retraso evolutivo senso-motriz.
- Las etapas del desarrollo motórico se cubren en edades más avanzadas.
- Poca precisión en las tareas que exigen destreza y/o coordinación.
- No logra una buena integración del esquema corporal.
- Retraso en la adquisición y evolución del lenguaje.
- Puede presentar problemas del habla.
- Lentitud o precipitación tanto en el pensamiento como en la acción.

- Lenguaje funcional, con pobreza de vocabulario y nutrido de referencias cotidianas.
- Comprende órdenes complejas, dentro de su marco referencial.

HABILIDADES DE AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL

- Ocasional supervisión en actividades de la vida diaria.
- Se desenvuelve por sí solo en lugares habituales de forma rutinaria.
- Colabora en tareas del núcleo familiar.
- Dificultad para anticiparse a los peligros, no existiendo reacción adecuada ante los mismos.
- Sus demandas de atención y aprobación pueden ser elemento distorsionador en la familia.
- Asesoramiento para realizar actividades no habituales y utilizar los recursos sociales.
- Su núcleo de referencia social se restringe frecuentemente a la familia, barrio o círculo laboral, si existe.
- Preferencia por relacionarse con personas de menor edad.

PROCESO EDUCATIVO

- Consigue o supera los procesos de aprendizaje sensorio-motriz y preoperacional, pudiendo alcanzar las primeras etapas del período operacional concreto.
- Déficit de atención y concentración que limita el aprendizaje.

- Adquisición de técnicas instrumentales.
- Lecto-escritura comprensiva limitada a niveles muy elementales.
- Necesita permanentemente apoyo pedagógico durante el proceso educativo.
- Ritmo inconstante en el aprendizaje.
- Adquiere habilidades manipulativas básicas en aulas de Formación Profesional Especial.

PROCESO OCUPACIONAL LABORAL

- Integración laboral en Centros Ocupacionales o Centros Especiales de Empleo.
- Desarrollo de tareas manipulativas rutinarias.
- Ritmo inconstante en la ejecución de actividades.
- Incapacidad de organización y planificación de su tiempo libre.

CONDUCTA

- Inseguridad y falta de iniciativa en la realización de actividades.
- Actitudes de reiteración y obcecación en lo que supone dificultad.
- Expresa su frustración a través de conductas heteroagresivas, generalmente verbales.
- Labilidad emocional. (p.262-263)

A continuación se describe el retraso mental moderado donde el CI es de 35 a 50 se describe que este tipo de retraso tiene como dificultad en la tardanza del control

de postura adecuada en la que se puede deducir que el niño o niña no caminara a la edad adecuada, tampoco hablara con precisión, en motricidad fina necesitara ayuda para realizar actividades, no presenta autonomía, las relaciones interpersonales son limitadas y no se acata a las reglas, con esta gama de situaciones en la persona con RM la dificultad de un desenvolvimiento individual aumenta generando más dependencia hacia quienes lo protegen o cuidan, en esta situación los niveles de cuidado crece pues se debe dedicar más tiempo al cuidado del niño. Una de las cosas más importantes es que se debe tener en constante vigilancia por el mismo hecho que el niño se puede llegar a lastimar o autoagredirse.

IMSERSO (2000) indica:

RETRASO MENTAL MODERADO

C.I. 35 – 50

UNIDADES = 60-75

PSICOMOTRICIDAD - LENGUAJE

- No llega a la plena consecución de adquisiciones motrices.
- Adquiere en edad tardía control postural adecuado.
- Poca destreza manual, necesitando ayuda para actividades que requieran movimientos finos.
- Adquiere conceptos espaciales, siendo éstos los referidos a cualidades del objeto, no a su integración.
- Predominio de la acción sobre el lenguaje y el pensamiento.
- El habla aparece tardíamente y presenta abundantes trastornos.
- Comprensión de órdenes verbales sencillas.

- Reconocimiento de imágenes y objetos habituales.
- Lenguaje sembrado de errores semánticos y sintácticos.
- Vocabulario reducido y reiterativo.

HABILIDADES DE AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL

- Necesita supervisión para la realización de actividades de la vida diaria.
- Colabora en tareas muy sencillas de la casa.
- No tiene autonomía suficiente para desplazarse solo fuera del entorno habitual.
- Relación social con iguales en edad mental o adultos que le proporcionen seguridad.
- No existe anticipación ni sentido de peligro en situaciones no habituales.
- Sus relaciones interpersonales se limitan al ámbito familiar y ocupacional.
- Dificultad para aceptar normas sociales.

PROCESO EDUCATIVO

- Supera el proceso de aprendizaje sensorio-motriz y alcanza tardíamente el período pre-operacional.
- Aprendizaje de conceptos básicos elementales referidos a situaciones concretas (color, forma, tamaño).
- Consigue, mediante adiestramiento, centrar y mantener la atención en la adquisición de aprendizajes.
- Se integra, con apoyo educativo, en un Centro ordinario o en Centros específicos.

- Se inicia en habilidades manipulativas básicas en aulas de aprendizaje de tareas.

PROCESO OCUPACIONAL LABORAL

- Integración en el marco de un Centro Ocupacional.
- Desarrolla tareas con supervisión y ayuda ocasional.
- Ritmo lento y ejecución repetitiva de las tareas.
- Necesita asistencia para la utilización de su tiempo libre.

CONDUCTA

- Solicita constantes demostraciones de atención y cariño.
- Afectividad ciclótica y voluble.
- Los cambios en sus hábitos diarios pueden originar trastornos de adaptación.
- Conductas heteroagresivas y ocasionalmente autoagresivas.
- Conductas afectivas y sexuales desinhibidas. (p.263-264)

Por último se citara el retraso mental grave o profundo en referente a este tipo de retraso mental el C.I. es de 34 a 20 aquí se evidencia el deterioro significativo de todas las áreas funcionales del niño empezando por la motricidad que no llega a tener una buena postura ni un equilibrio suficiente, en lenguaje no comprensión de órdenes que refiera más de dos acciones de igual manera al momento de comunicarse su lenguaje oral no tiene estructura sintáctica y en el RM profundos se generan sonidos o llanto, generan total dependencia para las actividades cotidianas, poco o ausencia del control de esfínteres, deterioro social significativo, estereotipias, desconexión del ambiente en el que se encuentran, en el mayor de los casos necesitan ayuda para su movilidad por la que necesitan sillas de ruedas esto genera la demanda de todo tiempo disponible del cuidador por la razón que el niño no puede defenderse ni lograr

individualidad debido a su limitada adquisición del desarrollo psicoevolutivo esto no permite la adquisición de las habilidades personales al tiempo correspondiente.

IMSERSO (2000) especifica.

RETRASO MENTAL GRAVE Y/O PROFUNDO

C.I. =34 A 20

UNIDADES = 76

PSICOMOTRICIDAD - LENGUAJE SEVEROS

- Adquiere la marcha.
- Sentido cinestésico poco evolucionado y equilibrio deficiente.
- Manipula objetos cotidianos con carácter funcional.
- Comunicación a través de palabra-frase, uniones de palabras sin estructura sintáctica, comprensiva sólo para sus habituales.
- Comprende y responde a órdenes imperativas que impliquen una o dos acciones.

PROFUNDOS

- Puede llegar a adquirir la bipedestación o la marcha.
- Alcanza la aprehensión y manipulación burda de objetos.
- Comunicación muy primaria (gestos, gritos, llantos, sonidos inarticulados...).
- Comprende órdenes sencillas cuando van acompañadas de gestualización.
- Dificultades para mantener el contacto visual.

HABILIDADES DE AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL SEVEROS

- Dependencia en actividades de la vida diaria, aunque pueda realizar alguna de forma incompleta.
- Parcial control de esfínteres.
- Desplazamientos con fin utilitario en ambientes controlados.
- Reconoce a las personas habituales de su entorno y mantiene una interrelación básica.

PROFUNDOS

- Dependencia total en actividades de la vida diaria.
- Ausencia de control de esfínteres.
- Reconocimiento de los miembros de la familia muy habituales.
- No existe relación social.

PROCESO EDUCATIVO SEVEROS

- Consigue o supera el período de aprendizaje sensorio-motriz.
- Se inicia con adiestramiento en adquisiciones básicas de tipo pre-conceptual
- Se integra en Centros específicos de Educación Especial.
- Iniciación en las actividades de pre-taller de los Centros específicos de Educación Especial.

PROFUNDOS

- Las habilidades logradas son de tipo sensorio-motriz.
- Permanencia en Centros asistenciales.

PROCESO OCUPACIONAL LABORAL

SEVEROS

- Puede llegar a integrarse en actividades de pre-talleres de los Centros Ocupacionales.
- Requiere apoyo del adulto en la ejecución de tareas sencillas.
- Realiza tareas de forma mecánica y durante breves períodos de tiempo.
- Dependencia de otra persona para la utilización de su tiempo.

PROFUNDOS

Permanece en Centros Asistenciales.

CONDUCTA

SEVEROS

- Gran dependencia afectiva.
- Frecuentes manifestaciones de auto y heteroagresividad.
- Manifiesta conductas bruscas e impulsivas.
- Presenta estereotipias.
- Distanciamiento ocasional de la realidad.
- Graves problemas de conducta asociados.
- Presenta conductas de autoestimulación sexual.

PROFUNDOS

- Desconexión ambiental.
- Frecuentes conductas autolesivas y autoestimulatorias.
- Presenta estereotipias. (p. 264-266)

En esta sesión se ha mencionado sobre las características del Retraso Mental y su clasificación especificando las diferentes áreas para un reconocimiento integro sobre el tema que se ha tratado con esto se puede mantener un criterio contundente

sobre el tema para poder reconocer en que tipos de áreas se puede trabajar y estimular al niño, en consecuencia a los cuidadores estas pautas sobre el RM se deben considerar para un cuidado de los niños a nivel personal de los mismos.

2.8.2. PARÁLISIS CEREBRAL

Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2008): “Esto normalmente sucede por una lesión sufrida en el cerebro durante su fase de desarrollo. Puede presentarse desde el embarazo, hasta los tres primeros años de vida. Esta lesión no aumenta sino que sus manifestaciones cambian a medida que el niño o niña va creciendo” (p.10). Se entiende por parálisis cerebral (PC) que se puede desarrollar en las etapas tempranas de gestación o se puede presentar hasta los tres años y sus manifestaciones van de acuerdo a la edad del niño o niña afectando significativamente postura del niño obstruyendo el movimiento como: el gateo, caminar pararse y sentarse.

Causas

Las causas de PC son diferentes en este caso el ICBF (2008) así señala “La parálisis cerebral se puede presentar por diferentes causas que suceden antes del nacimiento (prenatales), durante el momento del parto (perinatales) o después del nacimiento (postnatales)” (p.10). En la parte prenatal se puede dar por enfermedades infecciosas en la madre, el tipo de sangre del niño y madre, por lesiones en el corazón, consumo de sustancias o parto prematuro, estas diferentes causas afectan en el desarrollo del niño por lo que en el momento prenatal se deben tomar los parámetros de cuidado para el bienestar del niño o niña.

ICBF (2008) describe:

¿Qué puede suceder antes del nacimiento?

- Cuando el bebé presenta en la sangre el factor RH positivo y la madre tiene RH negativo. Esto se presenta cuando la madre ha tenido un embarazo anterior.

- Cuando la madre tiene una lesión grave en el corazón, anemia, desnutrición, especialmente, durante los primeros tres meses del embarazo.
- Cuando la madre tiene una lesión grave en el corazón o presenta anemia, desnutrición, aumento de la tensión arterial, alteraciones en el útero y la placenta, ya que pueden causar disminución de oxígeno al feto.
- Otras causas pueden ser: parto prematuro, intoxicaciones del feto por rayos x (radiografías), bajo peso del bebé, alcoholismo y drogadicción de la madre. (p.10)
- En el momento del parto la asfixia afecta al cerebro por la falta de oxígeno sufre una lesión causando PC del niño o niña.

¿Qué puede suceder en el momento del parto?

- La causa más común es que al bebé le llegue muy poca o ninguna cantidad de oxígeno a su cerebro debido a:
 - Partos muy demorados
 - Uso inadecuado de implementos para sacar el bebé (como fórceps)
 - Cuando se enreda o enrolla el cordón umbilical en el cuello del bebé.
 - Cuando se pasa de tiempo para nacer (más de los 9 meses ó 42 semanas) y el bebé aspira meconio (su propio popó). (ICBF, 2008, p.10)

Después del parto también hay complicaciones y los cuidados deben ser de la misma manera en el niño con referente a la alimentación, las enfermedades infecciosas, golpes en la cabeza o también la parte genética, se deben tomar las precauciones adecuadas para poder tratar estos factores que generan PC.

Y después del nacimiento ¿qué la puede causar?

- Que el bebé tenga alteraciones metabólicas, como la hipoglicemia (bajo nivel de azúcar en la sangre)
- Infecciones en el bebé como la meningitis, causada por una bacteria que le produce fiebre muy alta e irritabilidad.

- Golpes fuertes en la cabeza por accidentes o maltrato físico.
- Desnutrición en el bebé.
- Atragantamiento o intoxicaciones en el bebé.
- Un trastorno genético que puede ser hereditario aunque los padres estén completamente sanos.
- Cuando el cerebro del bebé sufre una malformación sin un motivo aparente. (ICBF, 2008, p.10)

2.8.2.1. Tipos de parálisis cerebral

Existen diferentes tipos de parálisis cerebral cada una con sus diferentes características de acuerdo a la localización y tamaño del daño cerebral en algunos casos pueden tener más de un tipo de PC.

Parálisis Cerebral Espástica

En este tipo de PC la dificultad para el movimiento puede ser leve o grave debido a la tensión de los músculos, en cuanto a inteligencia su nivel se ve afectado en ocasiones.

Parálisis Cerebral Atetósica o Discinética

En la parte muscular la variación de tensión es inesperada por lo que sus movimientos no tienen precisión y pueden ser lentos, su lenguaje se entiende con dificultad, presenta problemas de audición.

Parálisis Cerebral Atáxica

En este caso se presenta con poco control de su cabeza, tronco, hombros y pelvis generando poca precisión en las actividades que requieren la habilidad de la motricidad fina y su lenguaje es tembloroso.

Referente a estos tres tipos de PC se puede observar que cada una afecta en diferente magnitud teniendo sus características que diferencian a cada una por esta razón se cita al ICBF donde clasifica.

Tipos de Parálisis cerebral	Descripción
Parálisis Cerebral Espástica	Es el tipo más frecuente, donde se observan los músculos tensos y rígidos, con dificultad para realizar movimientos. Puede ser leve o llegar a la rigidez absoluta. Con frecuencia, estos niños y niñas presentan convulsiones y tendencia a mostrar un menor nivel de inteligencia. Tienden a ser pasivos e inhibidos, y en ocasiones irritables.
Parálisis Cerebral Atetósica o Discinética	<p>Músculos que pasan rápidamente de flojos a tiosos o tensos. Sus brazos y piernas presentan movimientos descontrolados, que pueden ser lentos o rápidos, especialmente cuando el niño o niña intenta realizar algún movimiento.</p> <p>Lenguaje: puede ser difícil entenderles debido a que tienen dificultad para controlar su lengua, la respiración y las cuerdas vocales.</p> <p>La inteligencia frecuentemente es normal aunque en algunos casos se puede ver disminuida. Dependiendo de la causa de la parálisis cerebral pueden llegar a presentar sordera.</p> <p>Al relacionarse con los demás, la mayoría de estos niños y niñas son extrovertidos pero muestran cambios bruscos en su estado de ánimo.</p>
Parálisis Cerebral Atáxica	<p>Poco control del movimiento de la cabeza, el tronco, hombros y pelvis, lo que hace que muestren movimientos aumentados, especialmente con los brazos para controlar el equilibrio, y si aprenden a caminar lo harán de una manera bastante inestable.</p> <p>Son propensos a tener temblor en las manos ante los movimientos, dificultad para realizar actividades manuales de mucha precisión, como al intentar escribir y colorear y un hablar tembloroso.</p>

Cuadro 1 Tipos de parálisis cerebral
Fuente: ICBF

La parálisis cerebral está directamente asociada con un daño cerebral a su vez este controla todas las funciones superiores: memoria, parte intelectual, sentidos, motricidad, lenguaje, emociones, etc. Debido a esto las complicaciones son varias afectando parcialmente o en su totalidad al niño o niña, las complicaciones aparecen en estos casos cuando la necesidad de cuidados aumenta según el grado y la afectación para cumplir sus actividades diarias tanto en el hogar y social, a su vez en la parte educativa su capacidad de aprendizaje no pudiendo cumplir con todos los requerimientos del aula su desenvolvimiento es diferente al que los demás así en este ámbito también necesita cuidados especiales educativos.

Condiciones asociadas a la parálisis cerebral

En los casos de parálisis cerebral se puede prevenir anticipándose a la situación esto se lo puede hacer en el momento prenatal, natal y posnatal tomando las precauciones correspondientes para un mejor desarrollo y evitación de este problema, previniendo con la edad adecuada para poder concebir, vacunas contra enfermedades, también es importante los controles adecuados correspondientes y la alimentación debida en el embarazo, la ingesta de sustancias psicotrópicas o estupefacientes son una de las causas directas de esta mal por lo que no es recomendable hacerlo durante el embarazo, después del nacimiento del niño los cuidados deben ser constante en referente a la salud llevando a controles permanentes, si presenta algún tipo de enfermedad o lo más común fiebres altas, tomar las precauciones con referente a golpes en la cabeza, evitación de atracones con cualquier objeto, medicamentos indebidos o comida con estas pautas se puede evitar muchos de los factores ya mencionados y dar a los niños y niñas un desarrollo adecuado.

2.8.3. Síndrome de down

El síndrome de down es la aparición de la trisomía en el par 23 se entiende que es una anomalía genética que afecta a los niños y niñas resaltando la parte intelectual, motriz, lenguaje, audición y visión.

Según la REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA CLÍNICA E INVESTIGACIÓN (2012) manifiesta “El síndrome de Down es una condición genética que ocurre en el ser humano, determinada por una alteración del número de cromosomas, en donde existen 47 cromosomas en lugar de 46, lo que define que hay un cromosoma extra”. En las características de un niño o niña con síndrome de down es más frecuente estos rasgos físicos como: el rostro, los dedos de las manos, la piel, así señala la REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA CLÍNICA E INVESTIGACIÓN (2012):

Presentan los siguientes rasgos fenotípicos:

- Cabeza y cuello: disminución del perímetro cefálico con braquicefalia y occipital aplanado. Cuello cortó.
- Cara: presentan epicanto, nariz pequeña con puente nasal plano, protrusión lingual característica, orejas pequeñas y conducto auditivo externo estrecho.
- Manos y pies: manos pequeñas y cuadradas, braquidactilia y clinodactilia. Surco palmar único y el signo de la sandalia, por separación entre el primer y segundo dedo del pie.
- Piel y faneras: piel redundante en la región cervical especialmente en el periodo neonatal.
- Genitales: el tamaño del pene suele ser más pequeño, como el volumen testicular, y es frecuente la presencia de criptorquidia. (p.8)

También hay otros aspectos que se debe tomar en cuenta como la audición que esta disminuida por esta razón se debe realizar un análisis del conducto auditivo para prevenir este tipo de contrariedad, una evaluación hematológica para el recuento de los glóbulos blanco para descartar la poliglobulia que genera viscosidad en la sangre y esta a su vez afecta a los pulmones y otros problemas asociados con la parte sanguínea del niño.

Oftalmológico para evitar cataratas o a su vez la disminución de la visión por problemas correspondientes al síndrome de down y lo más importante de todo es la alimentación como la lactancia, la leche materna en los primeros meses de desarrollo del niño es la base fundamental para una buena salud del niño o niña y a su vez esto ayuda al desarrollo del vínculo afectivo con la madre.

Tipos de trisomía 21

Hasta la actualidad se conoce tres tipos de trisomía 21 así asegura ORIENTA RED

Hoy en día se conocen tres tipos de trisomía 21:

1. - Por error la distribución del material genético, que se produce en el momento de la fecundación o en la primera división celular. Es la forma más frecuente de producirse y supone aproximadamente el 90% de los casos.
2. - Un 5% presentan mosaicismo, es decir, unas células del organismo aparecen con trisomía 21 y otras son normales, debido a que el trastorno ocurre en fases avanzadas de la división celular.
3. - Otro 5% tienen su origen en un aporte genético suplementario ya existente en alguno de los progenitores, pero unido a otro cromosoma, generalmente del par 13 al 15, que al unirse al par 21 da lugar a otro tipo denominado traslocación, comportando un riesgo de reaparición en la familia. (p.3)

Mental

Aquí se describe lo que es la enfermedad mental ya que en el VM no da referencia a niños en este acápite se mencionara por conocimiento general, así define enfermedad mental IMSERSO (2000) “entendemos como tal el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración” (p.271).

De esta manera IMSERSO (2000) menciona:

La valoración de la Enfermedad Mental se realizará de acuerdo con los grandes grupos de Trastornos Mentales incluidos en los sistemas de clasificación universalmente aceptados -CIE 10, DSM-IV-. Teniendo como referencia estos manuales, los grandes grupos psicopatológicos susceptibles de valoración son: *Trastornos Mentales Orgánicos, Esquizofrenias y Trastornos Psicóticos, Trastornos de Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad, Adaptativos y Somatomorfos, Disociativos y de Personalidad.* (p.271)

En contexto estos tipos de discapacidad que se ha citado se puede evidenciar que todas estas causan algún grado de dependencia en el niño o niña y no permiten desarrollar sus habilidades, por la cual necesitan diferentes terapias que estimulen las áreas afectadas.

2.8.4. Terapias

Terapia física: para aquellos que tienen dificultad muscular y coordinación a nivel motriz, estimulando con diferentes áreas musculares con técnicas específicas.

Terapia de Lenguaje: se utiliza para niños y niñas que tienen dificultad en el lenguaje como: pronunciación, entendimiento, en si trastornos de lenguaje.

Hipo terapia: esta técnica ya conocida se utiliza para alcanzar un grado de relajación o descarga emocional en el niño o niña.

Hidroterapia: consiste en que los niños tengan su espacio o en el que se sienten libres y livianos ayuda en coordinación, equilibrio, respiración.

Terapia ocupacional: se trabaja con motricidad fina y gruesa, concentración, memoria y atención.

Las terapias que se brinden a los niños con este tipo de problemas se da de acuerdo a la evolución previa y la necesidad de cada uno de los pacientes ya que en

muchos casos puede variar por su condición física y su limitación puede ser uno de los obstáculos que se hace presente para el avance de los niños y niñas.

2.8.5. Aspecto social-económico

En conjunto las terapias mencionadas ayudan al avance de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en las áreas que necesitan ser estimuladas, para un mejor desarrollo y desenvolvimiento en consecuencia a esto se puede dar una buena integración a la sociedad a su familia y a otras actividades siendo parte de ellos y haciendo partícipes en todo tipo de actividad esto traerá una buena salud a nivel emocional y psicología al niño o niña y a quienes lo rodean.

En este caso la necesidad económica se hace grande debido a que este tipo de terapias son escasas y su valor es elevado, para las familias vulnerables a este derecho existen ONG's o fundaciones que brindan asistencia y ayuda a familias de escasos recursos.

En los últimos años la vicepresidencia de la república del Ecuador se ha preocupado por la inclusión y desarrollo de las personas con discapacidad, dando ayudas económicas y laborales a los familiares y personas con algún tipo o grado de discapacidad.

Así la relación, la importancia también viene y compete a la psicología clínica abarcando este tipo de situación el que puede ser generador de malestar psíquico en los involucrados de su asistencia para esto se tomara en cuenta a la psicología clínica donde se hará una breve reseña y se abarcaran temas inmersos en la problemática.

La Psicología Clínica

Es una ciencia que ha tenido su auge en los últimos años a pesar de que apareció hace mucho tiempo atrás con ya reconocidos filósofos que tuvieron una visión más allá de la parte física cuestionando al ser humano no solo como un ente que se ha limitado y solo actúa, sino deduciendo que existe una fuerza más allá que lo mueve, siendo Platón el primero en cuestionar sobre la naturaleza de la Psique o

alma, el buscar una explicación al componente esencial del ser humano, seguido por Aristóteles quien profundizó la temática interesándose en lo que hoy compone el estudio de la psicología así, Cosacov (2005) señala:

Aristóteles ya se acerca más a la idea que actualmente tenemos del psicólogo al tratar temas que hoy desarrollamos en las facultades de Psicología: pensamiento, memoria, sueño, percepción, etc. Es por ello que a veces suele afirmarse que Aristóteles fue el primer psicólogo. (p.9)

La psicología se ha desarrollado durante el tiempo mediante varios conceptos y acercamientos a lo que en la actualidad se reconocería como psicología en términos más específicos; así en 1879 Wilhelm Wundt médico en la Universidad de Leipzig se centra en lo que es la psicología científica inaugurando el primer instituto de Psicología y laboratorio científico siendo este el acontecimiento fundamental para que la psicología sea tomada como una ciencia, Wundt y sus discípulos se centraron en la estructura de los contenidos de la conciencia y en los actos y funciones de la mente.

Estas primicias dan pauta a una nueva ciencia que toma fuerza con la aparición de la primera clínica psicológica fundada por Lihgner Witmer en la Universidad de Pensilvania en 1896 acontecimiento que marco en definitiva a lo que hoy se conoce como Psicología Clínica marcando un nuevo comienzo para esta ciencia, a este hecho se suma Charcot, Breuer, Sigmund Freud quienes definieron de manera total a la psicología con el descubrimiento de las enfermedades psicógenas, Freud que dio nombre a la histeria el cual afirma que su procedencia no es de origen orgánico sino tiene una total certeza en el aspecto psicológico junto a su teoría psicoanalítica y las técnicas utilizadas como: la interpretación de los sueños, hipnosis, la cura por la palabra, etc. Siendo este influyente directo para las futuras corrientes psicológicas.

De esta reseña histórica se puede buscar una definición a la psicología clínica como cita Trull, & Phares, Resnick (2003) refieren:

El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción Intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes. (p.4)

Como se puede entender la psicología clínica abarca un aspecto amplio del ser humano donde la base es el pensamiento y la conducta por el cual hay afecciones a nivel biológico y psicológico los mismos que influyen en la parte individual y social afectando al ser humano en su desarrollo.

De esta manera la psicología clínica abarca a la psicopatología como una de las ciencias aptas para indagar sobre esta, no hay una definición concreta y exacta de la psicopatología mientras que muchos autores se han acercado a una definición que llena las expectativas de la misma siendo más amplio y tomando en cuenta factores tanto internos como externos así lo definen Armayones, Horta, Jame, Requena, Talan (2006):

Es una ciencia que estudia la mente y las conductas humanas, aunque se centra en sus aspectos desviados o anormales. Sin embargo, se matiza que el funcionamiento mental y las conductas del ser humano se expresan a lo largo de un continuo que abarca desde la normalidad hasta la patología sin que haya una línea de separación clara. (p.15)

Se puede entender que la psicopatología está centrada en el estudio de las características mentales, movimientos e interacción para el funcionamiento a nivel psíquico siendo este quien define la patología o como se puede entender la enfermedad, con respecto a lo normal y anormal, los componentes patológicos son factores que definen la conducta de quienes lo padecen teniendo como consecuencia la alteración y deterioro de las áreas primarias del ser humano como: memoria, sensación, percepción, hábitos, instintos, conciencias, pensamiento, lenguaje,

afectividadad, atención, inteligencia y voluntad, las que vienen acompañado del deterioro social, personal y familiar.

La patología en el área mental se dan por factores varios, teniendo diferentes etiologías así afirman varios autores haciendo referencia del origen los cuales son: genéticos y ambientales.

La psicopatología se subdivide en varios trastornos en este caso se tomaran en cuenta la ansiedad y todo lo relacionado con este tipo de psicopatología.

2.8.7. ANSIEDAD

La ansiedad es un trastorno que predomina en mujeres más que en hombres, se considera que la ansiedad es subjetiva conllevando a varios malestares físicos como psicológicos, está presente en el comportamiento humano y se relaciona con todo tipo de psicopatología y dependencias en el individuo.

Los datos estadísticos a nivel mundial según Aguilera, Whetsell y Martha V (2007) mencionan que: “Se calcula que entre un 15% y 20% de la población mundial padece, o padecerá a lo largo de su vida, problemas de salud relacionado con la ansiedad, con importancia suficiente como para requerir tratamiento” (p.209).

Es una gran cantidad de la población mundial los cuales presentan problemas de ansiedad por varios factores, siendo una psicopatología que se expande y va afectando en consecuencia al nivel y gravedad de la patología.

Así definen a la ansiedad: Armayones, et, al (2006) “un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, desplacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto” (p.119). El individuo reacciona de esta manera como una forma de defensa debido a amenazas o peligros internos como externos que afectan directamente a la parte física como psíquica, de esta manera si no se trata puede llegar a convertirse en otros tipos de trastornos más intensos conllevando a un desequilibrio biopsicosocial alterando áreas importantes y llegando a una inclusión total debido a las alteraciones funcionales mentales y físicas como aseveran Carrión (2008):

Se trata de un estado de inquietud o ansiedad irracional y continuo, que en algunos casos puede agudizarse hasta transformarse en miedo agudo o pánico, con efectos secundarios sobre otras funciones mentales, como ser la atención, la concentración, la capacidad de raciocinio y la memoria". (p. 49)

2.8.7.1. Sintomatología

La ansiedad puede producirse debido a diferentes factores que determinan este tipo de trastorno en la que se relaciona factores físicos y psicológicos debidos al ambiente en el que se desenvuelven como: social, familiar, laboral y a los procesos psíquicos del individuo.

En una crisis de ansiedad se evidencia las siguientes características así en un caso en el que se haga presente se pueda detectar con facilidad este tipo de crisis de acuerdo a los síntomas presentados como menciona Moreno, Martin y C (2010):

Una crisis de ansiedad es una respuesta repentina de miedo o malestar intenso, que llega a su pico máximo en cuestión de minutos (uno o dos, generalmente menos de diez minutos) y que se manifiesta por cuatro o más de los siguientes síntomas:

- a. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
- b. Sudor abundante
- c. Temblores o sacudidas
- d. Sensación de ahogo o falta de aliento
- e. Sensación de atragantarse
- f. Opresión o malestar en el pecho
- g. Náuseas o molestias abdominales
- h. Inestabilidad, mareo o desmayo

- i. Sensación de irrealidad (desrealización) o de estar separado de uno mismo (despersonalización)
- j. Miedo a perder el control o volverse loco
- k. Miedo a morir
- l. Sensación de entumecimiento u hormigueo
- m. Escalofríos o sofoco. (p.26)

2.8.7.1.2 Niveles

Así la ansiedad puede llegar a extremos si no es controlada a tiempo afectando de gran manera las funciones intelectuales y fisiológicas como mencionan Pérez, Whetsell y V (2007):

Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales e intelectuales. Cada persona, según su predisposición biológica o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de estos síntomas se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad como fobias y temores. (p.210)

Como lo ya lo mencionado los niveles de ansiedad pueden variar todo depende de la estructura psíquica de la persona, puede manifestarse de forma leve, moderado y grave, donde los síntomas se manifiestan de menor a mayor intensidad según el test de Hamilton para ansiedad,

También comprende un papel muy importante el aspecto de neurotransmires por las sustancias que produce el cerebro al momento de caer en una ansiedad, de esta manera los estudios realizados han demostrado lo que a continuación describen Navarro, Javier (2003) “Los neurotransmisores más relacionados con la ansiedad son la serotonina y la noradrenalina.” (p.32). Sin embargo aún no se puede especificar

con exactitud las reacciones de las mismas y las áreas cerebrales que entran en funcionamiento.

En los trastornos relacionados con la ansiedad según menciona del DSM IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).dentro de estos están los trastornos de ansiedad.

2.8.7.1.3. Factores asociados:

- Trastorno de angustia (con agorafobia o sin ella) o agorafobia sin trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

También lo podemos encontrar en la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición (CIE 10), manifiesta varios signos y síntomas.

2.8.7.2. F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión (F41.2).

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

Trastornos la ansiedad que se ponen en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morir, a perder el control o a volverse loco. La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. Por lo general, el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria.

Al adoptar el criterio de que el objeto y la situación fóbicos son externos al enfermo muchos de los temores referidos a la presencia de enfermedades (nosofobia) o a estar desfigurado (dismorfofobia), se clasifican en el epígrafe trastorno hipocondriaco (F45.2). Sin embargo, si el temor a enfermar es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etc.) o a lugares de asistencia (consulta del dentista, hospitales, etc.) médicas, debe escogerse una de las categorías de esta sección F40.- (por lo general F40.2, fobia específica).

La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones.

F40.0 Agorafobia

El término "agorafobia" se utiliza aquí con un sentido más amplio que el original y que el utilizado aún en algunos países. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares

abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público. La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico. En ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.

Pautas para el diagnóstico

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- c) La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

La presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0) en la situación que induce la agorafobia en la mayoría de los casos puede ser recogida mediante un quinto carácter:

F40.00 Sin trastorno de pánico

F40.01 Con trastorno de pánico

Incluye: Trastorno de pánico con agorafobia.

F40.1 Fobias sociales

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Pautas para el diagnóstico

- a)** Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b)** Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- c)** La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Incluye:

Antropofobia.

Neurosis social.

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al sida.

Pautas para el diagnóstico

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- c) Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Incluye:

Zoofobias.

Claustrofobia.

Acrofobia.

Fobia a los exámenes.

Fobia simple.

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

Incluye:

Fobia sin especificación.

Estado fóbico sin especificar.

2.8.7.3. F41 Otros trastornos de ansiedad

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o

a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Pautas para el diagnóstico

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.-.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos

muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad

Trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de F40-F48, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son: trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-); trastornos disociativos (F44.-); trastornos de somatización (F45.0); trastorno

somatomorfo indiferenciado (F45.1) y trastorno hipocondriaco (F45.2). Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se utiliza la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

Incluye: Ansiedad histérica.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación

Incluye: Ansiedad sin especificación.

Se ha tomado en cuenta lo diferentes tipos de y clasificación de los trastornos de ansiedad cada uno tiene sus criterios diagnósticos el cual permite distinguir el origen de la problemática, adquiriendo la información suficiente como para establecer una relación con este tipo de patología que engloba la ansiedad es sí.

Como se puede observar es un campo extenso la ansiedad debido a que está presente casi en todas las psicopatologías abarcando la mayor parte problemas en el individuo, debido a esto se ha tomado en cuenta para poder intervenir de manera eficiente y contrarrestar este problema, como ya se había mencionado anteriormente que esto afecta a la mayor parte de la población y seguirá afectando en un futuro no distante, así se tomaran las medidas necesarias para y conllevar de manera eficiente esta situación.

2.9. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo (H1)

Los cuidadores que asisten a los niños y niñas con niveles altos de dependencias en las actividades de la vida diaria presentan ansiedad.

Hipótesis nula (HO)

Los cuidadores que asisten a los niños y niñas con niveles altos de dependencias en las actividades de la vida diaria no presentan ansiedad.

2.10. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

- **Variable independiente:** Dependencias de los niños con necesidades educativas especiales.
- **Variable dependiente:** ansiedad en los cuidadores.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN:

Enfoques:

La presente investigación tiene un enfoque predominantemente cualitativo pues los datos que se recogerán mediante la exploración de campo y la revisión de documentos serán sometidos a interpretación y contextualización desde una visión interpretativa crítico-propositiva del problema, será crítico cuando se aplique los reactivos y se saquen los resultados y se haga la interpretación de los mismos se podrá entender con más claridad la situación actual en la que se visualizará las afectaciones y la influencia de las mismas a nivel de áreas importantes de las personas inmersas en este estudio.

3.2. MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN

De campo

El presente proyecto de investigación pretende ser de campo, debido a que se recabara información directamente de las fuentes primarias en este caso los cuidadores de los niños con necesidades educativas especiales a los que se les dará prioridad, se realizara mediante entrevista y test psicométricos, el primer test mide la dependencia e independencia de las actividades diarias llamado Índice de Katz, el segundo test se llama escala de Hamilton para ansiedad el que medirá la sintomatología física, psíquica y conductual de la ansiedad.

Bibliográfica documental

La presente investigación está basada en aspectos científicos que se ha venido sintetizando de libros, revistas indexadas, investigaciones y documentales que han tenido trascendencia en base a su contenido, los cuales fueron utilizados para dar un soporte teórico contundente y eficaz de acuerdo al tema planteado. También se obtiene información mediante las entrevistas realizadas a las personas que estas en contacto con los niños en consecuente a esto se les dará una interpretación a los datos obtenidos y se acudirá a las herramientas científicos ya mencionadas.

De intervención social o proyecto factible

Pretende estructurar un plan basado en psicoterapia para tratar la problemática reduciendo los niveles de ansiedad para posteriormente desaparecer en su totalidad, así se lograra la reintegración del cuidador a sus actividades cotidianas, con esto se lograra dar bienestar a las personas que van a ser intervenidas dando así un mejor estilo y calidad de vida brindando bienestar psicológico para alcanzar una salud mental adecuada.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Asociación de variables

La investigación alcanza un nivel de asociación de las variables porque busca establecer las relaciones entre ellas para hacer predicciones o descripciones fiables de sus hechos.

Además, del grado de influencia entre variables, permitirá determinar y comprender los comportamientos comunes o patrones en la mayoría de la población escogida en referente al problema escogido para la investigación.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 32

Muestra: 32

Se trabajara con toda la población por el mismo hecho de que no es un grupo de cantidad superior y se puede trabajar con más facilidad en la intervención de la problemática.

DISTRIBUCIÓN DE PARTICIPACIÓN	
Tipo de participantes: Padres de Familia y/o cuidadores	32
Total	32

Tabla 2 Distribución de participación
Elaborado por: Luis Chisaguano

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Como primer reactivo para la recolección de datos primarios se aplicó el Índice de Katz para medir la dependencia e independencia de las actividades diarias de los niños con necesidades educativas especiales.

Según los datos manifiestan que el reactivo fue creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera; y publicado por primera vez un año después con el título de Index of Independence in Activities of Daily Living.

En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice, este índice fue aplicado en niños y adultos que han sufrido diferentes pérdidas en las áreas que el test menciona por diferentes enfermedades asimismo se utilizó para ver avances.

El Índice de Katz es heteroaplicable esta escala mide seis parámetros como: vestimenta, baño, utilización del WC, comida, continencia y la movilidad, se califica de 0 a 1 en cada pregunta, si sumado todas las preguntas dan igual a 6 significa que la persona tiene una dependencia severa, si la puntuación es de 0 a 1 dependencia leve, de 2 a 3 igual a dependencia moderada, 4 a 6 dependencia severa.

En la actualidad se utiliza el Índice de Katz en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) para medir el grado de dependencia o independencia en las actividades de la vida diaria que tiene el niño o niña con necesidades educativas especiales y así obtener un estimado del grado de dependencia para poder otorgar el carnet del Conadis.

Como segundo reactivo que se aplicara es la Escala de Hamilton para la ansiedad es heteroaplicable, consta de 14 ítems estos evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales se califica del 0 al 4, la puntuación va de 0 a 5 no ansiedad, 6 a 14 Ansiedad Leve, 15 a 25 Ansiedad Moderada, 26 a 39 Ansiedad Grave y 40> Ansiedad muy Grave, este reactivo se tomó en cuenta para aplicar a los cuidadores que trabajan en la fundación de niños especiales San Miguel del cantón Salcedo.

Se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems.

El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (8) (Bobes, Paz, Bascarán, Sáis y Bousoño, 2003).

De esta manera se obtienen los resultados de las personas que presentan ansiedad, con la correspondiente puntuación y calificación basadas en su protocolo.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

V.I: Dependencias de los niños con necesidades educativas especiales en las actividades de la vida diaria.

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e instrumentación
La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Clavijo, Fernández, Rodríguez, Patiño, Reina, Gonzales, Pérez, Junquera, Antuña, Márquez,) (2005).	Leve Moderada Severa	1.-Baño 2.-Vestido 3.-Uso del WC 4.-movilidad 5.-Continencia 6.-Alimentación	Se baña enteramente solo o necesita ayuda para lavar una zona. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede brocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos. Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo. Control completo de micción y defecación. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente.	Instrumento: Índice de Katz Actividades de la vida diaria Técnica: entrevista estructurada

Cuadro 2, Operacionalización de variables VI
Elaborado por: Luis Chisaguano

V.D: Ansiedad de los cuidadores

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e instrumentación
<p>Ansiedad: Se trata de un estado de inquietud o ansiedad irracional y continuo, que en algunos casos puede agudizarse hasta transformarse en miedo agudo o pánico, con efectos secundarios sobre otras funciones mentales, como ser la atención, la concentración, la capacidad de raciocinio y la memoria. (Carrión, Oscar Raúl, 2008)</p>	<p>Leve Moderada Grave Muy Grave</p>	<p>pensamiento</p> <p>Sueño</p>	<p>Dificultad para concentrarse, mala memoria</p> <p>Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.</p>	<p>Instrumento: Escala de Hamilton para ansiedad. Técnica: Entrevista estructurada</p>

Cuadro 3, Operacionalización de variables VD
Elaborado por: Luis Chisaguano

3.7. Plan de recolección de la información

Preguntas básicas	
¿Para qué?	Para la comprobación de la hipótesis y aplicar la intervención necesaria
¿De qué personas u objetos?	De 32 personas que cuidan a los niños en la fundación San Miguel de Salcedo
¿Sobre qué aspectos?	Variable independiente: dependencia en las actividades diarias de los niños con necesidades educativas especiales Variable dependiente: la ansiedad de los cuidadores.
¿Quién lo va hacer?	El investigador, Luis Armando Chisaguano Chisaguano, estudiante del décimo A de la carrera de Psicología Clínica, UTA
¿A quién?	A los cuidadores de los niños y niñas de la Fundación de niños especiales San Miguel en la ciudad de Salcedo.
¿Cuándo?	Del mes de septiembre del 2013 al enero del 2014
¿Dónde?	En la fundación de niños especiales San Miguel
¿Cuántas veces?	Una vez
¿Con que técnicas de recolección?	Psicométrica
¿Con que instrumento?	Índice de Katz elaborado por S. Katz y la Escala de ansiedad de Hamilton elaborada por Milton Hamilton.

Cuadro 4, Plan de recolección de la información
Elaborado por: Luis Chisaguano

Plan de procesamiento de la información

Preguntas básicas	Explicación
¿Para qué?	Para la comprobación de la hipótesis y aplicar la intervención necesaria
¿De qué personas u objetos?	Constituida por una población de 32 personas
¿Sobre qué aspectos?	Variable independiente: dependencia en las actividades diarias de los niños con necesidades educativas especiales Variable dependiente: la ansiedad de los cuidadores
¿Quién lo va hacer?	El investigador, Luis Armando Chisaguano Chisaguano, estudiante del décimo A de la carrera de Psicología Clínica, UTA
¿A quién?	A los cuidadores de los niños y niñas de la Fundación de niños especiales San Miguel en la ciudad de Salcedo
¿Cuándo?	Periodo junio 2013 --Enero del 2014.
¿Dónde?	Fundación de Niños Especiales San Miguel
¿Cuántas veces?	Una sola vez
¿Con qué técnicas de recolección de la información?	Psicométrica
¿Con qué instrumento?	Método estadístico: Chi cuadrado

Cuadro 5, Plan de procesamiento de la información
Elaborado por: Luis Chisaguano

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla de la población por género de los cuidadores de NNEE

Genero	Cantidad	Total
Masculino	2	6%
Femenino	30	94%
Total	32	100%

Tabla 3 población por género de los cuidadores de NNEE

Elaborado por: Luis Chisaguano

Fuente: Investigación de campo

Análisis

De acuerdo a los resultados se puede observar que de las 32 personas que asisten a los NNEE es el 6% que es igual a 2 personas de género masculino, y el 94 % que equivale a 30 personas es de género femenino.

Representación Gráfica de la población por género de los cuidadores de NNEE

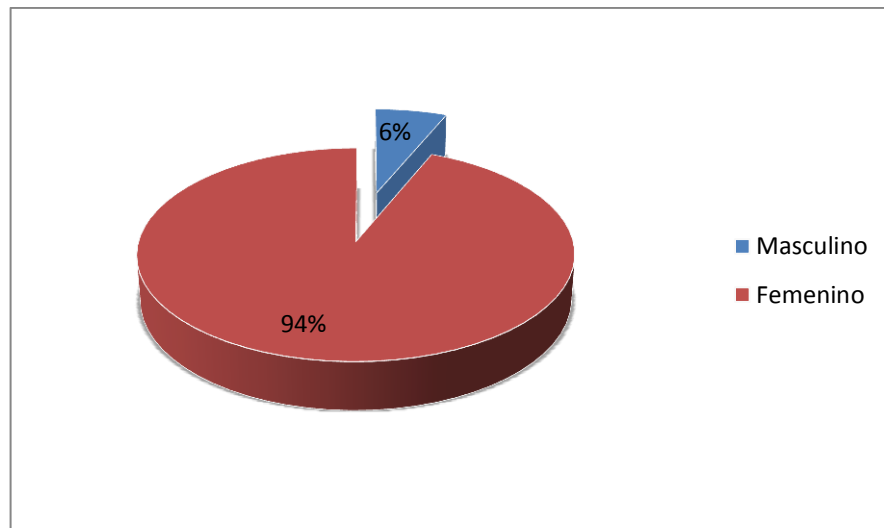


Gráfico 6
Elaborado por: Luis Chisaguano
Fuente: Investigación de campo

Interpretación

De cierta manera la población masculina que se ocupa en el cuidado de los NNEE es baja, debido a la parte cultural en el que el hombre es quien se encarga de la parte económica siendo el sostén del hogar mientras que la mujer es la encargada del hogar y del cuidado de los niños por esta razón se puede evidenciar más mujeres con sus niños y niñas encargadas del cuidado y la asistencia.

Tabla de población de los NNEE de la fundación de niños especiales San Miguel

NNEE	Cantidad	Porcentaje
Parálisis Cerebral	8	25%
síndrome de Down	8	25%
Epilepsia	3	10%
Retraso mental	6	19%
Asperger	1	3%
T.DAH	1	3%

Microcefalia	3	9%
Meningitis	1	3%
Hidrocefalia	1	3%
TOTAL	32	100%

Tabla 4 Población de los NNEE de la fundación de niños especiales San Miguel
 Elaborado por: Luis Chisaguano
 Fuente: Investigación de campo

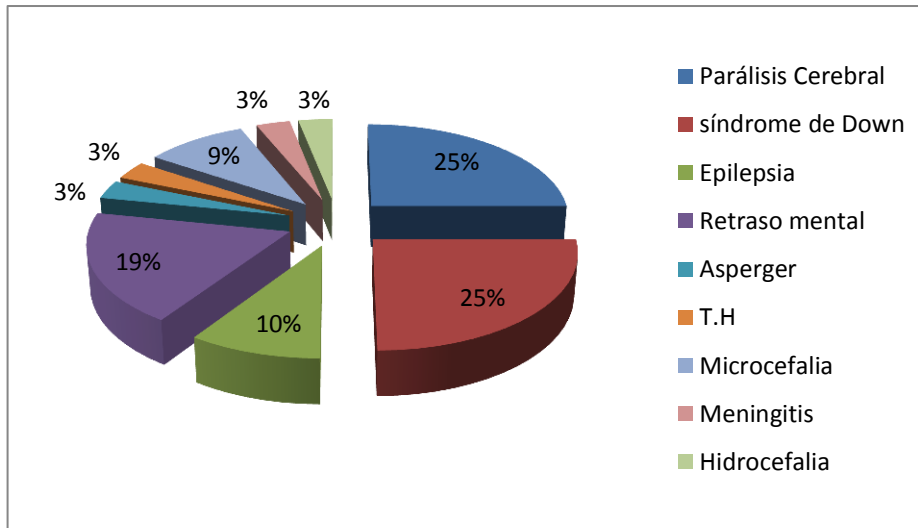


Gráfico 7
 Elaborado por: Luis Chisaguano
 Fuente: Investigación de campo

Aportación adicional para una mejor visualización de la población de niños tomada en cuenta para la investigación realizada en la fundación de niños especiales San Miguel.

4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Resultados finales de la muestra

Niveles de dependencia en las actividades de la vida diaria-Índice de Katz

Objetivo: recolectar información para identificar los niveles de dependencia en las actividades de la vida diaria que tienen los niños y niñas con necesidades educativas especiales.

Aplicado a los cuidadores que dan asistencia a los niños y niñas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dependencia Leve	4	12%
Dependencia Moderado	6	19%
Dependencia Severo	22	69%
TOTAL	32	100%

Tabla 5 Análisis e interpretación VI

Elaborado por: Luis Chisaguano

Fuente: Investigación de campo

Análisis

De acuerdo a los resultados de las 32 personas de la muestra establecida, se obtienen las siguientes derivaciones. En el primer test aplicado Índice de Katz-Valoración de las actividades de la vida diaria (1958 S. KATZ), en seis parámetros de evaluación que son: Baño, Vestido, Uso de WC, Movilidad, Continencia y Alimentación en la cual se califica de Leve, Moderado, Severo, de donde el 12 % de los niños y niñas con necesidades educativas especiales presenta dependencia leve en las actividades diarias, el 19 % presenta una dependencia moderada en las actividades diarias, y el 69 % con una puntuación superior a las demás presenta una dependencia severa en las actividades de la vida diaria.

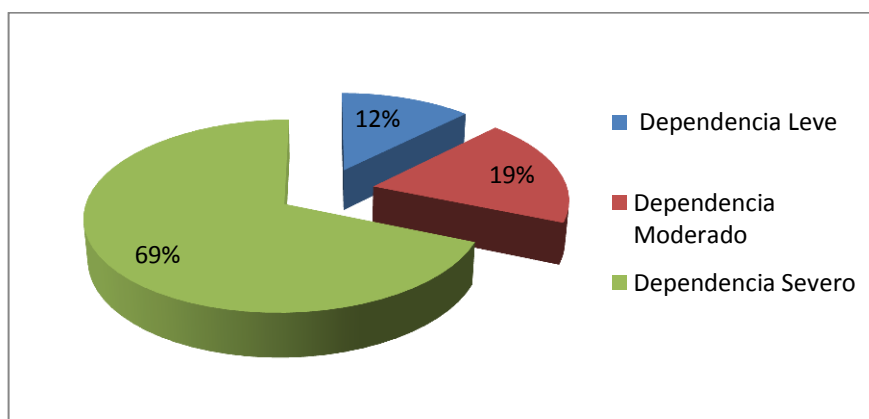


Gráfico 8

Elaborado por: Luis Chisaguano

Fuente: Investigación de campo

Interpretación

Es evidente que acuerdo al grafico observado que más de la mitad de la población que son los niños y niñas con necesidades educativas especiales presenta dependencia severa en las actividades diarias, es decir que requieren más cuidados y asistencia de parte de los cuidadores, no pueden ser independientes en la mayor parte de las cosas de su rutina diaria, para la realización de sus actividades por lo que sus cuidadores requieren de mayor disposición de tiempo para cuidar de los niños, lo que hace que se descuiden de otras actividades que pudiesen demandar de su atención cotidianamente.

Test de Ansiedad Milton Hamilton

Objetivo: llegar a conocer los niveles de ansiedad que presentan los cuidadores de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en las actividades de la vida diaria. El reactivo se aplicara a los cuidadores de los niños y niñas.

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENCIA	3	9%
LEVE	7	22%
MODERADO	20	63%
GRAVE	2	6%
M.GRAVE	0	0%
TOTAL	32	100%

Tabla 6 Análisis e interpretación VD

Elaborado **por:** Luis Chisaguano

Fuente: Investigación de campo

Análisis

Luego de la aplicación del test de ansiedad de Hamilton (Milton Hamilton), se obtuvo las siguientes derivaciones, puede observar que de una población de 32 personas, los síntomas de la ansiedad en las áreas cognitivas y fisiológicas, se encontró que el 9% de los cuidadores que asisten a los niños con necesidades educativas especiales muestran ausencia de ansiedad, el 22%

presentan ansiedad leve, el 63 % ansiedad moderada, el 6% ansiedad grave y el 0% ansiedad muy grave.

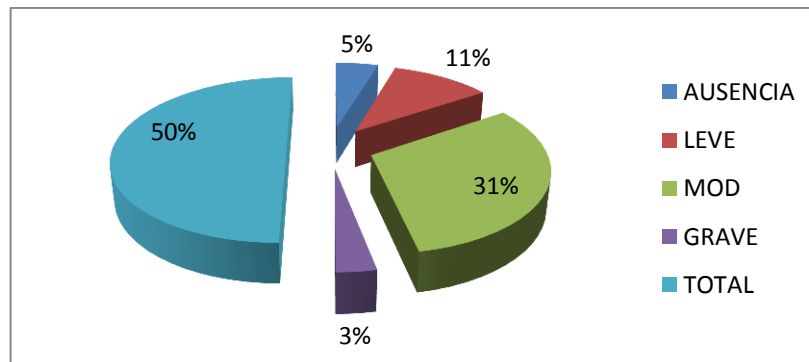


Gráfico 9
Elaborado por: Luis Chisaguano
Fuente: Investigación de campo

Interpretación

Como se puede observar en el gráfico, más de la mitad de la población de los cuidadores que dan asistencia a los niños y niñas con necesidades educativas especiales presentan niveles moderados de ansiedad, es decir que el malestar tanto fisiológico como cognitivo afecta al desenvolvimiento del cuidador, en un nivel que si bien es cierto no es invalidante sin embargo si es significativo en función al rendimiento personal, y a posterior con la exposición constante a las exigencias de cuidar a una persona con discapacidad y totalmente dependiente puede cronificarse.

Test de ansiedad de Hamilton-aplicación a profesionales

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	0	0%
Leve	3	50%
Moderado	3	50%
Grave	0	0%
Muy Grave	0	0%
Total	6	100%

Tabla 7 Análisis e interpretación profesionales
Elaborado por: Luis Chisaguano
Fuente: Investigación de campo

Análisis

En la aplicación del test de ansiedad de Hamilton en los profesionales de la FUNESAMI se obtuvo los siguientes resultados de una población de 6 personas, los niveles de ansiedad se presenta en un promedio no significativo, el 50% de los profesionales que proporcionan los diferentes tipos de terapia a los niños y niñas con necesidades educativas especiales muestran ansiedad leve, y el otro 50 % ansiedad moderada.

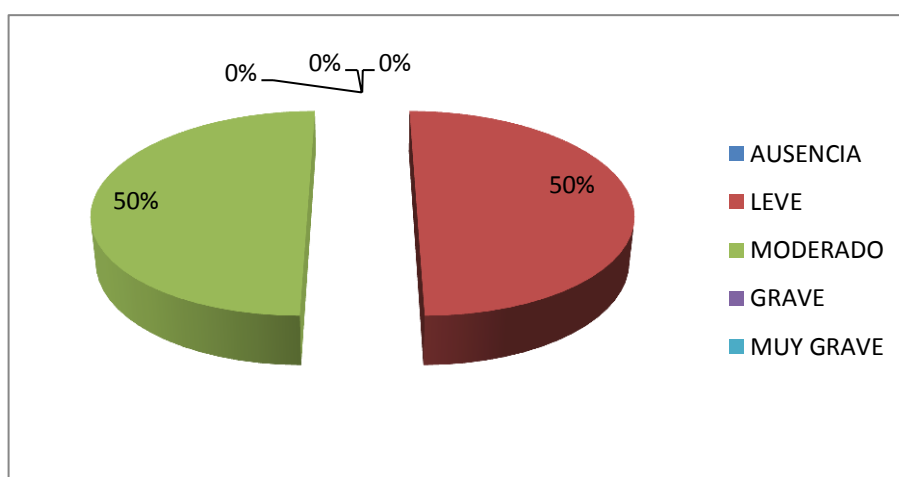


Gráfico 10
Elaborado por: Luis Chisaguano
Fuente: Investigación de campo

Interpretación

De acuerdo al gráfico se observa que de los profesionales que brindan atención a los niños y niñas con necesidades educativas especiales presentan en un promedio equitativo entre ansiedad leve y moderada por lo que no se puede asegurar que los niveles presentados pueden ser por causas laborales o personales sin embargo el grado de ansiedad que presentan está dentro de los parámetros de la “normalidad”, eso significa que no afecta en ningún grado en el aspecto laboral a los profesionales desarrollándose adecuadamente y cumpliendo con su labor para con los niños y niñas con necesidades educativas especiales y las familias que cuidan de ellos.

4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla de contingencia Dependencia en las actividades diarias y ansiedad en los cuidadores

Recuento

		Ansiedad en los cuidadores				Total
		Ausente	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad Grave	
Dependencia en las actividades diarias	Leve	1	1	2	0	4
	Moderado	1	4	1	0	6
	Severa	1	2	17	2	22
Total		3	7	20	2	32

Tabla 8 Tabla de contingencia Dependencia en las actividades diarias * ansiedad en los cuidadores
 Elaborado por: Luis Chisaguano
 Fuente: Investigación de campo

Análisis

Del total de niños que tienen una dependencia leve en sus actividades diarias, el 50% de sus cuidadores presenta ansiedad moderada, el 25 % ansiedad leve y el 25 % no presenta ansiedad. Por otro lado de los niños que tienen una dependencia moderada en sus actividades diarias el 66.67% de los cuidadores presentan ansiedad leve, 16.66 % ansiedad moderada y el 16.67% no presenta ansiedad. Mientras que de los niños que tienen dependencia severa en sus actividades el 77.27% de sus cuidadores presenta ansiedad moderada, 9.09% ansiedad grave, 9.09% ansiedad leve y 4.54% no presentan ansiedad.

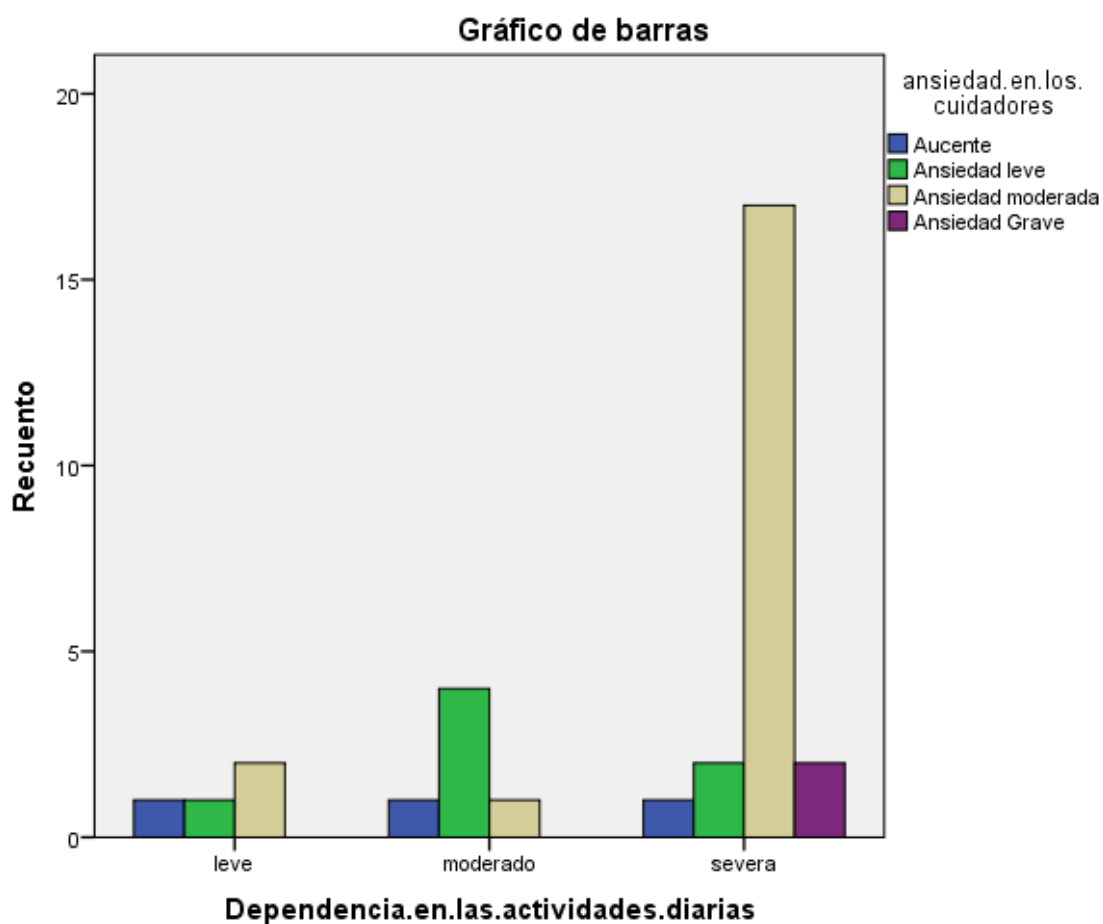


Gráfico 11
 Elaborado por: Luis Chisaguano
 Fuente: Investigación de campo

Interpretación

Se puede notar que en el grupo de niños que presentan mayores niveles de dependencia en sus actividades diarias, se presenta también mayor ansiedad en sus cuidadores, en cambio en el grupo que tiene dependencia leve la ansiedad de los cuidadores es menor, por lo que se puede inferir que si existe relación entre la dependencia y la ansiedad, pues cuando aumenta la dependencia lo hace también la ansiedad de sus cuidadores

Para comprobar esto, en esta investigación se utilizó la prueba estadística Chi-Cuadrado que se aplicó a los resultados obtenidos de los test psicométricos para la comprobación de la hipótesis, los cuales fueron aplicados a los cuidadores de

los niños y niñas con capacidades educativas especiales de la Fundación de Niños Especiales San Miguel en el cantón Salcedo. Se encontró que si existe relación entre la dependencia de los niños y la ansiedad de sus cuidadores, por lo que se acepta la hipótesis alternativa siendo $(\chi^2(6) = 12,3, p < 0,05, N = 32)$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	12,888 ^a	6	,045	,050		
Razón de verosimilitudes	12,511	6	,051	,051		
Estadístico exacto de Fisher	12,314			,019		
Asociación lineal por lineal	5,859 ^b	1	,016	,017	,015	,009
N de casos válidos	32					

a. 11 casillas (91,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

b. El estadístico tipificado es 2,420.

Tabla 9 Pruebas de chi-cuadrado
Elaborado por: Luis Chisaguano
Fuente: Investigación de campo

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La razón de esta investigación se ha encaminado en las dependencias de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en las actividades de la vida diaria y la ansiedad en los cuidadores en la Fundación de Niños Especiales San Miguel del cantón Salcedo, de acuerdo a los resultados adquiridos en el Índice de Katz valoración de las actividades de la vida diaria (S. Katz 1958), se observó que los niños con necesidades educativas especiales obtuvieron puntuación alta en la dependencia de las actividades de la vida diaria, de esta manera los cuidadores que asisten a los niños y niñas con altos grados de dependencia presentan altos grados de ansiedad, datos presentados en la tabla N° 6, mientras en el gráfico N° 6 en el que se presencia que el 63% de los cuidadores ha presentado ansiedad en consecuente a la asistencia de los niños y niñas con necesidades educativas especiales que tienen altos grados de dependencia en las actividades de la vida diaria, se obtuvo una puntuación de 12,3 mediante al método estadístico chi cuadrado la cual es una puntuación significativa mayor que la puntuación estadística esperada, de esta manera se puede considerar que

la dependencia en las actividades de la vida diaria de los niños con necesidades educativas especiales influye en los cuidadores que dan asistencia a los niños y niñas, entonces el aporte de la investigación ha permitido identificar los niveles de ansiedad en los cuidadores de acuerdo a los niveles altos de dependencia de los niños y niñas en la Fundación de Niños Especiales San Miguel.

Esto concuerda con lo que encontró en un estudio realizado con padres y niños con discapacidad que la salud del niño afecta a los padres sumado la sobrecarga del cuidador, la calidad de vida y también vincula la falta de conocimiento de la enfermedad del niño esto aumenta el grado de ansiedad. (Basaran, Karadavud, Uneri, Balbолоqui y Atasoy, 2010).

- Los niños que presentan una dependencia severa en las actividades de la vida diaria (valoración de las actividades de la vida diaria-Índice de Katz) como: baño, vestido, uso de WC, movilidad, continencia, alimentación evidenciado en el gráfico N°5 es el 69% la cual es la mayor parte de la población, a su vez el 19% presenta dependencia moderada y el 12% dependencia leve.
- Los cuidadores que asisten a los niños y niñas con necesidades educativas especiales en el análisis del test de ansiedad de Hamilton (Milton Hamilton) el cual toma en cuenta las áreas psíquica, física y conductual, se observó que obtuvieron altas puntuaciones la mayoría de la población como se muestra en el gráfico N°6 con un 63% ansiedad moderada, 22% leve, 9% ausente y 6% grave, esto quiere decir que las dependencias de los niños y niñas con necesidades educativas especiales en las actividades diarias influye directamente en el desencadenamiento de ansiedad de los cuidadores que los asisten, por la misma razón que por ser dependientes los niños y niñas necesitan más atención y cuidado ocupando el tiempo completo y no dejando que el cuidador tenga otros tipos de actividad a nivel social y familiar esto genera sintomatología a nivel cognitivo y conductual que afecta al desenvolvimiento del individuo.

Así como Basaran etc al. (2013) Manifiesta que en otro estudio realizado con cuidadores de niños con PC tomo en cuenta la calidad de vida, la salud

mental, y desgaste comparando con otros cuidadores de niños con desarrollo normal encontrando que los cuidadores de niños con discapacidad presentaron peor calidad de vida, deterioro en la salud mental, y muchos desgaste el cual aumenta si el deterioro funcional del niños va en aumento.

Debido a la responsabilidad que debe cargar el cuidador en este caso la madre se prohíben de participar en actividades sociales centrándose solo en el niño o niña el cual es cuestión de tiempo para que la sintomatología patológica surja.

En Japón en un estudio entre la percepción de la salud, la carga del cuidador de niños con discapacidad intelectual y las actividades sociales productivas se encontró que las madres con mayor carga y no participaron en actividades sociales productivas presentaron peor autopercepción de salud a diferencia de las madres que si participaron (Yatsugi, Suzukamo y Izumi, 2013)

- Como dato adicional en referencia a los profesionales que se les aplico el test de ansiedad de Hamilton presentaron un porcentaje equitativo entre leve y moderado, esto quiere decir que los niveles de ansiedad no influye de manera relevante en los profesionales que brindan los diferentes tipos de terapia a los niños y niñas de la fundación, teniendo en cuenta que lo presentado en los profesionales están dentro de los parámetros de la normalidad en síntesis no afecta al desenvolvimiento de los mismos al momento de brindar sus servicios profesionales, en contradicción con los resultados obtenidos en los cuidadores que se presenta en la tabla N° 5.
- En consecuente a esta investigación se pudo determinar que los niveles de dependencia que presentaron los niños y niñas en las actividades de la vida diaria influyen en la ansiedad de los cuidadores ya que la relación existente entre ansiedad de los cuidadores y la asistencia que necesitan niños y niñas con dependencias en las actividades de la vida diaria está directamente vinculada según la investigación lo señala y las investigaciones citadas con las que se corrobora la investigación presente dando un aporte más a la parte científica.

- En referencia a los resultados encontrados se ha dado la necesidad de poder dar solución a la problemática por el cual se trabajara con el modelo psicoterapéutico EMDR utilizando sus herramientas y protocolos correspondientes de acuerdo a la necesidad del terapeuta.

5.2. RECOMENDACIONES

- Trabajar de forma individual con EMDR de acuerdo al protocolo de instalación de recursos positivos para enfrentar las situaciones estresantes que afecten a los cuidadores de los niños con necesidades educativas especiales así poder contrarrestar los efectos de la ansiedad y promover la salud mental.
- Manejar el protocolo de las tres vertientes de EMDR en el que se debe trabajar el pasado, presente y futuro para así evitar las reacciones desfavorables, de esta manera se trabajara con los recuerdos que provocan este tipo de reacciones, las situaciones actuales en las que se encuentran y las situaciones futuras provenientes.
- Formar grupos de apoyo para fomentar el interés, compartir experiencias y charlas relacionado con la problemática ya mencionada en los cuidadores de niños con necesidades educativas especiales, junto a las autoridades encargadas de la institución para así lograr un mejor manejo de los eventos que afectan al desenvolvimiento de las personas.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Tema

Aplicación del modelo Eyes Movement Desensibilization and reprosesing (EMDR), en los cuidadores de niños con necesidades educativas especiales en la fundación de niños especiales San Miguel del cantón salcedo que presentan diferentes grados de ansiedad e instalación de recursos positivos.

6.1.2. Institución beneficiaria

Fundación de Niños Especiales San Miguel.

Provincia:

Cotopaxi

Cantón

Salcedo

Parroquia

San Miguel

Responsable

Luis Armando Chisaguano Chisaguano

6.1.3. Fecha de ejecución

Desde el 2 de diciembre del 2013 hasta el 31 de Enero del 2014.

Beneficiarios directos

Destinada a beneficiar directamente a los cuidadores y profesionales que presentan ansiedad en la FUNESAMI.

Beneficiarios indirectos

De una u otra manera el proyecto beneficia indirectamente a Familiares, sociedad.

6.1.4. Ubicación:

Fundación de Niños especiales San Miguel Del Cantón Salcedo.

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En la investigación que se ejecutó en la fundación de niños especiales san miguel del cantón salcedo se obtuvo los siguientes resultados los cuales se recabo a través de reactivos psicológicos.

Existe un 69% en la dependencia de las actividades de la vida diaria y un 63% en ansiedad de tipo moderado en los cuidadores de los niños con necesidades educativas especiales.

El modelo EMDR se propone como plan de tratamiento a la problemática, : este tipo de terapia es flexible para tratar los niveles de ansiedad presentes debido a que se utilizara el protocolo de las tres vertientes en cual se enfoca en el pasado, presente y futuro, trabajando con situaciones que en la actualidad generan ansiedad, instalando recursos positivos que ayudaran a fomentar los niveles de resistencia en situaciones que atentan al desequilibrio del individuo y desechar cualquier tipo de residuos de ansiedad en el cuidador para que en circunstancias futuras su desenvolvimiento sea adecuado frente al cuidado de los niños de manera eficiente, así alcanzar los objetivo que es la modificación o disminución

de la ansiedad en los cuidadores que asisten a niños con necesidades educativas especiales por su dependencia en las actividades de la vida diaria.

6.3. JUSTIFICACIÓN

La ansiedad es una problemática que en la actualidad está afectando a la población debido a que perturba el desenvolvimiento individual la misma e influye directamente en las áreas sociales, laborales y familiares, en casos más extremos cuando no son tratadas a tiempo pueden alcanzar a patologías graves deteriorando la totalidad del individuo.

La investigación es innovadora debido a que la ansiedad es tratada con EMDR este tipo de modelo psicoterapéutico en la que se trabajara fomentando las redes neuronales positivas y reprocesando experiencias perturbadoras que afectan al individuo.

En el modelo EMDR se utilizara el protocolo de las tres vertientes el cual se basa en abordar situaciones del pasado, presente y futuro, también se trabajara fomentando redes neuronales positivas para una adaptación y asimilación de situaciones que causan esta problemática así enfrentar de mejor manera generando estabilidad a nivel biopsicosocial.

6.4. OBJETIVOS:

6.4.1. Objetivo General:

Aplicar el esquema psicoterapéutico basado en el modelo EMDR dirigido a los cuidadores de niños y niñas con necesidades educativas especiales para el reprocesamiento de los niveles de ansiedad en la fundación de niños especiales San Miguel del cantón salcedo.

6.4.2. Objetivos específicos

- Facilitar recursos que ayuden a disminuir los grados de ansiedad de los cuidadores de los niños con NEE. de la fundación de niños especiales San Miguel.

- Proporcionar herramientas que afrontamiento positivas a los cuidadores ante las situaciones estresantes a las que se exponga.
- Suministrar bienestar a nivel grupal en el que represente un bienestar físico y psicológico en los cuidadores de los niños con necesidades educativas especiales.

6.5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

6.5.1. Introducción

El EMDR está considerado como una de las terapias con resultados fiables y rápidos con respecto al tratamiento de eventos traumáticos que generan malestar en el individuo, según la OMS “La Terapia Cognitivo Conductual focalizada en trauma individual o grupal, el Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR), o el manejo de estrés, deben de ser consideradas para tratar adultos con TEPT” de acuerdo a esto se puede evidenciar que el Emdr está validado en su totalidad para trabajar con cualquier tipo de trauma, el cual aparece por varios factores como por ejemplo: catástrofes ambientales, duelos emocionales, así menciona Jacques Roques (2009) “(...) para que cada cual comprenda que un trauma psíquico es el resultado de una exposición a un peligro muy grande e insólito” (p.48). Esta afecta de tal manera que la parte psíquica del individuo es vulnerable a recordar frecuentemente lo sucedido y no poder procesar de mejor manera Roques (2009) aduce “La víctima de un trauma psíquico es, esporádica o permanente, torturada por reviviscencias que no puede aceptar ni rechazar” (p.52).

La información no procesada es almacena hasta el punto en el que aparece la ansiedad junto a sentimientos que van acumulándose llegando al punto del desborde total del individuo esto hace que en cualquier situación presente molestia pues es signo de un aumento patológico, referente al trauma Shapiro (2008) menciona “En el caso de que perduren durante mucho tiempo, la ansiedad, el estrés, la culpa, la rabia y el miedo son, independientemente de sus causas, condiciones muy nocivas” (p.20).

El EMDR es una terapia que tiene gran respaldo científico y es reconocida por diferentes entidades que afirman a esta terapia como una de las que proporciona mejor eficacia en poco tiempo en el tratamiento de traumas. Así manifiesta Shapiro (2008).

La International Society for Traumatic Studies reconoce la EMDR como una terapia eficaz para el tratamiento de los traumas. En el año 2002, el Israeli National Council of Mental Health designó la EMDR como uno de los tres mejores abordajes para el tratamiento de las víctimas de los atentados terroristas. Ese mismo año, el Northern Ireland's Department of Health la calificó como uno de los dos tratamientos de elección para el tratamiento de las víctimas del trauma. Más recientemente, el United States Department of Defense y el Department of Veterans Affairs publicaron nuevas directrices que ubicaban la EMDR en la categoría de las terapias de mayor eficacia demostrada y la recomendaban en el tratamiento del TEPT. (p.25)

6.5.2. Estudios y respaldo científico

Como se ha mencionado los aportes que conlleva Emdr en su desenvolvimiento terapéutico son contundentes con respecto a la curación de traumas, en varias situaciones podría ser tratado por traumas múltiples o por trauma único el cual conlleva diferente tipo de intervención, en otros aspectos los diferentes campos en los que se han estudiado los efectos de Emdr son infinitos aquí se les mencionara algunos en los que los resultados han demostrado su validación en referente a la terapia Emdr Shapiro (2008) manifiesta:

- American Psychiatric Association (2004). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.

Recomienda la EMDR como un tratamiento eficaz del trauma.

Bleich, Koter, Kutz y Shaley (2002). Artículo que expresa la posición del National Council for Mental Health israelí: Líneas directrices para la evaluación y la intervención profesional con víctimas del terror en el entorno hospitalario y comunitario.

La EMDR es uno de los tres únicos métodos recomendados para el tratamiento de las víctimas del terror.

Chambless et al. (1998)

Según un equipo de la Clinical División of the American Psychological Association, los únicos métodos para el tratamiento de cualquier población que sufra de TEPT que se han visto empíricamente corroborados son la EMDR, la terapia de exposición y la terapia de inoculación de estrés. (p. 3-16)

Crest (2003). The management of post traumatic stress disorder in adults. Publicación del Clinical Resource Efficiency Support Team del Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety, Belfast.

La EMDR y la terapia cognitivo-conductual son los tratamientos de elección para las víctimas de trauma.

Department of Veterans Affairs and Department of Defense (2004). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress.

La EMDR es una de las cuatro terapias de las que más evidencia se dispone y ha sido recomendada para el tratamiento del TEPT.

Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care (2003). Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders. Utrecht: Quality Institute Health Carer CBO/Trimbos Institute.

La EMDR y la terapia cognitivo-conductual son los tratamientos de elección para corregir el TEPT.

Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman. M.J. (2000). Effective treatments for PTSD: Practice Guide lines of site International Society for Traumatic Stress Studies. Nueva York: Guilford Press.

La guía práctica de la International Society for Traumatic Stress Studies considera la EMDR como un tratamiento eficaz para el TEPT.

INSERM (2004). "Psychotherapy: An Evaluation of Three Approaches." "Institut National Français de la Santé et de la Recherche Médicale. París, Francia.

Este artículo concluye que la EMDR y la terapia cognitivo-conductual son los tratamientos de elección para las víctimas del trauma.

National Institute for Clinical Excellence (2005). "Post- Traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of Adults and Children in Primary and Secondary Care." Londres: NICE Guidelines.

Considera a la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y la EMDR como la terapia de elección corroborada empíricamente para el tratamiento de adultos que padecen trastornos de estrés postraumático.

United Kingdom Department of Health (2001)

Los tratamientos que han demostrado ser más eficaces han sido la EMDR, la terapia de exposición y la terapia de inoculación de estrés. (p.103)

META ANÁLISIS

El EMDR ha sido comparado con numerosos protocolos de terapia de exposición, con y sin el apoyo de técnicas de la terapia cognitiva. Hay que señalar, en este sentido, que la terapia de exposición requiere de una a dos horas diarias de trabajo en casa, cosa que no es necesaria con la EMDR. En la siguiente lista enumeramos los estudios sometidos a meta análisis más recientes realizados al respecto.

Maxfield & Hyer (2002):

Conclusión: Un meta-análisis exhaustivo informó que más largo es la investigación, más largos parecía ser los efectos. (p. 58, 23-4)

Seidler y Wagner (2006):

«Los resultados sugieren la eficacia parecida de la EMDR y de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumáticos.» (p. 1.515-1.522)

Van Etten, & Taylor (1998):

Este metanálisis determinó que la eficacia de la EMDR y de la terapia de conducta supera a la de los fármacos, y también subrayó que la EMDR es más eficaz que la terapia de conducta. (p. 126-144)

Abbasnejad, Mahani y Zamyad (2007) confirman:

«El estudio muestra la eficacia de la EMDR en la reducción de la ansiedad y las mociones negativas (como, por ejemplo. Los síntomas del TEPT, la tristeza, la pena, los pensamientos obsesivos, la depresión, etcétera). En la que en ocasiones acompaña la depresión. (p. 104-117)

Hogberg et al. (2007) manifiestan:

Informe de un estudio realizado con trabajadores que habían experimentado “accidentes ferroviarios o que se habían visto agredidos en su trabajo”. Hasta con seis sesiones de EMDR para provocar una tasa de remisión de los trastornos de estrés postraumáticos del 67% comparada con el 11% en la lista de espera de control. También se informó de la presencia de efectos significativos en las puntuaciones Global Assessment of Function (GAF) y Hamilton Depression (HAM-D). Estudio de seguimiento (en prensa para Psychiatry Research) “Immediate Outcome of EMDR Treated PTSD Subjects Remains Stable in a 35 Months Follow-Up”. (p. 54-61)

Edmond, Sloan, y McCarty, (2004) refieren:

Análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados del tratamiento con importantes implicaciones para la investigación futura más rigurosa. Los relatos de los supervivientes señalan que la EMDR provoca una mayor resolución de los traumas mientras que, con la terapia ecléctica, los supervivientes valoran más la reacción con su terapeuta, gracias a los cuales aprenden estrategias de enfrentamiento más eficaces. (p. 259-272)

Soberman, Greenwald, y Rule, (2002) confirman:

Tres simples sesiones de EMDR provocaron una reducción mayor y más significativa de los recuerdos angustiosos ligados al estrés y de los problemas conductuales durante el seguimiento que se llevó a cabo dos meses después del tratamiento. (p. 217-236)

Silver, Brooks, y Obenchain, (1995) deducen:

Uno de los dos únicos estudios de investigación sobre la EMDR que evaluaron un curso clínicamente relevante de tratamiento de la EMDR con veteranos de guerra (con más de uno o dos recuerdos; véase Carlson et al., mencionado anteriormente). El análisis del programa de TEPT con veteranos ingresados (n=100) reveló una eficacia de la EMDR inmensamente superior al entrenamiento en relajación y biofeedback en siete de las ocho medidas consideradas. (p.466-481)

En consecuencia a los estudios mencionados se puede evidenciar los campos en los que ha intervenido el Emdr y sus resultados, a pesar de lo citado la lista es infinita para demostrar su eficacia y estudio que ha mantenido esta terapia, en todos los casos no solo ha demostrado mejoría o curación sino también demuestra menor probabilidad de vulneración ante situaciones similares a las que ya fueron tratados con Emdr.

Todo esto es posible gracias a los resultados que se ha evidenciado en los estudios con: Veteranos de la guerra, personas expuestas a desastres naturales, duelos, violaciones, problemas de conducta, situaciones estresantes,

6.6. Procedimiento

Así EMDR considera todo tipo de casos donde hay vinculación con traumas o información no procesada, en la que trabaja con traumas múltiples o trauma único de acuerdo a la demanda del cliente o paciente, en el caso de personas con este tipo de malestares psíquicos son aquellas que no han procesado la información y su asimilación se hace difícil. EMDR trabaja en la asimilación de la información no procesada provocando una aceptación de la misma y ayudando a la persona a generar estados adaptativos también se ha demostrado que las personas tratadas con este tipo de terapia presentan mayores niveles de resiliencia en consecuencia a esto se puede decir que serán menos endebles ante situaciones similares ya trabajadas.

EMDR no solo se basa en movimiento ocular también trabaja con la parte auditiva y táctil mediante esto estimula los recuerdos o la información no procesada; a nivel cerebral se dan cambios sorprendentes de los mapas mentales que se activan al trabajar con la terapia, se sostiene que el hipocampo el cual se ocupa de la memoria se reduce en las personas con Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) sin embargo con el tratamiento de EMDR según Shapiro (2013) anuncia “Aunque ha habido poca investigación en esta área, un estudio reciente mostró que de ocho a doce sesiones de procesamiento de recuerdos con EMDR en personas con TEPT produce un incremento medio del 6% en el volumen del hipocampo.” (p.53).

Se ha demostrar que los movimientos oculares son de mucha importancia en el procesamiento de los recuerdos perturbadores en EMDR así menciona Shapiro (2013) “Han demostrado que cuando las personas tienen en mente sus recuerdos perturbadores o sus temores del futuro las tandas de movimientos oculares provocan una menor angustia emocional, una reducción de la intensidad

de las imágenes perturbadoras, cambios en los pensamientos y una mayor precisión en la memoria” (p.54).

De esta manera junto a otros procedimientos propios de la terapia se trabaja ayudando al paciente a tener cambios en el que todo lo trabajado en terapia se mantiene, por el hecho que este tipo de estimulación tiene beneficios parecidos al sueño REM, algunas teorías sobre el sueño el sueño REM manifiestan que entras en un proceso donde el cerebro selecciona y procesa la información ayuda a la consolidación de la memoria y aprendizaje, así menciona Shapiro (2013) “El aprendizaje tiene lugar a medida que los pensamientos y la información se consolidan e integran con otros recuerdos durante el sueño REM” (p.55).

6.7. Acceso a los recuerdos

EMDR utiliza una herramienta bastante eficaz para acceder a la información de manera rápida, tomando en cuenta el acontecimiento original ya sea reciente o pasado a continuación una lista de ellas:

- La imagen generada por el recuerdo.
- Creencias negativas de sí mismo.
- Las emociones provocadas.
- Las sensaciones corporales.

Con este tipo de información se accede a la lista de recuerdo que tengan conexión o algún tipo de relación si se logra entrar y se puede empezar a la resolución de los mismos.

Se empieza las tandas dependiendo la inclinación del paciente puede ser visual, auditiva o táctil, el número de tandas se aplicaran según el protocolo a seguir durante un tiempo determinado de esta manera el procesamiento de la información va surgiendo hay que estar pendiente ya que nueva información puede surgir en el reprocesamiento.

6.8. Herramientas

El esquema de procedimientos para la evaluación y avance del paciente dentro del protocolo de tratamiento EMDR.

Lista de selección de paciente: en este paso se selecciona al paciente haciendo una entrevista para ver si el paciente puede entrar en un proceso de EMDR de manera directa o necesita preparación.

Fase de preparación: consiste en la explicación de EMDR y las herramientas seleccionadas para el trabajo conjunto a estrategias de afrontamiento. Es importante destacar que el paciente en casos extremos donde su contención emocional se desborde tiene toda la potestad de poder frenar el procedimiento con la señal de pare. En esta parte se identifica el problema planteado, en consecuencia a esto se van sacando una lista de eventos del paso que van relacionados haciendo un plan de blancos.

Valides de creencia (Voc)

Aquí se evalúa la valides que tiene su creencia positiva, se califica el 1 al 7.

SUDs

Con esta escala se mide el grado de perturbación que la persona presenta después del reprocesamiento de los eventos va desde 0 al 10.

Chequeo corporal

Se da para valorar si hay algún malestar a nivel corporal después del reprocesamiento

Instalación de patrones a futuro

En este paso se trabaja con situaciones similares a las ya reprocesadas pero en futuro, cosas que se avecinan y tengan relación con lo ya reprocesado.

EMDR una terapia revolucionaria que da a conocer sus avances con sus respectivos lineamientos científicos y sus sustento teórico para la cura de los traumas en las personas, se sabe que aún hay mucho más que investigar sin embargo ya ha presentado grandes resultados aspectos suficientes para la validación de la misma.

6.9. Metodología:

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	SESIONES
Fase 1	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista - Presentación del modelo EMDR 	<ul style="list-style-type: none"> -Elección de Estimulación Bilateral -Señal de pare 	Área psicológica, Paquete de tratamiento clínico EMDR	Luis Chisaguano	1
Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> - Sacar secuencia de blancos - Brindar técnicas de estabilización y afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> -Seleccionar el Blanco a reprocesar -Lugar Seguro 	Área psicológica, Paquete de tratamiento clínico EMDR	Luis Chisaguano	1
Fase 3	-Reprocesar el blanco original	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajar con la Imagen, Creencia, Emoción, Sensación Corporal. -Medir escala de perturbación (SUD) -VOC: (validez Creencia) -Localizar la sensación Corporal 	Área psicológica, Paquete de tratamiento clínico EMDR	Luis Chisaguano	1

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
Fase 4	DESENSIBILIZACIÓN	-Reprocesamiento y chequeo de nuevos canales	Área psicológica, Paquete de tratamiento clínico EMDR	Luis Chisaguano	3
Fase 5	INSTALACIÓN	-Ligar la creencia positiva deseada con el recuerdo/incidente o imagen original	Área psicológica, Paquete de tratamiento clínico EMDR	Luis Chisaguano	1
Fase 6	CHEQUEO CORPORAL	-Escanear residuos de malestar a nivel corporal	Área psicológica, Paquete de tratamiento clínico EMDR	Luis Chisaguano	1

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO	RESPONSABLE	TIEMPO
Fase 7	Cierre: procedimiento para cerrar una sesión de blanco completo o incompleto.	-Pautas de finalización de la sesión -dar aliento y apoyo al paciente por el esfuerzo realizado. -ejercicio de afrontarán para casa.	Área psicológica, Paquete de tratamiento clínico EMDR	Luis Chisaguano	1
Fase 8	-Revaluación del blanco reprocesado.	-Exploración y cuestionamiento del blanco reprocesado, trabajar según los resultados obtenidos	Área psicológica, Paquete de tratamiento clínico EMDR	Luis Chisaguano	2
DIR	Instalación de patrones a futuro	-Trabajar sobre forma de respuesta frente a situaciones futuras similares.	Área psicológica, Paquete de tratamiento clínico EMDR	Luis Chisaguano	2

6.10. MARCO ADMINISTRATIVO

6.10.1. Recursos físicos o institucionales

- Universidad Técnica de Ambato
- Fundación de niños especiales San Miguel

6.10.2. Recursos humanos

Población: 32

Muestra: 32

Investigador: Luis Chisaguano

Expertos:

Índice de Katz dependencia o independencia de las actividades de la vida diaria elaborado por S. Katz.

Escala de Hamilton para ansiedad mide los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad elaborado por Milton Hamilton.

Tutor: Dr. Mg. Santiago Añasco Lalama

6.10.3. Materiales

Instrumentos de oficina

Medios magnéticos

Computador

Fotocopias

Reproducción de documentos

6.10.4. Económicos

Presupuesto

Rubro de gastos	Valor
Materiales de oficina	\$50
Fotocopias	\$25
Trabajo de investigación	\$200
Trasporte	\$45
Trabajo personal	\$1.000
Rubro de imprevistos	\$60
Otros	\$30
Total	\$1.410

Tabla 10 Presupuesto

Elaborado por: Luis Chisaguano

Fuente: Investigación de campo

Cronograma

Nº	Actividad	Junio	Julio	Agosto	septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
1	Presentación del proyecto	X							
2	Aprobación de proyecto	X	X						
3	Revisión bibliográfica	X	X	X					
4	Construcción de marco teórico		X	X	X				
5	Selección y diseño de instrumentos		X	X					
6	Validación y pilotaje			X	X				
7	Investigación de campo				X	X	X		
8	Procedimiento de la información					X	X	X	
9	Diseño de propuesta						X	X	
10	Presentación del informe del proyecto								X

Cuadro 6 Cronograma

Elaborado por: Luis Chisaguano

Fuente: Investigación de campo

6.11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Armayones, M. Horta, E. Jame, A. Requena, E. Talan, A. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.

Bobes, J. Paz, M. Bascarán, M. Saíz, P. Bousoño, M. (2003). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Grafiques 92, S.A.

Carrión, O. Bustamante, G. (2008). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Galerna.

Cosacov, E. (2005). *Introducción a la Psicología*. Córdoba: Brujas.

Clavijo, R. Fernández, C. Rodríguez, L. Patiño, J. Ales, M. Gonzales, M. Pérez, N. Junquera, C. Ribes, D. Reina, J. (2005). *Educador de educación especial de la generalitat valenciana*. Madrid, S.L. Sevilla.

Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado: Toma el control de la vida con el EMDR*. Barcelona, España: Kairós, S.A.

Shapiro, F. Silk, M. (2008). *EMDR: Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas*. Barcelona, España: Kairós, S.A.

Shapiro F. (2010). *Emdr (Eye movement desensitization and reprocessing)*. México. Pax México.

Instituto de migraciones y servicios sociales. (2000). *Valoración de las situaciones de minusvalía*. Madrid: Grafo, S.A.

Roques, J. (2009). *Curar con EMDR: Teoría y práctica*. Barcelona, España: Kairós, S.A.

OMS. (2001). *Clasificación internacional de enfermedades (CI 10)*. EE.UU. Panamericana S.A.

Trull, T. & Phares, E. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: International Thomson Editores, S.A.

Varios Autores. (1995). *DSM IV*. Barcelona. Masson, S.A.

LINOGRAFÍA

Aguilera Pérez, P. & Whetsell, M. V. (2007). *La ansiedad en niños hospitalizados*. *Aquichan*, 7(2) 209. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107211>

Cantwell, V. (1990). *Comentarios a la convención de las naciones unidas sobre los derechos del niño*. Recuperado de: http://surargentina.org.ar/material-interes/material/01_normativa_vigente/01_convencion_comentada.pdf

Cuevas, V. (2006). *Historia de la psicología*. Recuperado de: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20INGENIER%3%8DA%20AGRON%3%93MICA/CARRERA%20DE%20INGENIER%3%8DA%20AGRON%3%93MICA/02/PSICOLOGIA/concepto%20e%20historia%20de%20la%20psicl.pdf>

Diez, A. (2004). *Las "necesidades educativas especiales". Políticas educativas en torno a la alteridad*. Recuperado de:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2004000100010

Macías, F. (2010). *Niños con necesidades educativas especiales*. Recuperado de: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/PublicacionesMedios/BoletinPrincipioActivo/60_ninos_con_necesidades_educativas_especiales.pdf

Rivas Paladines. (2010). *Introducción a la psicorrehabilitación Educación especial, situación actual y perspectivas*. Recuperado de: <http://www.unl.edu.ec/educativa/wp-content/uploads/2010/02/TELLER-DE-INTRODUCCION-A-LA-PSICORREHABILITACION.pdf>

Unesco. (1994). *Conferencia Mundial sobre necesidades educativas especiales: Acceso y calidad*. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/0011107/1110753so.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS

EBRARY Moreno, P. Martin. Julio, C. (2010). *Dominar las crisis de ansiedad: una guía para pacientes*. España. Desclee de Brouwer. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10472950&p00=ansiedad>

EBRARY Schlatter, N. Javier. (2003). *La ansiedad: un enemigo sin rostro*. España. EUNSA. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10637363&p00=ANSIEDAD>

PUBMED Yatsugi, S. Suzukamo, Y. Izumi, S. (2013). *Productive social activities in mothers of intellectually disabled children moderate the relationship between caregiver burden and self-rated health*. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. (Volumen) 60(7):387-95. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24107302>

PUBMED Kim, KR. Lee, E. Namkoong, K. Lee, YM. Lee, JS. Kim, HD (2010). *Caregiver's burden and quality of life in mitochondrial disease*. *Pediatr Neurol*. (Volumen) 42(4):271-6. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20304331>

PUBMED Basaran, A. Karadavut, KI. Uneri, SO. Balbaloglu, O. Atasoy, N. (2013). *The effect of having a children with cerebral palsy on quality of life, burn-out, depression and anxiety scores: a comparative study*. *Eur J Phys Rehabil Med*. (volumen) 49(6):815-22. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24285025>

6.12. ANEXOS

Anexo 1: Valoración de las actividades de la vida diaria -índice de katz



De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- ✓ Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- ✓ Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- ✓ Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ

AREA		Calf.
1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

Resultado:.....

Anexo 2: Escala de Hamilton para la Ansiedad

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

PAQUETE DE TRATAMIENTO CLÍNICO

**ESTOS FORMATOS PUEDEN DUPLICARSE PARA SER USADOS CON
PACIENTES
SÓLO POR PROFESIONALES ENTRENADOS FORMALMENTE EN EMDR**

Fase 1

Lista de Criterios de Selección de Pacientes

Fase 2

Lista de Preparación

Ejemplos de Cogniciones

Hoja del Plan de Secuencia de Blancos EMDR

Incremento de Recursos

Fase 3

Hoja de Evaluación del Recuerdo Blanco

Notas de Resumen del Tratamiento

Fase 8

Hoja de Práctica Día 3

Consideraciones del Plan de Tratamiento


Fase 3 Hoja de Evaluación para cualquier Recuerdo Blanco

Pasos del Procedimiento para instalar Patrones a Futuro

Patrón a Futuro


NOTA: Use su juicio clínico en cuanto al orden en que deben ser usadas las hojas de trabajo. Para algunos pacientes puede ser necesario introducir intervenciones de la Fase 2 (Preparación) antes de desarrollar los Planes de Secuencia de Blancos de la Fase 1 (Historia)

Anexo 4: Paquete de tratamiento clínico EMDR



Ministerio
de Salud Pública

Dirección Nacional de Discapacidades Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud



Calificación de la Discapacidad

Tipo discapacidad	CIE10	Porcentaje parcial de discapacidad
<input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> FISICA	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> INTELLECTUAL	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> LENGUAJE	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> MENTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> VISUAL	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

Deficiencia que predomina

Porcentaje global de discapacidad

 %

Grado de discapacidad

Puntaje factores Sociales

 %

Recomendaciones prioritarias

<p>Terapias</p> <input type="text"/>	<p>Ayudas Técnicas</p> <input type="text"/>
<p>Requiere vehículo ortopédico?</p> <input type="text"/>	
<p>Mando Vehículo Ortopédico</p> <input type="text"/>	<p>Aditamentos especiales</p> <input type="text"/>

FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL CALIFICADOR

Av. República de El Salvador 36-64 y Suecia
Teléfonos: 593 (2) 381440
www.msp.gob.ec