



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

TEMA:

Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, durante el período de mayo a agosto del 2016.

AUTORAS:

Alfonso Tola, Mariana Paulina

Flores Galán, María José

**Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de
Licenciadas en Terapia Física**

TUTORA:

Ortega Rosero, María Narcisa

Guayaquil, Ecuador

20 de septiembre del 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Alfonso Tola Mariana Paulina y Flores Galán María José**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciadas en Terapia Física**.

TUTORA

f. _____

Ortega Rosero, María Narcisa

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del año 2016.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Alfonso Tola Mariana Paulina y Flores Galán María José**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, durante el período de mayo a agosto del 2016.** Previo a la obtención del Título de **Licenciadas en Terapia Física**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del 2016.

LAS AUTORAS

f. _____

Alfonso Tola Mariana Paulina

f. _____

Flores Galán María José



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Alfonso Tola Mariana Paulina y Flores Galán María José**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, durante el período de mayo a agosto del 2016**, cuyo contenido ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 del mes de septiembre del año 2016.

LAS AUTORAS:

f. _____

Alfonso Tola Mariana Paulina

f. _____

Flores Galán María José

REPORTE URKUND

URKUND

Documento [Psiquiaticos_Tesis_S_Final_2.docx \(021471731\)](#)

Presentado 2016-08-22 23:01 (-05:00)

Presentado por MARIA ORTEGA (marynarcy2012@gmail.com)

Recibido maria.ortega05.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje [TT_UCSG_Mostrar el mensaje completo](#)

1% de esta aprox. 47 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 3 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

+	Categoría	Enlace/nombre de archivo
+		tesis.ucsg.Alfonso.docx
+		perez.fredoy.pdf
+		http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5067/1/T-UCSG-PRE-MED-TERA-S1.pdf
+	Fuentes alternativas	
+	La fuente no se usa	

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

2016

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE BIBLIOTECAS

GUIA PARA PRESENTACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

100%

TEMA: Técnica de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes de 20 a 45 años de edad con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Durante los meses de Mayo-Agosto del 2016.

1

Activo

Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / tesis ucsg Alfonso.docx **100%**

Tema: "Técnica de la Terapia de la conciencia corporal basal en pacientes de 20 a 45 años de edad con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Durante los meses de Mayo-Agosto del 2016." 2016

AUTOR (ES): Alfonso Tola Mariana Paulina Flores Galán María José

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de Licenciada en Terapia física TUTOR: Ortega Rosero María Narcisca Mgs. Guayaquil, Ecuador (día) de agosto del 2016 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS TERAPIA FISICA

CERTIFICACIÓN: Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Alfonso Tola Mariana Paulina y Flores Galán María José, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Terapia Física.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar una eterna gratitud a Dios por darme tantas oportunidades y bendecirme día a día, agradecida con mis amados padres que son el pilar fundamental de mi vida, por estar siempre apoyándome y deseándome lo mejor.

Un eterno agradecimiento al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, por abrirnos las puertas de su prestigiosa institución y poder realizar el presente trabajo, a mi Tutora Magister María Ortega Rosero por cada consejo, guía y recomendación, a la Lcda. Patricia Llaguno y Lcda. Mónica Galarza por su apoyo incondicional.

Agradezco también a mi compañera y amiga de Trabajo de Titulación por cada momento compartido en esta hermosa experiencia, a toda mi familia, mi novio y a mis amigos por estar siempre alentándome en este proceso.

Mariana Alfonso Tola.

Agradezco a mis padres, amigos y compañeros que formaron parte en este trabajo de titulación, a mis padres, sobrinos y hermanas por ser mi motor de arranque y a mis amigas por tenerme paciencia en todo este proceso lleno de estrés e impaciencia.

Agradezco a la Licenciada Llaguno por motivarnos que este trabajo es muy novedoso y su enseñanza es excelente, gracias por ser mí guía. A mi gran Amiga Lola gracias por enseñarme que un trabajo se lo lleva al éxito, con paciencia y en silencio.

Por ultimo a mis 2 conocidas del país vecino, España que me brindaron artículos por sobre el tema a trabajar, a la Licenciada Andrea Ferro y a la Licenciada Laura Ortiz.

María José Flores

DEDICATORIA

Dedico este logro académico en primer lugar a DIOS que con su infinito amor y misericordia me ha dado la vida para poder obtener mi ansiado título y con todo cariño a mis padres el M.M. Rafael Alfonso Granizo y la Sra. Laura Tola Guerrero que son mi vida, mi ejemplo, mi lucha y que cada logro es por y para ustedes, los amo.

También dedico este proyecto a mi novio el Ing. Rubén Arias, por todo el apoyo incondicional que ha tenido conmigo, a mi familia Alfonso Granizo y Tola Guerrero por estar siempre alentándome en todos mis sueños.

Con mucho amor.

Mariana Alfonso Tola.

Agradezco a Dios un ser sobrenatural e inalcanzable pero su amor es tan infinito que me regaló una profesión, este trabajo es el resultado del esfuerzo de mis padres a quienes les dedico cada noche de estudio que hoy es un fruto cosechado, a mi sobrinos y hermanas que han sido mi ejemplo a seguir, a mis amigas que con su enseñanza, locura y sonrisas animaron días tras días y a los docentes que me enseñaron a ser mejor en la profesión.

María José Flores.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

MARÍA NARCISA ORTEGA ROSERO

TUTORA

f. _____

MÓNICA DEL ROCIO GALARZA ZAMBRANO

MIEMBRO I DEL TRIBUNAL

f. _____

VÍCTOR HUGO SIERRA NIETO

MIEMBRO II DEL TRIBUNAL

f. _____

STALIN AUGUSTO JURADO AURIA

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG
CERTIFICACIÓN	
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	
AUTORIZACIÓN	
REPORTE URKUND	
AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTESTACIÓN	VIII
ÍNDICE DE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	15
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.1.Formulación del problema.....	20
2.OBJETIVOS.....	21
2.1. Objetivo general.....	21
2.2. Objetivo específico.....	21
3.JUSTIFICACIÓN.....	22
4.MARCO TEÓRICO	24
4.1.Marco referencial	24
4.1.1.Las experiencias de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con esquizofrenia.....	24
4.1.2.La experiencia de los fisioterapeutas realizando la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en los pacientes con esquizofrenia.....	25
4.2.Marco teórico	26
4.2.1.Principales patologías psiquiátricas	26
4.2.2.Alteraciones psicomotrices	29
4.2.3.Terapia de la Conciencia Corporal Basal (TCCB).....	37
4.3.Marco legal	52
4.3.1.Ley de ejercicio y defensa ética y profesional de los Fisioterapeutas.	52
4.3.2.Ley Orgánica de Salud	53

4.3.3.Ley Orgánica de Salud Mental.....	53
4.3.4.Ley de Discapacidad.....	54
5.FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	55
6.IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES.....	56
7.METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
7.1.Justificación de la Elección del Diseño.....	57
7.2.Población y Muestra.....	57
7.2.1.Criterios de Inclusión.....	57
7.2.2.Criterios de Exclusión.....	58
7.3.Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos.....	58
7.3.1Técnicas.....	58
7.3.2Instrumentos.....	58
8.PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	59
8.1.Análisis e Interpretación de Resultados.....	59
9.CONCLUSIONES.....	88
10.RECOMENDACIONES.....	89
11.PROPUESTA.....	91
BIBLIOGRAFÍA.....	102
ANEXOS.....	110
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	124

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁG.
Tabla 1: Distribución porcentual según el rango de edad	59
Tabla 2: Distribución porcentual según sexo de pacientes con trastornos mentales	60
Tabla 3: Distribución porcentual según diagnóstico clínico/ motivo de ingreso	61
Tabla 4: Distribución porcentual de los resultados obtenidos el Body Awareness Scale Interview.....	63
Tabla 5: Distribución porcentual de los resultados obtenidos el Body Awareness Scale Interview.....	65
Tabla 6: Distribución porcentual mediante la comparación de los resultados obtenidos el Body Awareness Scale Interview	67
Tabla 7: Distribución Porcentual de los resultados iniciales obtenidos del test Body Awareness Rating Scale (BARS).....	69
Tabla 8: Distribución Porcentual de los resultados finales obtenidos del test body awareness rating scale (BARS).....	74
Tabla 9: Distribución Porcentual de análisis comparativo de los resultados iniciales y finales del test body awareness rating scale (BARS)	79
Tabla 10: Distribución porcentual de los resultados de la escala inicial de Barthel	84
Tabla 11: Distribución porcentual de los resultados de la escala final de Barthel	85
Tabla 12: Distribución porcentual de los resultados iniciales y finales de la escala de Barthel	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁG
Gráfico 1: Distribución porcentual según el rango de edad	59
Gráfico 2: Distribución porcentual según sexo.....	60
Gráfico 3: Distribución porcentual según diagnóstico clínico o ingreso	61
Gráfico 4: Distribución de los resultados iniciales items fisiológico	63
Gráfico 5: Distribución de los resultados iniciales items actitud corporal.....	63
Gráfico 6: Distribución de los resultados finales items fisiológico.....	65
Gráfico 7: Distribución de los resultados finales items actitud corporal	65
Gráfico 8: Comparación de los resultados del fisiológico	67
Gráfico 9: Comparación de los resultados del items actitud corporal	68
Gráfico 10: Comparación de los resultados iniciales decúbito.....	70
Gráfico 11: Distribución de los resultados iniciales en bipedestación.....	71
Gráfico 12: Distribución de los resultados iniciales en marcha.....	72
Gráfico 13: Distribución de los resultados iniciales en pareja	73
Gráfico 14: Distribución de los resultados finales decúbito.....	75
Gráfico 15: Distribución de los resultados finales en bipedestación	76
Gráfico 16: Distribución de los resultados finales en marcha	77
Gráfico 17: Distribución de los resultados finales en pareja	78
Gráfico 18: Comparación de los resultados decúbito	80
Gráfico 19: Comparación de los resultados en bipedestación	81
Gráfico 20: Comparación de los resultados en marcha	82
Gráfico 21: Comparación de los resultados en pareja	83
Gráfico 22: Resultados iniciales del Indice de Barthel.....	84
Gráfico 23: Resultados finales del Indice de Barthel	85
Gráfico 24: Resultados comparativo del Indice de Barthel	86

RESUMEN

En nuestro país no existe un programa de rehabilitación física basado en pacientes con trastornos mentales que presentan alteraciones psicomotrices, el objetivo del trabajo de Titulación es demostrar los beneficios de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad con: alteración de la marcha, desequilibrio, falta de concientización del esquema corporal y calidad del movimiento, que se encuentran ingresados de forma permanente en la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. La metodología fue pre-experimental con nivel explicativo, la población fue de 50 pacientes con una muestra de 25 pacientes de sexo femenino y masculino, se tomaron varios métodos para la recolección de datos como: historias clínicas, evaluación en base a la escala Corporal Basal, evaluación de la calidad del movimiento II –BARS y el Índice de Barthel que evalúa la parte neurocognitiva mediante las actividades de la vida diaria. Los resultados obtenidos reflejan mejoría en la posición decúbito de un 24% a un 28%; en la bipedestación-equilibrio de un 4% a un 28%; optimizando su marcha de un 12% a un 24%, en la interacción en pareja que trabaja en la calidad del movimiento se observó una mejoría de un 40% siendo su porcentaje inicial 12%, y un 32 % en esquema corporal. Concluyendo que la implementación del programa fisioterapéutico, otorga beneficios en la calidad de movimiento, en marcha, equilibrio, y esquema corporal durante estos 4 meses de intervención. Por lo tanto, la propuesta del trabajo de titulación es realizar un programa basado en la Terapia de la Conciencia Corporal Basal como parte fundamental para la recuperación integral del paciente psiquiátrico.

Palabras Claves: TERAPIA DE LA CONCIENCIA CORPORAL BASAL; ALTERACIONES PSICOMOTRICES; TRASTORNOS MENTALES; FISIOTERAPIA EN SALUD MENTAL.

ABSTRACT

In our country there is not a physical rehabilitation program based on patients with mental disorders who present psychomotor alterations, the objective of this work Titling is to demonstrate the benefits of the therapy of Body Awareness Basal in patients with mental disorders 20-45 years of age who have psychomotor disorders such as abnormal gait, balance, awareness scheme body and quality of the movement, who are admitted permanently in the ward of the "Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil". The methodology was pre-experimental with explanatory level; the population was 50 patients with a sample of 25 patients female and male, several methods for data collection and were taken: medical records, evaluation based on the Basal Body Scale, evaluation of the quality of movement II -BARS and Barthel index that assesses neurocognitive part through activities of life daily. The results reflect improvement in the position supine from 24% to 28%, in the standing balance position from 4% to 28%, optimized their March from 12% to 24%, in the interaction couple working on movement quality improvement of 40% it was observed initial rate being 12% and 32% in bodily Schem. Concluding that the implementation of the program physiotherapist, gives benefits in the quality of movement, running, balance, and scheme body during these 4 months of intervention. Therefore, the degree work proposal is a program based on the therapy of the Basal body awareness as a fundamental part for the integral recovery of psychiatric patient.

Key Words: BODY AWARENESS THERAPY BASAL; PSYCHOMOTOR DISORDERS; MENTAL DISORDERS; MENTAL HEALTH PHYSICAL THERAPY.

INTRODUCCIÓN

Cada paciente con trastornos mentales, presentan déficits neurológicos y físicos, son pacientes con una dualidad mente-cuerpo, todo lo que le afecta a la mente se refleja en su cuerpo. Debido a este factor el cuerpo sufre cambios de patrones de movimiento y su conciencia basal se trastorna por lo cual el paciente a pesar de su diagnóstico clínico establecido presenta alteraciones psicomotrices que afectan su desarrollo personal.

La importancia de tratar a un paciente con trastornos mentales es vital, porque la Terapia de la Conciencia Corporal Basal se fundamenta en mejorar de manera integral al paciente, no solo tratándolo de una manera clínica y farmacológica sino de una manera completa, enfocándonos que el paciente debe mejorar su calidad de vida para la pronta reincorporación a la sociedad.

Como se observa en el estudio científico “Las experiencias de terapia de la conciencia corporal basal en pacientes con esquizofrenia” se demuestra que esta técnica presenta ese vínculo entre la parte cognitiva y física del paciente, que nos dará como resultado efectos positivos del tratamiento (Hedlund & Gyllensten, 2013).

Las alteraciones psicomotrices que se encontraron en el Instituto de Neurociencias son: la alteración de la marcha, la falta de calidad del movimiento, y el desequilibrio corporal lo cual, el fisioterapeuta debe enfocarse al tratamiento cuerpo-mente-ambiente optimizando la calidad del movimiento que debe brindar en cada sesión individual al paciente y así concientizar cada parte de su cuerpo, la funcionabilidad del control del esquema motriz, la relajación a través de la respiración y culminando con la interacción con los demás ejecutándolo en las sesiones grupales.

El Trabajo de Investigación se basa en demostrar los beneficios de la Técnica de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal, en los pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad que presentan diversas alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

El fin del presente trabajo de titulación es proponer que esta técnica debe aplicarse en el Instituto de Neurociencias y en los diferentes centros de salud públicos y privados que tengan pacientes con trastornos mentales, características cognitivas y físicas ya estipuladas para la mejoría de la calidad de vida y reincorporación a la sociedad del paciente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental se define como: “un estado de bienestar en el cual, el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013).

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. (OMS, 2016)

Al presentar dicha estadística muchos de los pacientes no se encuentran recibiendo ninguna clase de tratamiento, tanto medicamentoso como fisioterapéutico, debido a la necesidad de la fisioterapia en salud mental esta se originó en países europeos, pues el trastorno mental en base a estudios se identificó que no solo estaba afectando a la mente, sino también al área motriz.

En España se observa en las estancias hospitalarias que por enfermedades mentales suponen un 9,7% del total, en contraste con el apenas 2,5% de altas con este diagnóstico. Son cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) en su Encuesta de Morbilidad Hospitalaria correspondiente a 2014 (INE, 2014). Teniendo esta transcendencia del índice elevados en el área hospitalaria en España, como país de referencia, dan la iniciativa para que la Fisioterapia se encuentre incluida en el campo psiquiátrico.

En países Europeos como España, Bélgica y Noruega, han realizado arduo trabajo incluyendo a la fisioterapia en el área de la psiquiatría, tanto

hospitalaria como en consulta externa, obteniendo grandes resultados y es por eso que crean la Asociación de Fisioterapia en salud mental.

La Fisioterapia en Salud Mental (FSM) es: “Una especialidad de la fisioterapia que abarca un amplio número de técnicas dirigidas directamente a mejorar los trastornos mentales” (Catalán, 2009).

Los trastornos psíquicos van acompañados en muchas ocasiones de síntomas corporales, revelando así un conjunto de síntomas propios, ya que existe una estrecha relación cuerpo-mente (Catalán, 2009a).

En Ecuador constan un 2,45% de discapacidad psico-social que es 10,053 personas, tomando este registro del (CONADIS, 2016). Existen 2.073 con discapacidad psico-social en la ciudad de Guayaquil, una de las ciudades que cuentan con una gran cantidad de personas con dicha discapacidad (Conadis, 2016).

Al tener en claro las definiciones y conceptos más importante de la investigación a realizar, luego basándose de las revisiones bibliográficas se considera que en el Ecuador no existe un programa de Rehabilitación basados en pacientes psiquiátricos del área de hospitalización en ningún centro de salud tanto público como privado.

En el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, los profesionales centran la atención del paciente, en el área emocional, intelectual y muchas veces cognitiva, sin tomar en cuenta las alteraciones psicomotrices que dejan las enfermedades mentales y los fármacos prescritos.

Siendo de mucha importancia el rol que emplea el fisioterapeuta en salud mental porque es un profesional que puede ofrecer un gran arsenal de abordajes físicos de tratamiento dirigidos a relajar síntomas, evaluación y tratamiento de pacientes con trastornos mentales (Donaghy y Durward, 2000).

1.1. Formulación del Problema

¿Cuál es el beneficio de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años, con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Demostrar los beneficios de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad con alteraciones psicomotrices en la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

2.2. Objetivo específico

- Identificar a los pacientes con alteraciones psicomotrices, que se encuentren en la sala de hospitalización mediante la historia clínica.
- Evaluar antes y después la calidad del movimiento, equilibrio y marcha a los pacientes de la sala de hospitalización, para determinar las alteraciones psicomotrices.
- Aplicar la Terapia de la Conciencia Corporal Basal, mediante técnicas kinésicas, para disminuir las alteraciones psicomotrices.
- Establecer un programa de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal, como técnica alternativa de rehabilitación, para implementarse en la sala de hospitalización.

3. JUSTIFICACIÓN

La Fisioterapia en salud mental incluye evaluación y tratamiento de pacientes con ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, esquizofrenia, demencias, problemas de conducta, adicciones, afecciones mentales y entre otros (Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, 2014).

La Terapia de la Conciencia Corporal Basal es una técnica alternativa del programa de rehabilitación física aplicada a los pacientes psiquiátricos con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización para ayudar a recuperar sus capacidades neurocognitivas, motriz y su nivel funcional.

Así mismo son pocas las investigaciones hechas en Ecuador sobre los beneficios de emplear la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en la intervención de pacientes psiquiátricos con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización, por lo cual, es esencial avanzar en estudios que modernicen el sistema intrahospitalario de este grupo de personas que, de una u otra forma han sido excluidas o abandonadas dentro de la población. El objetivo del fisioterapeuta es ayudar a mejorar la calidad del proceso de hospitalización y evitar las posturas antálgicas que se adquiere por la patología.

Dentro de las líneas de investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil el trabajo de titulación está enfocado en preservar la salud y el bienestar humano, la sub-línea de investigación está sujeta a las enfermedades crónicas y degenerativas más no en salud mental por lo cual esta población de trabajo, son los pacientes que se encuentran con condiciones específicas relacionados con su psicomotricidad.

La línea de investigación de la carrera de Terapia Física que se plantea en el presente trabajo, se ajusta al **Soporte Terapéutico en pacientes críticos / Patologías Complejas**, el mismo que tiene como finalidad:

“Desarrollar el cuidado y tratamiento para paciente críticos y/o patologías complejas con la implementación de técnicas, parámetros y procesos fisioterapéuticos flexibles, capaces de poder acoplarse a cada paciente, pero sin perder sus propiedades y cualidades como medio terapéutico” (SINDE, 2012).

Según la Real Academia Española: “Terapéutica es el tratamiento empleado en diversas enfermedades somáticas y psíquicas, que tiene como finalidad rehabilitar al paciente haciéndole realizar las acciones y movimientos de la vida diaria” (RAE, 2012).

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Marco Referencial

La fisioterapia en salud mental con la terapia de la conciencia corporal basal, plantea que lo que sucede en la mente se refleja en el cuerpo. El impacto en el cuerpo se puede observar por ejemplo en la marcha, el equilibrio corporal, en la percepción del paciente al desarrollo y calidad de los movimientos.

Desde esta perspectiva: “La fisioterapia psiquiátrica estimula al paciente hacia experiencias sobre la manifestación de sentimientos a través del cuerpo y sobre conflictos de larga duración que pueden quedarse impresos en el cuerpo” (Mattsson, 1995). El autor Mattsson alega que el conflicto que sucede en la mente queda impreso en el cuerpo. Y basándose en esta teoría la fisioterapia psiquiátrica lo que evita es la degeneración motriz debido a la patología propiamente dicha y por el medicamento prescrito.

Debido a estos dos factores el cuerpo sufre cambios de patrones de movimientos y su conciencia basal se trastorna, por lo cual, el paciente a pesar de su diagnóstico clínico establecido presenta alteraciones psicomotrices que afectan su desarrollo personal. Para evidenciar estas teorías relevantes sobre la fisioterapia y la psiquiatría se han realizado varios estudios científicos para así obtener la efectividad de esta nueva área y métodos de tratamiento que incorporarían al área médico.

4.1.1. Las experiencias de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con esquizofrenia

La Terapia de la Conciencia Corporal Basal (TCCB) es un tratamiento fisioterapéutico que se utiliza comúnmente en los servicios de salud mental en Europa. Sin embargo, para los pacientes con esquizofrenia, hay pocos

estudios que comprueban la eficacia de TCCB, o los que explican disfunciones o discapacidades, lo cual tiene un efecto sobre en este grupo de pacientes.

El objetivo del estudio fue describir las experiencias de TCCB de los pacientes, centrándose en el tratamiento principal y sus efectos. El método utilizado en este artículo fue por medio de un estudio cualitativo, en elegir ocho pacientes con esquizofrenia por lo cual fueron entrevistados, aplicando una metodología de análisis de contenido. Y el resultado a conseguir fue que los pacientes con esquizofrenia reportan efectos positivos del tratamiento de fisioterapia con TCCB.

Se identificaron cuatro categorías principales: la regulación afectiva, la conciencia corporal, la autoestima, efectos descritos en un contexto social y los efectos sobre la capacidad de pensar (Hedlund & Gyllensten, 2013).

4.1.2. La experiencia de los fisioterapeutas realizando la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en los pacientes con esquizofrenia

Los Fisioterapeutas escandinavos, tratan a los pacientes con esquizofrenia con el método de la terapia de conciencia corporal basal, en las dificultades corporales, disfunción motora y descompensación sensorial.

Los resultados obtenidos según Hedlund & Gyllensten (2012):

- ✓ **Encontrarse:** Describe aspectos importantes al principio del tratamiento.
- ✓ **Descubrimiento de su esquema corporal:** Concibe que la atención de los pacientes se dirija hacia su propio cuerpo y sus experiencias corporales.
- ✓ **El espacio interior hacia el mundo exterior:** Refleja los cambios del paciente y como dirigen su atención al mundo exterior como una persona más competente.

4.2. Marco teórico

4.2.1. Principales patologías psiquiátricas

Los Trastornos mentales según (López, A & Valdés, M. 2002) son:

El término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos».

Se manifiesta que el cuerpo y la mente tienen una inter-relación entre ellos y si la afectación es mental afectara al área motriz y viceversa, y a partir de este concepto se afirma la teoría que el cuerpo es el reflejo de lo que sucede en la mente.

Esquizofrenia:

Es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica).

La resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas

(posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica), y en los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos.

Trastornos por consumo de sustancias:

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

El consumo de sustancias es con frecuencia un componente asociado a la aparición de síntomas propios de los trastornos mentales. Cuando se estima que los síntomas son un efecto fisiológico directo de una sustancia, se diagnostica trastorno inducido por sustancias. Los trastornos relacionados con sustancias también son frecuentes en muchos trastornos mentales y complican su curso y su tratamiento (p. ej., trastorno disocial en la adolescencia; trastornos límite y antisocial de la personalidad, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo).

En el Instituto de Neurociencias al analizar la estadística (tabla 3) de las patologías previas se observó que la mayoría de los pacientes entre 20 a 45 años de edad se los ha diagnosticado por patologías asociadas al trastorno mental por el consumo de droga u otro tipo de sustancias nocivas. Teniendo una gran afectación en su patrón motor y cognitivo, perdiendo la calidad de movimiento y razonamiento por dichas sustancias.

Trastorno esquizo-afectivo:

La característica esencial del trastorno esquizoafectivo es un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas esquizofrénicos.

Además, durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas, sin síntomas afectivos acusados. Finalmente, los síntomas afectivos están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad.

Trastornos del estado de ánimo:

Son trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor y describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos según (López A. & Valdés, M. 2002a):

- ✓ **El trastorno depresivo mayor:** Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- ✓ **El trastorno distímico:** Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- ✓ **El trastorno depresivo no especificado:** Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- ✓ **El trastorno bipolar I:** Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- ✓ **El trastorno bipolar II:** Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

Cada uno de estos trastornos mentales tienen en sí, ya un daño adverso al cuerpo, a las sensaciones, y a la calidad de movimiento armónico que en cada ser humano lo desarrolla en el crecimiento. Tomando en cuenta que el daño de estos factores repercute mucho más en la toma del medicamento ya que cada fármaco prescrito ayuda a controlar al paciente, pero afecta al área motriz.

4.2.2. Alteraciones psicomotrices

Los pacientes con trastornos mentales presentan déficits neurológico y físico, son pacientes con una dualidad mente-cuerpo, todo lo que le afecta a la mente se refleja en su cuerpo.

En primer lugar, la definición del Fórum Europeo de Psicomotricidad, revisada por la Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español define a la psicomotricidad en:

Una visión global de la persona, el término «psicomotricidad» integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio-motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. Partiendo de esta concepción, se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico. (Berruezo, 2008)

Según el Instituto Superior de Reeducación Psicomotriz de París La psicomotricidad se la puede definir como: “Una psicoterapia de mediación

corporal en el curso de la cual el terapeuta estudia y trata las conductas motrices inadecuadas o inadaptadas, en diversas situaciones, generalmente ligadas a problemas psicológicos o psicoafectivos” (Berruezo, 2008a).

En la presente investigación se han observado varios tipos de patologías y a su vez cada una con episodios leves o moderados. Dependiendo su estadio o año de diagnóstico del trastorno mental y los fármacos prescritos, se evidencian las diferentes alteraciones psicomotrices que poseen los pacientes en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Calidad del movimiento:

En dichos pacientes la calidad del movimiento se encuentra alterada, por lo tanto, pierden propiocepción y por ende desarrollan un equilibrio inapropiado; es decir un movimiento simple y armónico no lo pueden ejecutar, por las patologías ya antes mencionadas, además por la falta de atención o dificultad para captar órdenes.

Indiferente sea la patología diagnosticada estos pacientes pierden la relación mente-cuerpo-mundo, es decir pierden su esquema corporal ante el medio que lo rodean, llegan a un punto en que lo inmoral ante la sociedad, para ellos es normal. Dentro de la Calidad del Movimiento existen los trastornos del movimiento que son caracterizados por movimientos agitados del cuerpo, de manera repetitiva, pudiendo llegar a la catatonía.

La catatonía recae en un grupo de características clínicas típicas, que comprenden anormalidades motoras que se presentan en asociación con alteraciones en la conciencia, el afecto y el pensamiento. Los signos más comunes son el mutismo, el negativismo extremo, la adopción de posturas extrañas, la ecolalia y la ecopraxia(Crespo, 2005).

La discinecia tardía es un rango amplio de movimientos anormales involuntarios que compromete frecuentemente a las manos o mandíbula, usualmente incluye corea, atetosis, distonía y balismo (Piñeira, 2013).

La acatisia es un síndrome de inquietud motora generalmente asociado con antipsicóticos, también conocido como “trastornos del movimiento producidos por medicamentos”, se caracteriza por una experiencia subjetiva de malestar y por la necesidad de moverse, y se manifiesta físicamente con movimientos de patrones particulares y movimientos compulsivos (Crespo, 2005a).

Cabe resaltar que la “clásica” incapacidad para permanecer sentado está presente solo en un 18,5% a un 37,2% de los pacientes con acatisia. El componente motor es lo que predomina en el tiempo; suele ser intermitente, y, en general, los movimientos son bilaterales y en miembros inferiores, y los más típicos son: balanceo de las piernas, caminar en un mismo lugar cuando se pone de pie, arrastrar los pies, y balanceo de una y otra pierna mientras se permanece sentado. (Crespo, 2005b)

Equilibrio:

El equilibrio es: “La capacidad de poder mantener una posición en el espacio-temporal, independiente cual sea la movilidad que se ejecute” (Moreno, I., & Lizbeth, V. 2016).

Tipos de equilibrio según Jiménez (2013):

- ✓ **Equilibrio Estático:** la habilidad de mantener el cuerpo erguido y estable sin que exista algún tipo de movimiento.
- ✓ **Equilibrio Dinámico:** habilidad para mantener el cuerpo erguido y estable en acciones que incluyan el desplazamiento o movimiento de un sujeto. El equilibrio depende de un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí y las cuales están reguladas por el sistema nervioso central (SNC).

- ✓ **Centro de gravedad:** el centro de gravedad de un cuerpo es el punto respecto al cual las fuerzas que la gravedad ejerce sobre los diferentes puntos materiales que constituyen el cuerpo producen un momento resultante nulo.

La organización central del control del equilibrio se basa en cuatro elementos según Nogueras (2004):

- ✓ **Valor de referencia estabilizado:** Aquel lugar de proyección al suelo del centro de gravedad en condiciones estáticas.
- ✓ **Señales detectoras de error:** Aquella información aferente proveniente del sistema laberíntico, visual, propioceptivo y cutáneo respecto a los desequilibrios.
- ✓ **Esquema corporal postural:** Aquel que informa sobre la orientación del cuerpo con respecto a la vertical gravitatoria de las Bases Neurofisiológicas del Equilibrio Control Postural (receptores vestibulares, graviceptores somáticos), sobre la posición de los segmentos corporales unos respecto a otros (aferencias de los husos musculares) y sobre sus propiedades dinámicas (sobre todo de las condiciones de apoyo).
- ✓ **Reacciones posturales:** Aquellas que mantienen la posición de referencia y que se organizan a partir de los mensajes de error mediante dos tipos de bucles: uno continuo ante los cambios lentos de posición, y otro discontinuo y fásico que asegura una rápida corrección.

Equilibrio postural:

La postura se define desde múltiples campos y perspectivas, ha sido objeto de estudios de las disciplinas más diversas como: biomecánica, antropología y patología por lo cual, la finalidad del control postural es el orientar las distintas partes del cuerpo sin pérdida de equilibrio, en relación interna y externa, y mientras el cuerpo está estático o dinámico (Nogueras, 2004).

El sistema postural se enfrenta a tres retos principales:

- ✓ Mantener una posición constante (equilibrio) en presencia de la gravedad.

- ✓ Generar respuestas que anticipen los movimientos voluntarios en la dirección deseada.
- ✓ Ser adaptativo.

El equilibrio postural que puede definirse como:

Estado en el que todas las fuerzas que actúan sobre el cuerpo están equilibradas de tal forma que el cuerpo mantiene la posición deseada (equilibrio estático) o es capaz de avanzar según un movimiento deseado sin perder el equilibrio (equilibrio dinámico), es decir, la suma de las fuerzas ejercidas y de sus momentos es cero.(Nogueras, 2004a)

Control postural:

El control postural cumple como objetivo final en mantener el equilibrio ortoestático, para permitir la utilización libre de las extremidades superiores e inferiores, dispone de distintas tácticas para mantener la estabilidad, las cuales están en función del tipo de aferencias disponibles, las condiciones externas o ambientales y la edad de los sujetos (Nogueras, 2004b).

Para mantener el equilibrio durante los distintos movimientos del tronco o de las extremidades, es necesario que el movimiento voluntario vaya precedido de un movimiento contrario y anticipado que traslade la proyección al suelo y del centro de gravedad dentro de la nueva base de sustentación que pretende utilizar (López, G. 2013).

Sistema propioceptivo:

El equilibrio se relaciona con el sentido de propiocepción, que es el sentido que informa al organismo de la posición de los músculos, es la capacidad de sentir la posición relativa de partes corporales. La propiocepción regula la

dirección y rango de movimiento, permite reacciones y respuestas automáticas, interviene en el desarrollo del esquema corporal y en la relación de éste con el espacio, sustentando la acción motora planificada (Jiménez, 2013a).

Las aferencias propioceptivas son imprescindibles dentro del control de la postura y del equilibrio, ya que proporcionan información sobre la posición de las distintas articulaciones entre sí y el grado de tensión de la musculatura que las mantiene (Nogueras, 2004c).

El término propiocepción fue acuñado por Sherrington (1910):

Al denominar como propioceptivas aquellas señales sensitivas generadas por los propios movimientos del cuerpo al activar los receptores localizados en músculos, tendones, articulaciones y piel. Además, esos receptores no sólo informan de los movimientos en sí, sino de la tensión muscular y la posición u orientación de las distintas articulaciones y segmentos corporales. (p.80)

Conciencia corporal/ Esquema corporal:

Es el medio fundamental para cambiar y modificar las respuestas emocionales y motoras. Aunque se debe tener en cuenta que se entra en un proceso de retroalimentación, puesto que el movimiento consciente a incrementar a su vez la conciencia corporal y la relajación. “El conocimiento inmediato y continuo que nosotros tenemos de nuestro cuerpo en estado estático o movimiento, en relación con sus diferentes partes y sobre todo en relación con el espacio y los objetos que nos rodean” (Skjaerven, 2015).

Los fundamentos de la conciencia corporal y la toma de conciencia de son:

- ✓ Conocimiento del propio cuerpo global y segmentario.
- ✓ Partes de su cuerpo en sí mismo y en el otro.
- ✓ Movilidad- inmovilidad.
- ✓ Cambios posturales
- ✓ Desplazamientos, saltos y giros.
- ✓ Agilidad y coordinación global.
- ✓ Noción y movilización del eje corporal
- ✓ Equilibrio estático y dinámico
- ✓ Lateralidad
- ✓ Respiración
- ✓ Control de la motricidad fina
- ✓ Coordinación óculo-manual
- ✓ Desarrollo expresivo, creativo de sentidos y emociones.

Para alcanzar un desarrollo óptimo de la conciencia corporal se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Tomar conciencia del cuerpo como elemento expresivo y vivenciado.
- ✓ Conocer, desarrollar y experimentar los elementos de la expresión: espacio, tiempo, movimiento y todas sus combinaciones.
- ✓ Conocer, desarrollar y favorecer la comunicación intra- personal, interpersonal, intra- grupal e intergrupal.

Marcha:

La marcha es un acto que permite el desplazamiento del individuo como resultado de una elaboración mental en la que participan diversos órganos y sistemas. La alteración de cualquiera de estos originará un trastorno de la marcha con peculiares características (Anómala, 2000).

La marcha y gesticulación pueden revelarnos alteraciones espontáneas de su motricidad. Pueden así observarse tics, producidos por contracciones, repentinas e involuntarias de pequeños grupos musculares, en cuya

producción parece contribuir una conjugación de factores emocionales y orgánicos, constitucionales o adquiridos (Anómala, 2000a).

Tipos de alteraciones de marcha

De acuerdo a las alteraciones de la marcha descritas según Anómala (2.000) son:

- ✓ **Marcha hemiparética:** Este tipo de marcha se origina por una lesión de la vía piramidal, el paciente camina lentamente, apoyando el peso del cuerpo sobre el miembro no afectado, desplazando el parético en arco («marcha del segador»).
- ✓ **Marcha en puntillas:** El paciente camina sobre las puntas de los dedos («marcha digitada o en puntillas»). Se relaciona con situaciones diversas: lesión piramidal, lesiones medulares, miopatías con retracción del tendón de Aquiles, distrofia muscular tipo Becker y la contractura de los extensores obliga a caminar sobre los dedos y, por aproximación de los muslos, al avanzar, las rodillas rozan entre sí por su cara interna («marcha en tijeras»).
- ✓ **Marcha atáxica:** La ataxia se define como una alteración de la coordinación de los movimientos voluntarios y del equilibrio.
- ✓ **Marcha estepante («steppage»):** El paciente muestra una dificultad para realizar la flexión dorsal del pie por lo que, para no arrastrarlo durante la marcha, levanta exageradamente la rodilla y al apoyar el pie lo hace tocando primero el suelo con la punta. Se produce por afectación del grupo muscular inervado por el nervio ciático poplíteo externo.
- ✓ **Marcha miopática balanceante:** En este tipo de marcha el paciente, por afectación de los músculos de la cintura pélvica, camina balanceando el cuerpo (hacia uno y otro lado), con exageración de la lordosis lumbar («marcha de pato»).

4.3.8.1 Alteración de la marcha por consumo de sustancias tóxicas.

Según Collado (2004) identificó las alteraciones de la marcha por el consumo de sustancias tóxicas:

El abuso de consumo de medicamentos, alcohol y drogas puede producir variaciones de la marcha con alteraciones de la percepción sensorial y la función mental, dando como características la velocidad y cadencia de la marcha, inseguridad durante el desplazamiento y caídas frecuentes.

El consumo de alcohol provoca alteraciones de la percepción sensorial, del equilibrio, la coordinación y la realización de movimientos finos, lo que se traduce en alteraciones de la marcha y de los movimientos más precisos. El estado de embriaguez modifica la forma de andar del sujeto, su capacidad para realizar cambios posturales, mantener posturas o girar sobre sí mismo, por alteraciones de la coordinación y equilibrio.

Drogas de abuso como la marihuana, anfetaminas, opioides etc., pueden producir alteraciones de la marcha con trastornos de coordinación, equilibrio, alucinaciones, alteraciones de la percepción, aparición de euforia y en otros casos aparición de apatía, torpeza, deterioro del juicio, concentración y memoria.

4.2.3. Terapia de la Conciencia Corporal Basal (TCCB)

La Terapia de la Conciencia Corporal Basal es una técnica alternativa del programa de rehabilitación física aplicada a pacientes psiquiátricos con alteraciones psicomotrices para ayudar a recuperar sus capacidades neurocognitivas, motriz y su nivel funcional.

Los fisioterapeutas de países europeos al realizar tratamientos en el área de la salud mental utilizan la terapia de la conciencia corporal. Esta técnica se

basa en 4 áreas fundamentales que son: el equilibrio, la postura, la respiración libre y la conciencia del esquema corporal.

Esta técnica fisioterapéutica será utilizada para trastornos relacionados con el conocimiento del cuerpo, constituye la base para que los pacientes optimicen la calidad del movimiento al realizar una acción, la aceptación de su cuerpo, emociones, interacciones con otros pacientes o familiares y el desenvolvimiento en actividades diarias y laborales (Roxendal, G. 1985).

La TCCB comprende en la realización de la calidad del movimiento y a su vez que este sea simple entre el paciente y el fisioterapeuta. Por lo cual deben cumplir el objetivo de aumentar la consciencia sobre el cuerpo y el movimiento, así la motricidad alcanza la máxima funcionalidad posible. Una postura equilibrada en el eje central puede favorecer un cambio positivo en la respiración y relajación del sistema nervioso autónomo.

Estar presente mentalmente es un aspecto importante en unir el proceso psicológico y físico de la persona. Del cual debe haber interacción entre el cuerpo y mente, a través de movimiento armónico. El fisioterapeuta debe enfocarse específicamente al tratamiento cuerpo-mente y la calidad del movimiento que debe brindar en cada sesión al paciente para concientizar cada parte de su cuerpo, la funcionabilidad del control del esquema motriz, la relación a través de la respiración y la interacción con los demás (Catalán, 2012).

En la práctica, la TCCB difiere de la fisioterapia tradicional debido a que la primera presenta un interés en la estimulación de la conciencia sensorial y mostrar la máxima atención en cómo se realizan los movimientos y no en el número de repeticiones (Roxendal, 1995).

Skatteboe, (2005) dijo que: mediante la práctica de la TCCB estos momentos se pueden llegar a disfrutar con mucha mayor duración. Finalmente, se debe intentar conseguir que: “esta experiencia se observe también durante las actividades de la vida diaria” (Catalán, 2007).

Para una intervención de la TCCB hay que tener presente las 4 dimensiones que representan movimiento humano. Las dimensiones según Skjærven 2015 son:

- ✓ **Dimensión física:** El cual su representación se da mediante el recorrido y forma del movimiento (hueso, musculo, arterias).
- ✓ **Dimensión fisiológica:** Se caracteriza por Flujo, elasticidad y ritmo del movimiento. (respiración, circulación, SNC, metabolismo).
- ✓ **Dimensión psicológica:** El paciente representará la atención, expresión, intención. (emociones, sentimiento, impulsos y pensamientos).
- ✓ **Dimensión existencial:** Se incorporará la auto-conciencia, creatividad, racionalidad y presencia. (Representa la dimensión puramente humana, capacidad racional).

Las 2 primeras dimensiones representarán el área motriz del paciente, las siguientes representan el área psicológica y “yo” del paciente (Skjærven 2015).

Para un conocimiento más amplio sobre la técnica TCCB hay que conocer el principal fundamento que es la Conciencia del Movimiento, y se la define como: “Una sensibilidad a los matices del movimiento, siendo consciente de los propios movimientos, en relación al espacio, tiempo y energía, e identificar reacciones sutiles de movimiento a circunstancias internas y del entorno” (Skjærven 2015).

La conciencia del cuerpo:

Es el aspecto corporal de la conciencia total de la persona. Contiene elementos mentales como procesos de pensamiento cognitivo que incluyen el conocimiento del cuerpo y sus partes, percepción de la posición y los movimientos del cuerpo (sentido cinestésico) y el conocimiento de las condiciones para los desplazamientos, por ejemplo, fisiología básica. La conciencia del cuerpo emocional también incluye elementos tales como la actitud del paciente a sus aptitudes físicas, movimientos y ejercicios. (Roxendal, G. 1985)

En las alteraciones del yo, podemos observar cuatro cualidades de la conciencia del cuerpo y la conciencia corporal perturbada que se refiere a los aspectos corporales de una persona en su conciencia total, incluida la experiencia del conocimiento y la actitud del cuerpo según (Roxendal, G. 1985):

- ✓ La actividad, la sensación de tener el control sobre el propio cuerpo y no dejar que el cuerpo nos controle.
- ✓ Integridad (el cuerpo es el mismo en cada momento),
- ✓ La continuidad (la sensación de tener el mismo cuerpo en diferentes ocasiones)
- ✓ La subjetividad (la sensación de los límites entre el cuerpo y el entorno, ver la imagen corporal límites).

Rehabilitación Neurocognitiva:

La rehabilitación cognitiva debe centrarse en alcanzar metas relevantes, debe ser individualizada en función de las capacidades funcionales de la persona y mediante mutuo acuerdo estableció:

Un programa de rehabilitación cognitiva requiere del trabajo conjunto de la persona, la familia y los terapeutas. La rehabilitación cognitiva no es algo que hace solo un profesional, sino que es un proceso que se lleva a cabo con la máxima participación de la persona teniendo en cuenta su déficit cognitivos y el nivel de conciencia de ellos. (Mateer, 2003)

La Organización Mundial de la salud (OMS, 2016) define cuatro niveles que deben de considerarse cuando se trabaja con individuos que tienen discapacidades que son:

- ✓ El primer nivel se denomina neuropatofisiológico y se refiere a las alteraciones subyacentes del funcionamiento físico.
- ✓ El segundo nivel se denomina alteraciones, se refiere a las alteraciones y pérdidas que se producen como resultado de un daño o de una enfermedad.
- ✓ El tercer nivel, limitaciones funcionales, hace alusión aquellos cambios que se producen en las actividades de la vida diaria como consecuencia de las alteraciones.
- ✓ El cuarto nivel participación se refiere al impacto que las limitaciones funcionales tienen sobre la capacidad de la persona para llevar a cabo sus actividades sociales.

La experiencia del cuerpo

Según Roxendal (1985) identificó la experiencia del cuerpo:

La experiencia del cuerpo es un aspecto de la conciencia corporal, el concepto puede referirse a todo el cuerpo o partes del mismo, se caracteriza

por reacciones sensoriales o autonómicas, tales como fuertes latidos del corazón o las mejillas encendidas.

En el cuerpo el término experiencia se utiliza para referirse a la experiencia que tiene una persona con su cuerpo o partes del mismo, ya se trate de hechos o fantasía del paciente, se puede intensificar en las manifestaciones, como una seriedad profunda o verdadera alegría en el ejercicio.

Imagen corporal:

Las representaciones mentales del cuerpo y sus órganos, se definen como imagen corporal, se basa en la percepción del cuerpo por el cual se indican en el análisis factorial de la escala de la conciencia del cuerpo (Roxendal, G. 1985a).

Gestión corporal:

Es la capacidad de controlar la posición del cuerpo, movimientos y el tono muscular. La gestión corporal incluye elementos mecánicos para los movimientos de la vida cotidiana (capacidad motora) y elementos emocionales para la comunicación no verbal como la alineación, asociados con movimientos, gestos y mímica (Roxendal, G. 1985b).

El Patrón de Movimiento:

El patrón de movimiento indica, como es un aspecto del comportamiento en la gestión corporal; se utiliza para que el paciente observe o concientice la postura, la marcha, los movimientos y gestos asociados (Roxendal, G. 1985c).

Tratamiento:

La TCCB usa trabajos asistido con la gravedad en lugar de trabajar en contra de la gravedad. Durante una sección, se realizan diversos movimientos básicos en posturas y situaciones diferentes tales como (Catalán, 2007):

- ✓ Movimiento simple.
- ✓ El origen del movimiento.
- ✓ El crecimiento del movimiento desde el centro del cuerpo.
- ✓ Flujo, libertad, ritmo.
- ✓ Desarrollo personal.
- ✓ Globalidad.
- ✓ Intención y dirección, la experiencia del “yo estoy”.
- ✓ Comienza invitando al movimiento
- ✓ No importa la cantidad, sino la calidad ajustándonos a la necesidad del paciente
- ✓ Ayudar al paciente a buscar la comodidad en el movimiento.

Posiciones:

Las posiciones básicas: supino, sedestación, bipedestación y marcha, el paciente debe indicar que postura es más cómoda para él para comenzar con dicha postura.

Estiramientos:

El paciente debe intentar diferenciar entre tensión y relajación.

Movimientos Básicos:

- ✓ Abducción- Aducción
- ✓ Flexión-Extensión
- ✓ Rotación alrededor del eje vertical
- ✓ Rotación y contra-rotación
- ✓ Trabajo en grupo

Cada ejercicio brindará un movimiento armónico y simple, para que el paciente concientice su esquema corporal con una relajación previa y evitará posiciones viciosas que posteriormente se reflejarán en un trastorno musculoesquelético y psicológico.

La TCCB está fundamentada en 2 etapas, la primera es individual que se fundamenta en reconocer su cuerpo y la concientización de los movimientos simples, la siguiente etapa consiste en trabajar en grupo, esta sesión permite que el paciente tenga un reconocimiento, reacción y comportamiento ante la sociedad. Cada sesión de ejercicios y tratamiento fueron tomados como referencia de estudios ya realizados e investigaciones previas.

Sesiones individuales:

Durante estas sesiones se le va a indicar a los pacientes que tipo de ejercicio está ejecutando para que conozcan la importancia del trabajo realizado, tener en cuenta que no es importante el número de repeticiones que realicen sino la calidad y armonía de los mismos durante cada repetición.

Otro aspecto importante en relación a la metodología de trabajo de la conciencia corporal es el uso continuado de metáforas. Con ello se pretende la estimulación de la capacidad de asociar movimientos corporales con objetos o acciones externas (Catalán, 2009).

Por ejemplo:

- ✓ “El cuerpo sube como si de un ascensor se tratara”
- ✓ “Las manos flotan por encima del agua”
- ✓ “La cuerda se estira al compás de nuestro cuerpo”

El Terapeuta Físico se vuelve un guía y facilitador de los ejercicios, actuando como un espejo para el paciente. Así en los ejercicios realizados en decúbito se dirige verbalmente al paciente y en los ejercicios en la posición de

sedestacion y bipedestación explica el movimiento para que pueda imitarlo; de esta forma se procede a realizar los siguientes ejercicios:

- **En decúbito supino:** El paciente necesita ser guiado para centrarse y tomar conciencia de la respiración y coordinarla con el movimiento, colocándose sobre una colchoneta y ofreciéndoles la posibilidad de tener una almohada, le resultará más cómodo; los siguientes ejercicios según Catalán (2009) son:
 - ✓ Toma de conciencia de la respiración, colocándo ambas manos en el área central del cuerpo y observar el movimiento abdominal que se está realizando debajo de las manos. Esto incrementará la conciencia de la zona abdominal.
 - ✓ Paseo por el cuerpo mediante la focalización-concentración en cada parte del cuerpo y el contacto con el suelo, el paciente va tomando conciencia de cada parte del cuerpo y va observando diversas características de cada zona.
 - ✓ Ejercicios de estiramientos de miembros inferiores y superiores simétricos / asimétricos. Consiste en un ejercicio de coordinación en el que se promueve la realización del estiramiento desde el centro del cuerpo.
 - ✓ Abducción y estiramiento de los miembros superiores en diferentes grados (45°, 90°, 135°). También se puede combinar con estiramiento de miembros inferiores en abducción. Es un ejercicio que está encaminado a la percepción corporal, mediante la observación y la realización de los ejercicios en diversas posturas.
 - ✓ Movimiento de caderas(ocho y círculo) con rodillas flexionadas y unidas coordinando con la respiración.
- **En sedestación:** Se instruye a la realización de autoestiramientos de cada parte del cuerpo mientras se va ofreciendo información relativa a cada parte específica. Se le explica la importancia de conocer y relajar tensiones corporales por ejemplo una crisis de ansiedad. Los estiramientos se

realizan en este orden: cara, cuello, dorsales, hombros, cintura, cuádriceps y gemelos.

Se realizan una serie de ejercicios expuestos a continuación (Catalán, 2009a):

- ✓ Movimiento de pies (pisadas y frotaciones de la planta del pie por el suelo).
 - ✓ Sentir el apoyo con los isquiones.
 - ✓ Balanceo sobre la línea media.
 - ✓ Movimiento de caderas.
 - ✓ Contracción y relajación de hombros.
 - ✓ Cabeza (si y no) – estiramiento muscular.
- **Búsqueda del equilibrio en bipedestación:** Ejercicios de equilibrio y coordinación tales como: balanceo, botes, flexión/extensión de rodillas, peso sobre una pierna y otra, puntillas, coordinación de flexión y extensión de rodillas con puntillas, rotaciones de tronco (Dropsy, 1988).

La finalidad de estos ejercicios es que el paciente tome conciencia y mejore el equilibrio de su cuerpo. En las figuras 1, 2 y 3 se pueden observar los 3 movimientos básicos de coordinación (Dropsy, 1988).

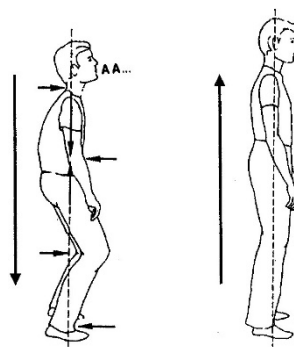


Figura 1. Coordinación de apertura/cierre del tronco (Dropsy, 1988).



Figura 2. Giro alrededor del eje vertical (Dropsy, 1988).



Figura 3. Torsión y contra-torsión alrededor del centro del tronco (Dropsy, 1988).

Sesiones grupales:

Las sesiones grupales consisten en la realización de una mayor progresión de los ejercicios anteriores y la inclusión de actividades en parejas. Cada día se pretende hacer más hincapié en algún aspecto determinado del movimiento tales como: la respiración, la suavidad, la forma ,marcha, el ritmo y la elasticidad (Catalán, 2009b).

A parte de los ejercicios realizados en las sesiones individuales, también se realizaron los siguientes ejercicios grupales:

- **En decúbito supino también se realizaron estos ejercicios:**
 - ✓ Estiramiento y contracción del hombro hacia la cadera contra-lateral.
 - ✓ Cerrar piernas (1º derecha, 2º izquierda, 3º las dos).
 - ✓ Estiramiento de la musculatura de miembro superior e inferior.

- **En sedestación también se realizaron los siguientes ejercicios:**
 - ✓ Pisadas sobre el suelo.
 - ✓ Flexión y extensión del tronco.

- ✓ Abrir y cerrar pectorales.
- **Bipedestación:** En esta postura se realizaron también los siguientes ejercicios:
 - ✓ Movimiento de coordinación de miembros superiores (círculo, ola, cambio de ritmo y dirección).
 - ✓ En el ejercicio a parte de aumentar la sensibilidad y conciencia de la planta del pie, se pretende que el paciente reconozca los conceptos del movimiento, forma y marcha.
 - ✓ Subir y bajar escalones junto al movimiento de coordinación de las manos.
 - ✓ Lanzar un objeto suave (bola pequeña-bola de baloncesto), junto al movimiento de las manos.
 - ✓ Bajar y subir los brazos mediante movimientos de pequeño a mayor. Consiste en un ejercicio de coordinación en donde se pretende integrar la respiración, con el movimiento del tronco unido al movimiento de miembros superiores.
 - ✓ Movimientos de coordinación corporal global con las manos en parejas.

Cada sesión se realiza 2 veces por semana y con una duración de 30 a 45 minutos, cada terapia debe ser recordada con los pacientes, ya que esto les ayuda a trabajar la memoria y la concientización e importancia para la salud física y mental (Catalán, 2009c).

Body Awareness Scale - Interview (BAS-I).

La Body Awareness Scale (BAS) fue creada por la fisioterapeuta Gertrud Roxendal (1985) añadiéndole ítems referentes al cuerpo, validada por (Lundvik-Gyllensten, 1999).

Se ha usado clínicamente en los países nórdicos especialmente en el área de fisioterapia psiquiátrica y psicosomática, demostrando que es clínicamente eficaz y su uso en fisioterapia ha sido ampliamente publicado por

fisioterapeutas de otros países (Roxendal, 1985; Mattsson, 1998; Lundvik-Gyllensten, 2001; Skjærven, 2003).

Los ítems se dividen en tres áreas fundamentales (ver anexo 2):

- ✓ **Estado fisiológico:** Tensión muscular, dolores, problemas en el sueño, cansancio, problemas vegetativos, etc.
- ✓ **Actitud corporal:** Descripción del cuerpo, actitud ante la imagen, actitud ante la actividad física, etc.

BAS-I: Se aplica mediante entrevista personal al paciente otorgándole una puntuación al paciente en una escala de 0 a 3 los cuales significan:

- ✓ 0: normal.
- ✓ 1: algunos síntomas.
- ✓ 2: síntomas moderados.
- ✓ 3: síntomas severos.

BAS-I, ofrece una puntuación que se obtiene sumando todas las respuestas del paciente, se puede obtener una puntuación por cada una de las tres áreas del cuestionario, y una puntuación total sumando las obtenidas en cada área, no existe ningún punto de corte, a menor puntuación significa mejor estado percibido por parte del paciente (Roxendal, G. 1985).

Basic Body Awareness Rating Scale (BARS).

BARS está inspirada en la Psicoterapia Funcional y en la Body Awareness Scale (Roxendal, 1985) y se centra en los recursos personales, reconocimiento y expresión de las emociones. Primero fue creada por Skatteboe (1990) y desarrollada durante la década de los '90 junto con Skjærven (Skjærven, 2002; Skatteboe, 2005).

Las variables que se identifican en BARS según Skjærven (2005):

- ✓ Experiencias corporales.
- ✓ Experiencias emocionales.
- ✓ Función psicomotora.
- ✓ Acción espontánea.
- ✓ Habilidad para verbalizar.
- ✓ Funcionamiento interpersonal.

Consiste en una herramienta de evaluación estructurada a la terapia de la conciencia corporal que se orienta a los recursos y al proceso terapéutico. Es muy simple de usar en la clínica y se puede usar para registrar cambios y progresos durante el tratamiento.

La escala está formada por 12 movimientos que el paciente debe hacer y es puntuado en un rango de 1 a 7, donde 4 es el valor central, 1 el movimiento pobre y 7 el movimiento más integrado y armónico. Los ejercicios se dividen en varias posturas (ver anexo 3): - Decúbito supino. - Sedestación. - Bipedestación. - Marcha (Roxendal, G. 1985).

Índice de Barthel

Según Solís, Arrijoja, & Manzano (2005):

El índice de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original el IB, también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland", se define como:

Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto

examinado para llevar a cabo estas actividades. (Solís, C.; Arrijoja, S. & Manzano, A. 2005)

Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad. El crédito completo no se otorga para una actividad si el paciente necesita ayuda y/o supervisión mínima uniforme; por ejemplo, si el paciente no puede realizar con seguridad la actividad sin alguien presente.

Las condiciones ambientales pueden afectar la puntuación en el IB del paciente; si tiene requerimientos especiales para realizar sus AVD en el hogar (con excepción de adaptaciones generales), su puntuación será baja cuando éste no pueda realizarlas.

Los ejemplos son: barandales en ambos lados, pasillos y puertas amplias para el acceso de sillas de ruedas, cuartos en el mismo nivel, barras o agarraderas en el cuarto de baño, en tina e inodoro. Para ser más valiosa la evaluación, una explicación de los requisitos ambientales especiales debe acompañar el IB de cada paciente cuando éstos estén indicados.

4.3. Marco Legal

4.3.1. Ley de ejercicio y defensa ética y profesional de los Fisioterapeutas.

Capítulo I

Título I: Generalidades.

Art.1: La Fisioterapia: Es una profesión liberal del área de la salud con formación superior, cuyos sujetos de atención son los individuos, la familia y la comunidad.

Art. 2: Finalidad: Normar y regular el ejercicio de la profesión de fisioterapia en el país, según los principios que inspira el Estado Ecuatoriano, de conformidad con lo establecido con la Constitución política y demás leyes de la República (Rodríguez, 2014, pág. 15).

Título II. Objetivos.

Art. 4.- La presente Ley tiene por objetivo:

a) Cooperar en todos los programas de prevención y rehabilitación funcional y ocupacional de "personas especiales" en el país.

Art. 5.- El fisioterapeuta tendrá como principios:

a) Un profundo respeto por la dignidad de la persona humana, por fuerzas y derechos individuales, sin distinción de edad, sexo, raza, religión o posición económica, política, cultural u nacionalidad.

b) Dar atención y contribuir en la recuperación y bienestar de las personas, no implica garantizar los resultados exitosos de una intervención profesional, hacerlo constituye una falta ética que debe ser sancionada de acuerdo con lo previsto por la ley.

c) La atención personalizada y humanizada por los fisioterapeutas constituye un deber profesional y ético permanente con los usuarios de sus servicios, así como, transmitir sus conocimientos y experiencias al paso que ejerce su profesión, o bien en función de la cátedra en instituciones universitarias u otras entidades, cuyo funcionamiento esté legalmente autorizado.

d) Constituye un deber y una responsabilidad profesional y ética de los fisioterapeutas, la capacitación y actualización permanente de sus conocimientos.

e) Las acciones de fisioterapeuta impone responsabilidades frente al desarrollo social y comunitario del país (Rodríguez, 2014, pág. 16).

4.3.2. Ley Orgánica de Salud

Art. 3.- Se ubica a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

4.3.3. Ley Orgánica de Salud Mental

El Art. 66 determina aspectos íntimamente relacionados con la salud mental. El derecho a la integridad personal, que incluye:

a) La integridad física, psíquica, moral y sexual.

b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado

c) La prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes.

Uno de los grandes avances en la constitución es el Art. 364, donde se cita a las adicciones como problema de salud pública y la responsabilidad del Estado.

Fuente: Ministerio de Finanzas. Consultado por: Dir. Coordinación Estratégica y Planificación (Agosto, 2013).

4.3.4. Ley de Discapacidad

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

Art. 3, literal 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.

5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

Con la Terapia de la Conciencia Corporal Basal se logran beneficios en la marcha, equilibrio, calidad del movimiento y la concientización del esquema corporal en los pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad que presentan alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES.

- ✓ **Variable independiente:** La Terapia de la Conciencia Corporal Basal
- ✓ **Variable dependiente:** Marcha, equilibrio, calidad del movimiento y esquema corporal.

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Justificación de la Elección del Diseño

En el presente trabajo de titulación se utiliza un diseño de tipo experimental con corte Pre-experimental, presentando un alcance explicativo ya que se realiza la aplicación de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en los pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad del Instituto de Neurociencias como técnica alternativa en la rehabilitación integral del paciente con alteraciones psicomotrices.

Es un estudio prospectivo debido a que registra la información según van ocurriendo los fenómenos con corte longitudinal y enfoque cuantitativo porque evalúa y analiza por medio de estadísticas numéricas al inicio y al final la aplicación de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal.

7.2. Población y Muestra

La población en estudio son pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad con alteraciones psicomotrices, que se encuentran de forma permanente en la sala de hospitalización, como población tenemos 50 pacientes de sexo masculino y femenino. La muestra de estudio es de 25 pacientes de ambos sexos, ya que son los que cumplen con los criterios de inclusión para realizar nuestro Trabajo de Titulación.

7.2.1 Criterios de Inclusión

- ✓ Pacientes con trastornos mentales que se encuentran medicados.
- ✓ Pacientes de 20 a 45 años de edad.
- ✓ Pacientes que se encuentren en la sala de hospitalización en el Instituto de Neurociencias.

7.2.2 Criterios de Exclusión

- ✓ Pacientes que no presenten algún trastorno mental ni se encuentren medicados.
- ✓ Pacientes que no cumplan con la edad requerida del trabajo presentado.
- ✓ Pacientes que sean ambulatorios.

7.3 Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

7.3.1 Técnicas

Observación: Es un proceso cuya función primera e inmediata es recoger información sobre el paciente que se toma en consideración.

Documentación: Recopila toda la información que se necesitará para el presente trabajo.

7.3.2 Instrumentos

Historia clínica: Identificar las patologías biomédicas y conocer el porcentaje de la población de estudio.

Body Awareness Scale – Interview / Escala Corporal Basal: Se aplica mediante entrevista personal y la concientización del esquema corporal.

Basic Body Awareness Rating Scale/ Calidad del movimiento II –BARS: Valora la calidad y armonía del movimiento, la coordinación, equilibrio y marcha.

Índice de Barthel: Valorar su área cognitiva y reconocer la valoración funcional de la dependencia de las actividades básicas que posee el paciente.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

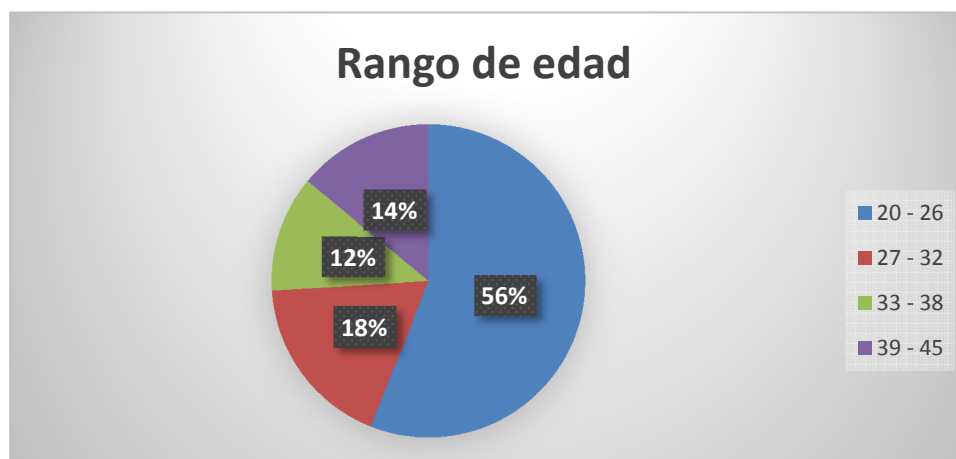
8.1 Análisis e Interpretación de Resultados

Tabla 1

Distribución porcentual según el rango de edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 – 26	28	56%
27 – 32	9	18%
33 – 38	6	12%
39 – 45	7	14%
Total	50	100%

GRÁFICO 1



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física

Análisis e interpretación: Se presenta la distribución porcentual del Rango de edad de la población de 20 a 45 años que se evaluó en el Instituto de Neurociencias:

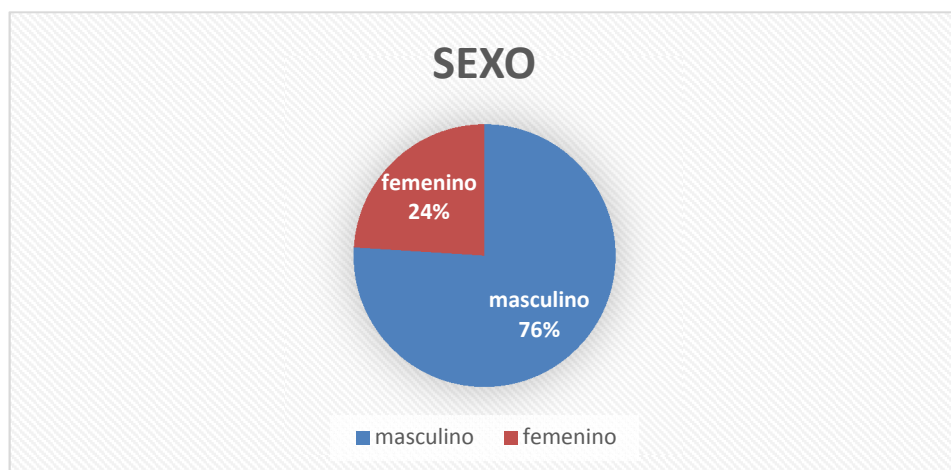
- El 56% de la misma tiene un rango de edad entre 20 a 26 años
- El 18% entre 27 a 32 años de edad.
- El 12% entre 33 a 38 años y el 14% entre 39 a 45 años de edad que se encuentran internos en el Instituto de Neurociencias.

Tabla 2

Distribución porcentual según sexo de pacientes con trastornos mentales

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Masculino	38	76%
Femenino	12	24%
Total	50	100%

GRÁFICO 2



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física

Análisis e interpretación: Se presenta la distribución porcentual según el sexo de la población de 20 a 45 años que se evaluó en el Instituto de Neurociencias:

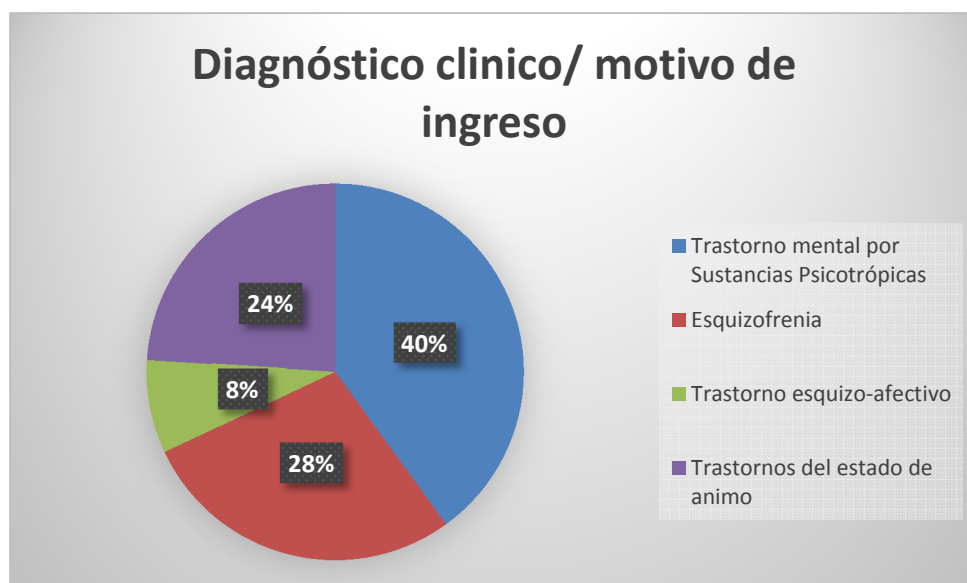
- El 76% de la misma fue sexo masculino, y el 24% fueron de sexo femenino que se encuentran internos en el Instituto de Neurociencias.

Tabla 3

Distribución porcentual según diagnóstico clínico/ motivo de ingreso

N	Diagnóstico clínico	Frecuencia	porcentajes
1	Trastorno mental por Sustancias Psicotrópicas	10	40%
2	Esquizofrenia	7	28%
3	Trastorno esquizo-afectivo	2	8%
4	Trastornos del estado de animo	6	24%
	Total	25	100%

GRÁFICO 3



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Se presenta la distribución porcentual según el motivo diagnóstico clínico/ motivo de ingreso de la muestra de los pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

- El 40% de los pacientes fueron ingresados por Sustancias Psicotrópicas del cual genero una enfermedad psiquiátrica.

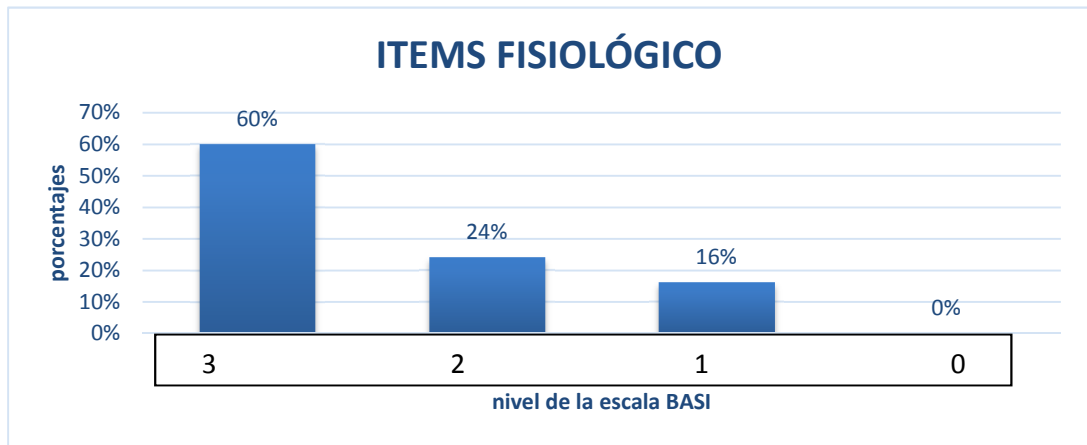
- El 28% de estos pacientes tiene un trastorno Esquizofrenia paranoide
- El 8% Trastorno esquizo-afectivo, y el 24% de este grupo dio como resultado a Trastornos del estado de ánimo.

Según estos resultados se observó el índice elevado en pacientes con trastornos mentales debido al consumo de sustancias psicotrópicas.

Tabla 4
Distribución porcentual de los resultados obtenidos el Body
Awareness Scale Interview

EVALUACION INICIAL								
Valor de ítems	3	%	2	%	1	%	0	%
Items fisiológico	15	60%	6	24%	4	16%	0	0%
Items de actitud corporal	17	68%	4	16%	2	8%	2	8%

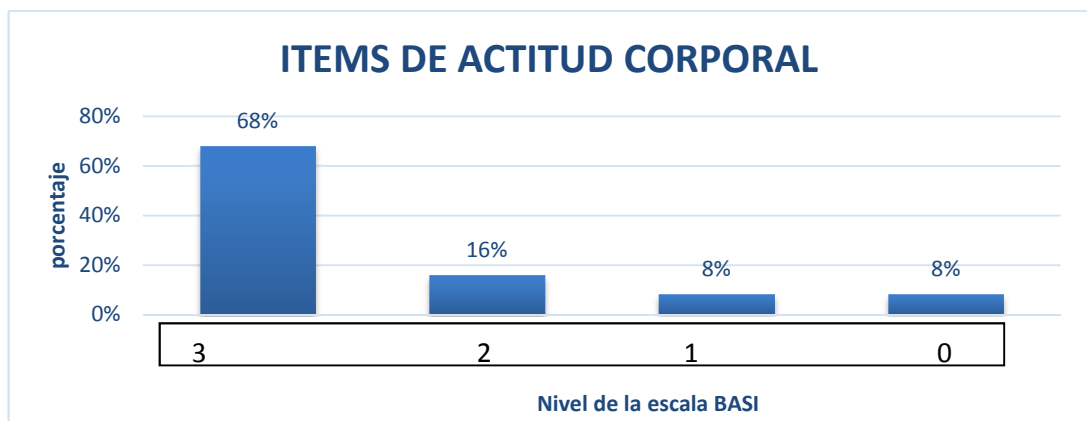
GRÁFICO 4



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.

ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

GRÁFICO 5



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.

ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla numero 4 donde nos da a reflejar los resultados iniciales de la escala de **BODY AWARENESS SCALE INTERVIEW INICIAL** dichos valores se dan de 3 a 0 lo cual en la representación, 3 es malo, 2 es regular, 1 es bueno y 0 satisfactorio.

En el **gráfico 4**, que se trata de análisis fisiológico de los pacientes con trastornos mentales se obtuvo:

- Más de la mitad de estos pacientes es decir un 60% de la población se encuentra en una escala de 3, y el 0% de nuestra población no se encuentra en óptimas condiciones, estos resultados comprueban el deterioro fisiológico que los pacientes psiquiátricos tienen por dicha enfermedad.

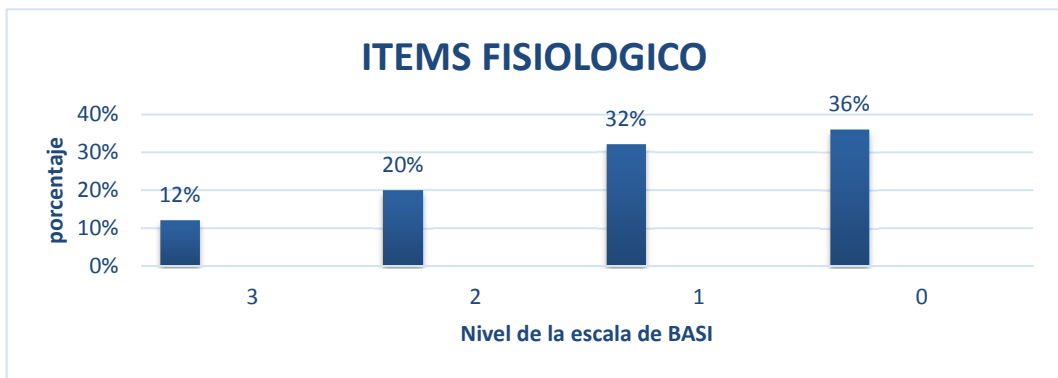
En el **gráfico 5**, se trata del análisis de la actitud corporal:

- El 68% de la población a estudiar obtuvo un promedio de 3, es decir estos pacientes no reconocen su esquema corporal. El 8% de nuestra población no se encuentra en óptimas condiciones, dichos porcentajes demuestran la pérdida o el desconocimiento de su esquema corporal que los pacientes psiquiátricos obtiene por los trastornos mentales.

Tabla 5
Distribución porcentual de los resultados obtenidos el Body
Awareness Scale Interview final

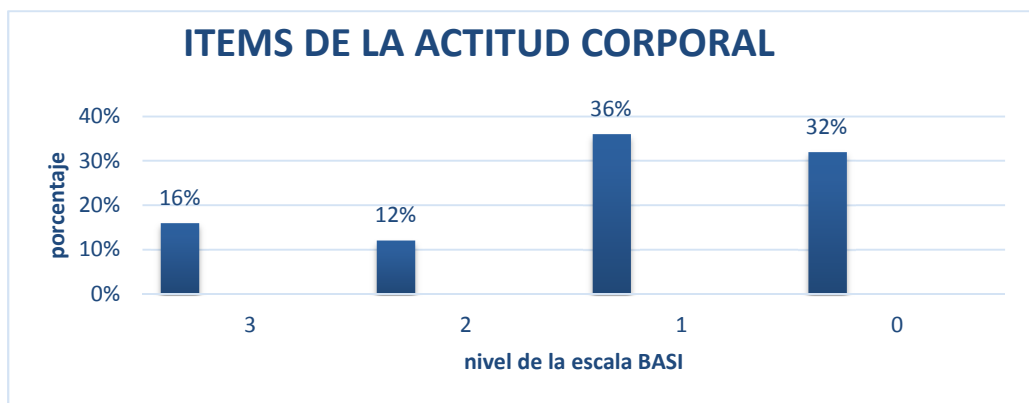
EVALUACIÓN FINAL								
Valor de ítems	3	%	2	%	1	%	0	%
Ítems fisiológico	3	12%	5	20%	8	32%	9	36%
Ítems de actitud corporal	4	16%	3	12%	9	36%	8	32%

GRÁFICO 6



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

GRÁFICO 7



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 5 se observa los resultados finales de la escala de **BODY AWARENESS SCALE INTERVIEW FINAL** dichos valores se dan de 3 a 0 lo cual, en la representación, 3 es malo, 2 es regular, 1 es bueno y 0 satisfactorio.

Al observar el **gráfico 6** del análisis fisiológico de los pacientes con trastornos mentales se obtuvo:

- Un 12% en el promedio 3 es decir se ha disminuido los pacientes con trastorno fisiológico. El 36% de nuestra población ha obtenido óptimos cambios y ha mejorado su condición fisiológica, estos resultados comprueban la eficacia de la terapia de la conciencia corporal en el área fisiológica de los pacientes psiquiátricos.

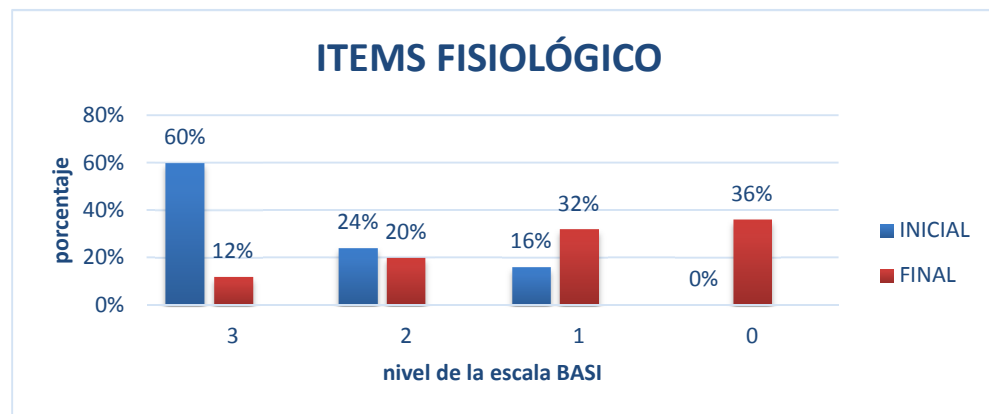
En el **gráfico 7**, indica el análisis de la actitud corporal que identifica:

- El 16% de la población a estudiar obtuvo un promedio de 3 es decir estos pacientes no reconocen su esquema corporal. El 32% de la población a estudiar a mejorado en el reconocimiento de cada área de su cuerpo y se encuentra actos para una realizar actividades de la vida diaria en excelente condiciones

Tabla 6
Distribución porcentual mediante la comparación de los resultados
obtenidos el Body Awareness Scale Interview

EVALUACION INICIAL Y FINAL								
valor de ítems	3	%	2	%	1	%	0	
Ítems fisiológico	60%	12%	24%	20%	16%	32%	0%	36%
Ítems de actitud corporal	68%	16%	16%	12%	8%	36%	8%	32%

GRÁFICO 8

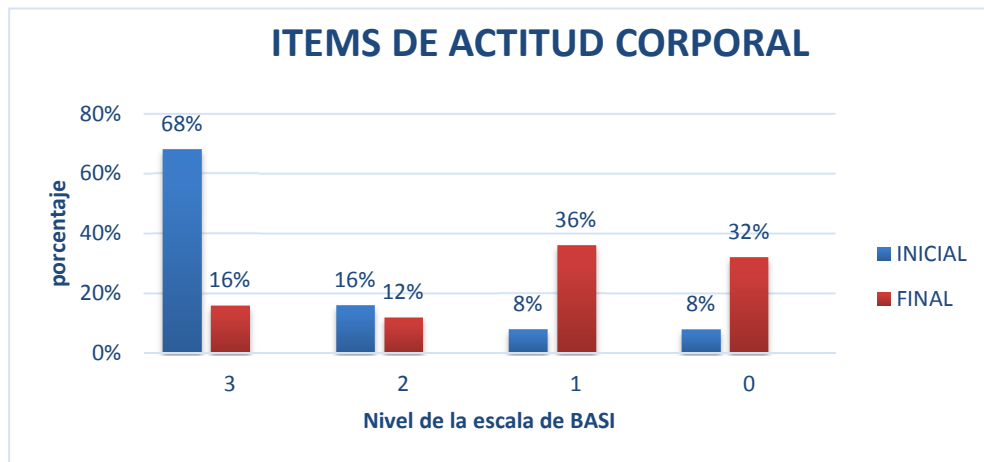


Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 6 se observa los resultados comparativos de la escala de **BODY AWARENESS SCALE INTERVIEW** dichos valores se dan de 3 a 0 lo cual en la representación, 3 es malo, 2 es regular, 1 es bueno y 0 satisfactorio.

- En el **gráfico 8** se observa la efectividad de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal, dando como resultado las mejorías obtenidas durante los 4 meses de tratamiento con un resultado de 36% de pacientes mejoraron su área fisiológica.

GRÁFICO 9



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.

ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 6 se observa los resultados comparativos de la escala de **BODY AWARENESS SCALE INTERVIEW** dichos valores se dan de 3 a 0 lo cual, en la representación, 3 es regular, 2 es malo, 1 es bueno y 0 satisfactorio.

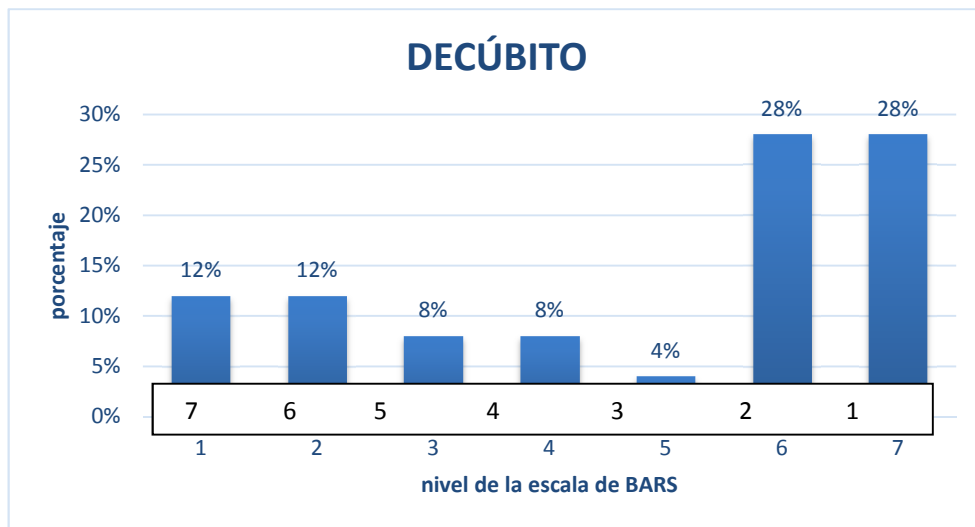
- En el **gráfico 9** demuestran los beneficios de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal, dando como resultado las mejorías obtenidas durante los 4 meses de tratamiento. Dando como resultado un 32% de pacientes mejoraron en el reconocimiento de su esquema corporal, y observamos una disminución de un 16% en pacientes que necesitan el tratamiento fisioterapéutico continuamente.

Tabla 7

**Distribución Porcentual de los resultados iniciales obtenidos del test
Body Awareness Rating Scale (BARS)**

	EVALUACIÓN INICIAL													
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%	7	%
RESPUESTA	6	24%	4	16%	5	20%	3	12%	2	8%	3	12%	2	8%
DECUBITO	4	16%	6	24%	4	16%	4	16%	3	13%	3	12%	1	4%
BIPEDESTACIÓN - EQUILIBRIO	2	8%	3	12%	4	16%	4	16%	4	16%	5	20%	3	12%
EN PAREJA - CALIDAD DEL MOVIMIENTO	5	20%	4	16%	6	24%	2	8%	3	13%	2	8%	3	12%

GRÁFICO 10



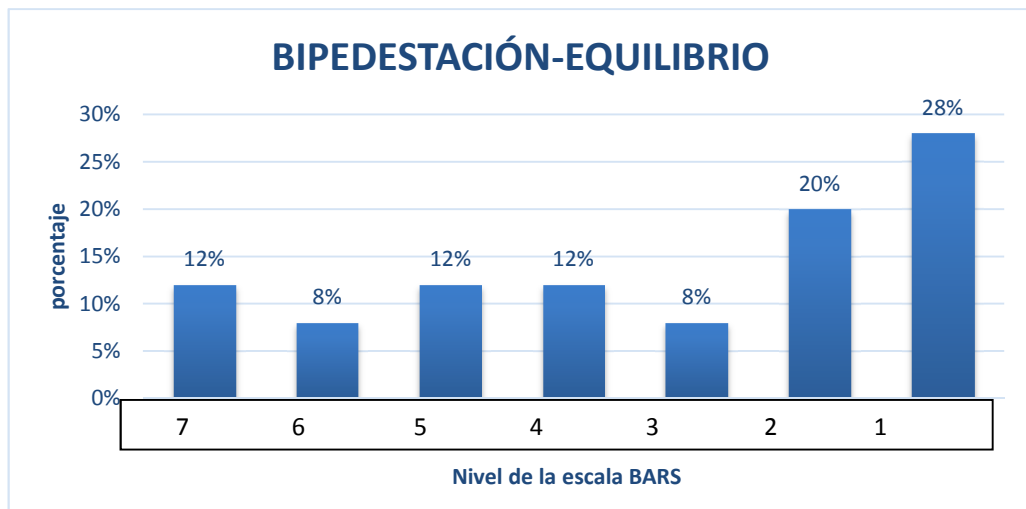
Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla 7 se observa los resultados iniciales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual, en la representación, 1 a 3 movimientos pobres 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los primeros resultados de análisis de la escala de BARS se evidencia en el **gráfico 10**, en relación a las actividades en decúbito el deterioro de los pacientes dichos valores se representaron mediante porcentajes:

- El 12% tanto en la escala de 7 a 6 se observó que estos pacientes realizan sus actividades con movimientos integrales y armónicos, teniendo en cuenta que aún la patología no afecta su área motriz.
- Por otra parte, un 28% en la escala 2 y un 28% en la escala de 1, que en la totalidad de estos dos porcentajes suman un 56% con movimientos pobres, estos valores nos confirman el deterioro motriz que se da debido a la enfermedad psiquiátrica.

GRÁFICO 11



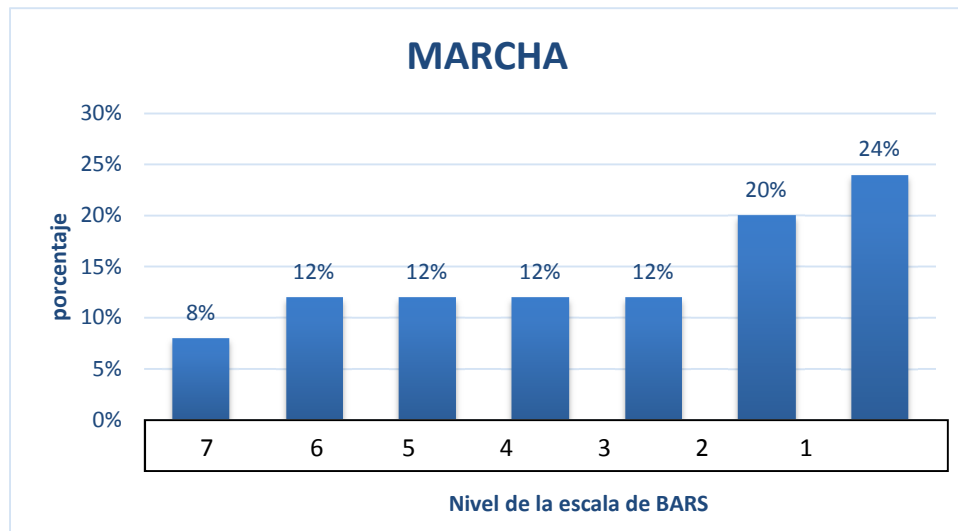
Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 7 se observa los resultados iniciales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 movimientos pobres, 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados iniciales del análisis de la escala de BARS se evidencia en el **gráfico 11**, en relación a las actividades de forma en bipedestación - equilibrio se observa el deterioro de los pacientes, dichos valores se representaron mediante porcentajes:

- El 12% y el 8% tanto en la escala de 7 a 6 se observó que estos pacientes tienen un equilibrio integral, son pacientes que con el trastorno mental no se observa deterioro motor, el 20% en la escala 2 y un 28% en la escala de 1, estos valores confirman el deterioro propioceptivo que se da debido a la enfermedad psiquiátrica.

GRÁFICO 12



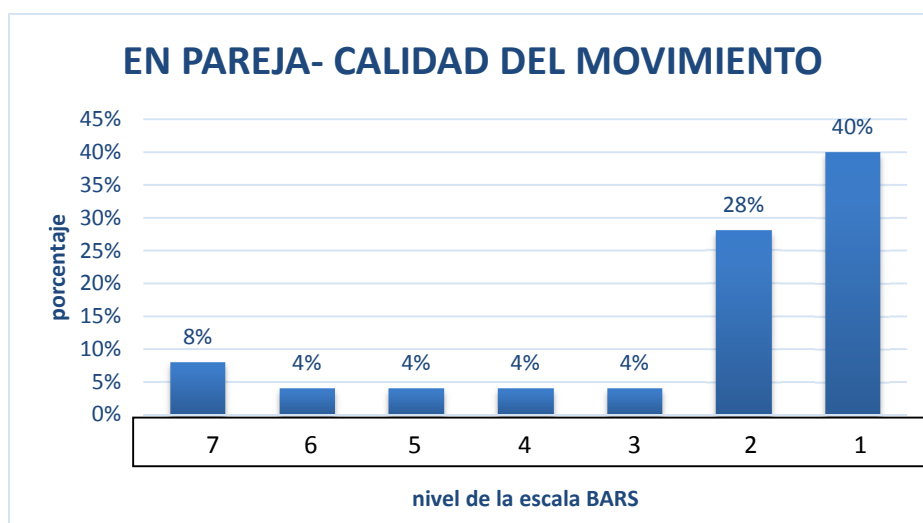
Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 7 se observa los resultados iniciales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 movimientos pobres, 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados iniciales del análisis de la escala de BARS se evidencia en el **gráfico 12**, en relación a las actividades en marcha se observa el deterioro de los pacientes, dichos valores se representaron mediante porcentajes:

- Tanto en la escala de 7 a 6 han obtenido un 8%, la suma de las 2 se observa un 16%, que son pacientes que obtienen un movimiento integral y armónico, este porcentaje nos evidencia que son pocos los pacientes que se encuentran en condiciones óptimas con la patología.
- Un 20% en la escala 2 y un 24% en la escala de 1, que la suma de estos 2 porcentajes se alcanza un promedio de 44%, este valor nos confirma el deterioro motriz que se da debido a la enfermedad psiquiátrica.

GRÁFICO 13



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 7 se observa los resultados iniciales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 movimientos pobres, 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados iniciales del análisis de la escala de BARS se evidencia en el **gráfico 13**, en relación a las actividades en pareja se observa el deterioro de los pacientes, dichos valores se representaron mediante porcentajes:

- El 8% y el 4% tanto en la escala de 7 a 6 se observó que estos pacientes tienen un movimiento integral y armónico.
- Un 28% en la escala 2 y un 40% en la escala de 1, estos valores nos confirman el deterioro motor que presentan estos pacientes, por lo cual no les permiten la realización de actividades con otras personas y esto se da, debido a la enfermedad psiquiátrica.

Tabla 8

Distribución Porcentual de los resultados finales obtenidos del test
Body Awareness Rating Scale (BARS)

	EVALUACIÓN FINAL											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	%	
RESPUESTA	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28%
DECUBITO	3	3	2	2	1	7	7	28%				28%
BIPEDESTACIÓN- EQUILIBRIO	3	2	3	2	2	6	7	24%				28%
MARCHA	2	3	3	2	3	6	6	24%				24%
EN PAREJA - CALIDAD DEL MOVIMIENTO	2	2	1	1	1	8	10	32%				40%

GRÁFICO 14



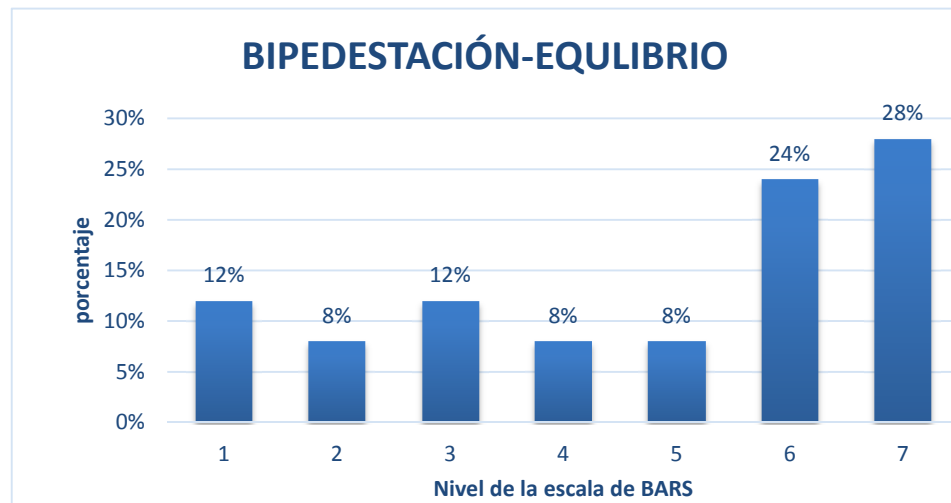
Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 8 se observa los resultados finales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 movimiento pobre, 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados finales del análisis de la escala de BARS se evidencia en el **gráfico 14**, en relación a las actividades en decúbito la efectividad de la TCCB en el cual dieron dichos valores se representaron mediante porcentajes:

- El 28% en la escala de 7 y 28% en la escala de 6 se observó que estos pacientes tienen un movimiento integral y armónico.
- Un 12% en la escala de 2 y un 12% en la escala de 1, estos valores confirman la recuperación motriz que se da en base a la terapia de la conciencia corporal basal y permite la realización de actividades con otras personas.

GRÁFICO 15



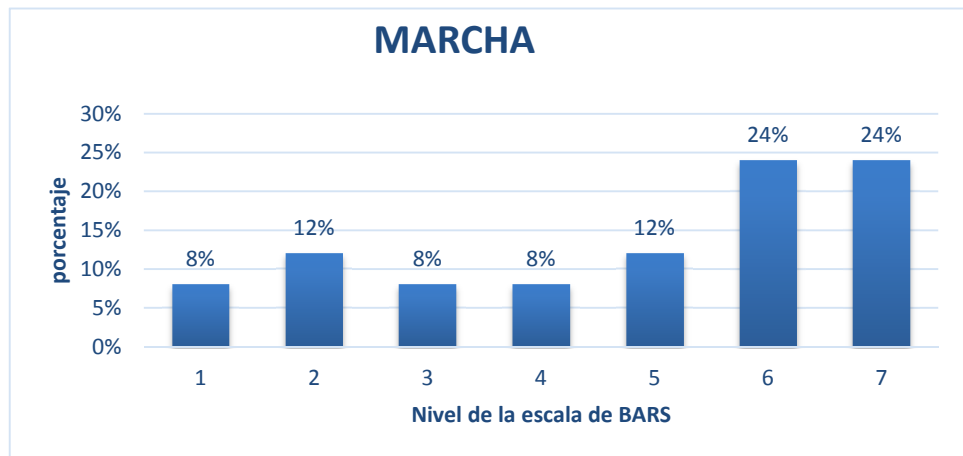
Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 8 se observa los resultados finales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 peor movimiento 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados finales del análisis de la escala de BARS se evidencia en el **gráfico 15**, en relación a las actividades de pie o en bipedestación la efectividad de la TCCB en el cual dieron dichos valores se representaron mediante porcentajes:

- El 28% en la escala de 7 y 24% en la escala de 6 se observó que estos pacientes tienen un equilibrio integral.
- Un 8% en la escala de 2 y un 12% en la escala de 1, estos valores confirman el beneficio que da dicha terapia en las actividades en bipedestación, como se ha disminuido la población que era incapaz de realizar movimientos con eficacia y equilibrio.

GRÁFICO 16



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.

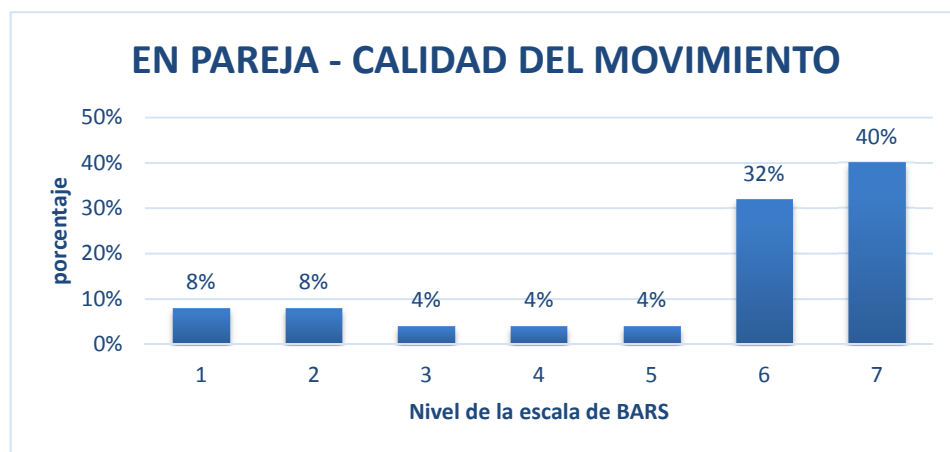
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 10 se observa los resultados finales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 peor movimiento 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados finales del análisis de la escala de BARS se evidencia en el **gráfico 16**, en relación a las actividades en marcha de los pacientes y permite observar la efectividad de la TCCB en el cual dieron dichos valores se representaron mediante porcentajes:

- El 24% en la escala de 7 y 24% en la escala de 6 se observó que estos pacientes tienen un movimiento integral y armónico.
- El 12% y 8% dentro de la escala obtuvieron 5 y 4 que se refiere a un valor central.
- Los pacientes que obtuvieron movimientos erróneos fue un porcentaje 8% en la escala de 3.
- Un 12% en la escala de 2 y un 8% en la escala de 1, estos valores confirman el beneficio que da dicha terapia en la marcha de estos pacientes.

GRÁFICO 17



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.

ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 8 se observa los resultados finales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 peor movimiento 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados finales del análisis de la escala de BARS se evidencia en el **gráfico 17**, en relación a las actividades en pareja y la efectividad de la TCCB en el cual dieron dichos valores se representaron mediante porcentajes:

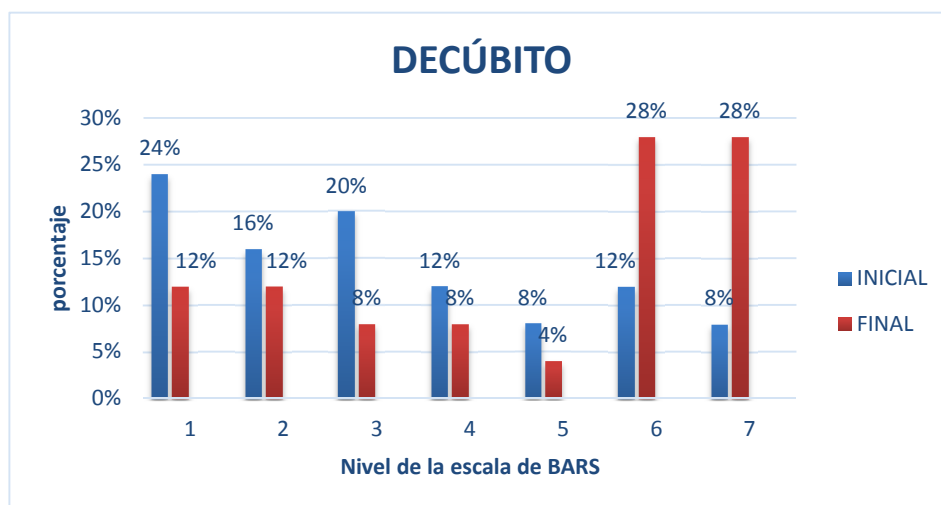
- El 40% en la escala de 7 y 32% en la escala de 6 se observó que estos pacientes tienen un movimiento integral y armónico. Se incrementó el porcentaje durante estos 4 meses al realizar la terapia de la TCCB y la eficacia de esta se demostró.
- Un 8% en la escala de 2 y un 8% en la escala de 1, este valor demuestra que se debe seguir trabajando para que este porcentaje siga disminuyendo.

Tabla 9

Distribución Porcentual de análisis comparativo de los resultados iniciales y finales del test Body Awareness Rating Scale (BARS)

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DECUBITO	24%	12%	16%	8%	12%	16%	8%	12%	16%	8%
BIPEDESTACION -EQUILIBRIO	16%	12%	24%	8%	12%	16%	8%	12%	16%	8%
MARCHA	12%	8%	12%	16%	16%	16%	16%	16%	16%	16%
EN PAREJA- CALIDAD DEL MOVIMIENTO	20%	8%	16%	4%	24%	4%	16%	16%	16%	40%

GRÁFICO 18



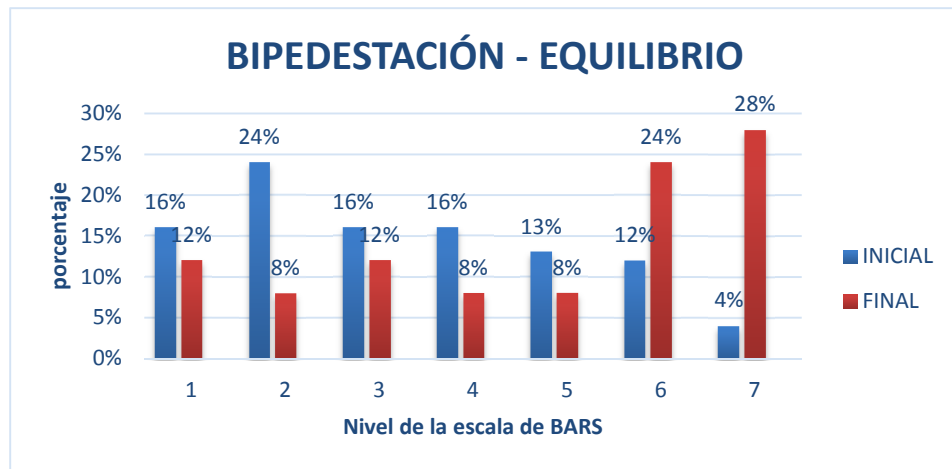
Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 9 se observa en el análisis comparativo de los resultados tanto iniciales como finales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 peor movimiento 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados que se dieron en el proceso del tratamiento del análisis de la escala de BARS tanto iniciales como finales se evidencia en el **gráfico 18**, en relación a las actividades en decúbito de los pacientes, este análisis permite observar la efectividad de la TCCB en el cual dieron dichos valores y se representaron mediante porcentajes, se obtuvo una mejoría de:

- Antes un **8% a un 28%** en la escala de **7** es decir un **20%** de los pacientes mejoraron durante estos 4 meses.
- En la escala **6** se inició con un **12%** y se obtuvo **un 28%** de mejoría en estos pacientes en el movimiento integral y armónico. Estos valores confirman el beneficio que da dicha terapia en la marcha de estos pacientes.

GRÁFICO 19



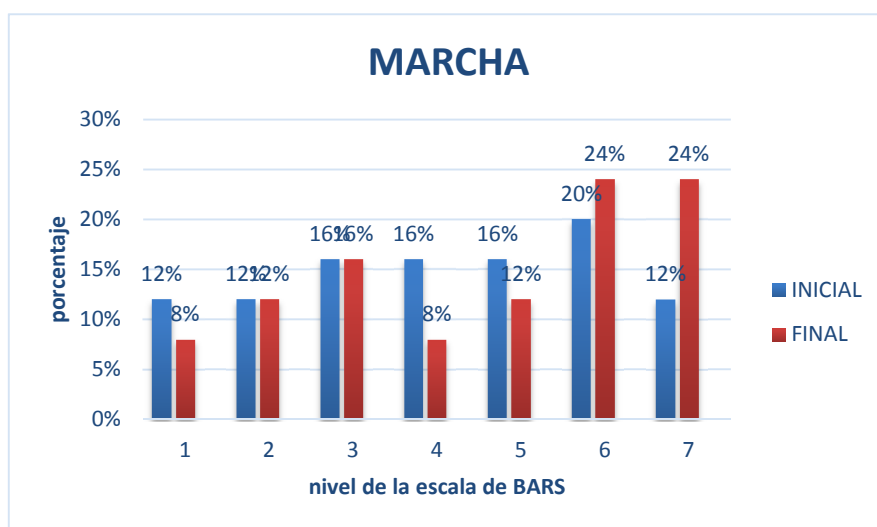
Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 9 se observa en el análisis comparativo de los resultados tanto iniciales como finales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 movimiento pobre 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados que se dieron en el proceso del tratamiento del análisis de la escala de BARS tanto iniciales como finales se evidencia en el **gráfico 19**, en relación a las actividades de pie de los pacientes, este análisis permite observar la efectividad de la TCCB en el cual dieron dichos valores y se representaron mediante porcentajes, se obtuvo una mejoría de:

- Antes un **4% a un 28%** en la escala de **7** es decir un **24%** de los pacientes mejoraron durante estos 4 meses.
- En la escala **6** se inició con un **12%** y se obtuvo un **24%** de mejoría en estos pacientes en el equilibrio integral, estos valores confirman el beneficio que da dicha terapia en la bipedestación de estos pacientes.

GRÁFICO 20



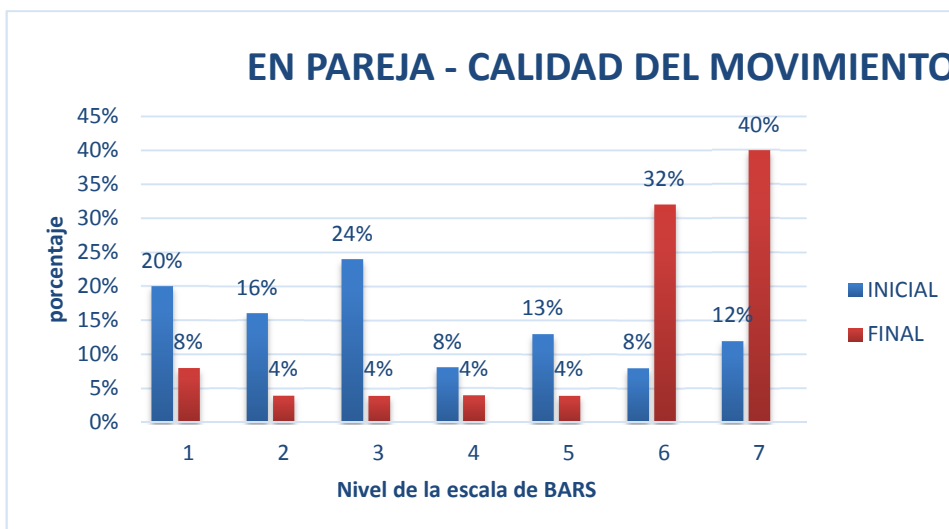
Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 9 se observa en el análisis comparativo de los resultados tanto iniciales como finales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 movimiento pobre 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

En los resultados que se dieron en el proceso del tratamiento del análisis de la escala de BARS tanto iniciales como finales se evidencia en el **gráfico 20**, en relación a las actividades en marcha de los pacientes, este análisis permite observar la efectividad de la TCCB en el cual dieron dichos valores y se representaron mediante porcentajes, se obtuvo una mejoría de:

- Antes un **12% a un 24%** en la escala de 7 es decir un **12%** de los pacientes mejoraron durante estos 4 meses.
- En la escala 6 se inició con un **20%** y se obtuvo un **24%** de mejoría en estos pacientes en el movimiento integral y armónico. Estos valores confirman el beneficio que da dicha terapia en la marcha de estos pacientes.

GRÁFICO 21



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Según la tabla número 11 se observa en el análisis comparativo de los resultados tanto iniciales como finales del **TEST BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)** dichos valores se dan de 7 a 0 lo cual en la representación, 1 a 3 movimiento pobre, 4 a 5 es el valor central 6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

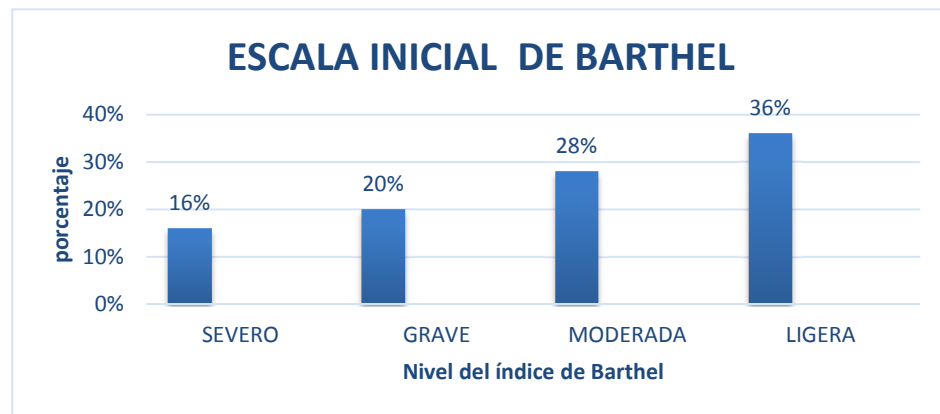
En los resultados que se dieron en el proceso del tratamiento del análisis de la escala de BARS tanto iniciales como finales se evidencia en el **gráfico 21**, en relación a las actividades en pareja pacientes, este análisis permite observar la efectividad de la TCCB en el cual dieron dichos valores y se representaron mediante porcentajes, se obtuvo una mejoría de:

- Antes un **12% a un 40%** en la escala de **7** es decir un **28%** de los pacientes mejoraron durante estos 4 meses.
- En la escala **6** se inició con un **8%** y se obtuvo un **32%** de mejoría en estos pacientes en el movimiento integral y armónico. Estos valores confirman el beneficio que da dicha terapia en la calidad del movimiento de estos pacientes.

Tabla 10
Distribución porcentual de los resultados de la escala inicial de BARTHEL

EVALUACIÓN INICIAL		
ESTADÍO	F	%
SEVERO	4	16%
GRAVE	5	20%
MODERADA	7	28%
LIGERA	9	36%

GRÁFICO 22



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016.
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis e interpretación: Se identificó los resultados iniciales de la tabla 10 obtenido mediante la escala de **BARTHEL** que permite identificar el nivel que se encuentra los pacientes en el área cognitivo. Mediante esta escala se encasilla a los pacientes en categorías que son: **severo, grave, moderado y ligeros.**

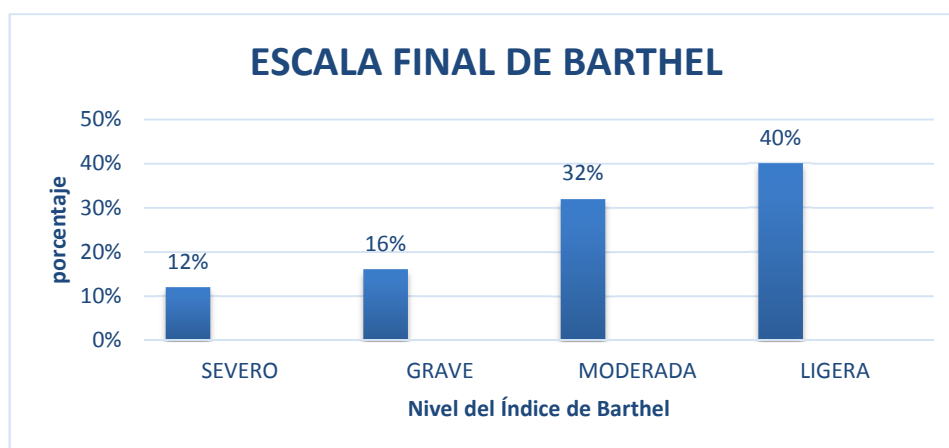
- El 16% de estos pacientes tiene un nivel severo son incapaz de realizar sus actividades por sí solo, el 20% de estos pacientes obtuvieron un nivel grave, son ayudados y supervisada por una tercera persona. Y el nivel moderado que es un 28% y ligero un 36% es decir estos pacientes son capaces de realizar todas sus actividades por sí solo.

Tabla 11

Distribución porcentual de los resultados de la escala final de BARTHEL

EVALUACIÓN FINAL		
ESTADÍO	F	%
SEVERO	3	12%
GRAVE	4	16%
MODERADA	8	32%
LIGERA	10	40%

GRÁFICO 23



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016
ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física

Análisis e interpretación: Se obtuvo los resultados finales de la tabla 11 obtenido mediante la **escala de BARTHEL** que permite identificar el nivel que se encuentra los pacientes en el área cognitivo. Mediante esta escala se encasilla a los pacientes en categorías que son: **severo, grave, moderado y ligeros.**

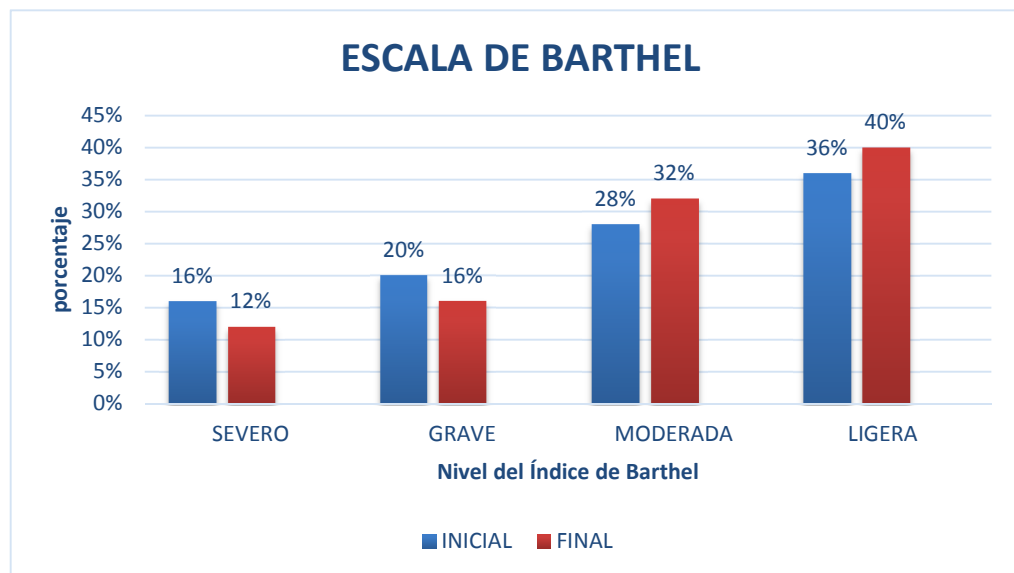
- El 12% de estos pacientes tiene un nivel severo son incapaz de realizar sus actividades por sí solo, el 16% de estos pacientes obtuvieron un nivel grave, son ayudados y supervisados por una tercera persona.
- El nivel moderado que es un 32% y ligero un 40% es decir estos pacientes son capaces de realizar todas sus actividades por sí solo.

Tabla 12

Distribución porcentual de los resultados iniciales y finales de la Escala de BARTHEL

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL		
ESTADÍO	I	F
SEVERO	16%	12%
GRAVE	20%	16%
MODERADA	28%	32%
LIGERA	36%	40%

GRÁFICO 24



Fuente: Instituto de Neurociencias de la Junta Beneficencia de Guayaquil 2016

ELABORADO: Flores Galán, M & Alfonso Tola, M. Egresadas de la carrera de Terapia Física.

Análisis de interpretación: Se identificó los resultados iniciales y finales de la tabla 12 obtenidos mediante la **escala de BARTHEL** que permite identificar el nivel de mejoría en el área cognitivo mediante el tratamiento de la TCCB durante los 4 meses de intervención de los pacientes psiquiátricos. Mediante esta escala se encasilla a los pacientes en categorías que son: **severo, grave, moderado y ligeros.**

- Del **16%** a un **12%** de estos pacientes tiene un nivel severo son incapaz de realizar sus actividades por sí solo.
- El **20%** a un **16%** de estos pacientes obtuvieron un nivel grave, son ayudados y supervisada por una tercera persona.
- El nivel moderado el índice inicial fue un **28%** a un **32%**.
- Ligeros un **36%** a un **40%** es decir estos pacientes son capaces de realizar todas sus actividades por sí solo.

Mediante los resultados obtenidos se evidencia la viabilidad y eficiencia de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal con dichos pacientes con trastornos mentales.

9. CONCLUSIONES

De los resultados alcanzados a través de la recopilación de datos antes mencionados se logró analizar, interpretar, observar y determinar las siguientes conclusiones:

- ✓ Mediante la identificación de la población se ha demostrado que la edad de mayor incidencia en padecer trastornos mentales es de 20 a 26 años siendo esto un 56%, así mismo se puede observar el predominio del sexo masculino con un 76% y un 40% correspondiente al consumo de sustancias psicotrópicas.
- ✓ Los resultados comparativos del test Body awareness rating scale (bars), Body Awareness Scale - Interview (BAS-I) y el Índice de Barthel demostraron que los pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años mejoraron en un 24% la marcha, 28% el equilibrio, 40% la calidad del movimiento y 32% en esquema corporal tras la aplicación de TCCB.
- ✓ Mediante la Terapia de la Conciencia Corporal Basal se evidenció los beneficios existentes en pacientes con trastornos mentales teniendo en cuenta que esta técnica se basa en el tratamiento individual y grupal de los pacientes para así ofrecerles una mejor calidad de vida, concientización de su esquema corporal y pronta reincorporación a la sociedad.

10. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, crear un área de Terapia Física en la sala de hospitalización e implementar un programa de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal para los pacientes que presentan secuelas del equilibrio, alteración de la marcha, esquema corporal y calidad del movimiento y así disminuir las alteraciones psicomotrices que surgen como efectos de sus propias patologías.

- ✓ Se sugiere que los pacientes con trastornos mentales realicen actividades recreativas, deportivas y de la vida diaria, para mantenerse activos y así mejorar su área motriz y funcional.

- ✓ Capacitar a los profesionales de la salud, familiares y pacientes del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil sobre los beneficios que brinda la TCCB a nivel de la función psicomotriz y cognitiva.

SALUD MENTAL

PROGRAMA DEL
TRATAMIENTO DE LA TCCB



ALFONSO-FLORES
SEPTIEMBRE, 2016

11. PROPUESTA

11.1. Tema de Propuesta.

Programa de: “**La Terapia de la Conciencia Corporal Basal**”, en pacientes psiquiátricos con alteraciones psicomotrices en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Objetivos

Objetivo general

Establecer un programa de: La Terapia de la Conciencia Corporal Basal, como técnica alternativa de rehabilitación integral del paciente psiquiátrico con alteraciones psicomotrices, para implementarse en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Objetivos específicos

- Proponer al Instituto de Neurociencias la ejecución piloto del programa de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal como técnica alternativa de rehabilitación integral.
- Mostrar los beneficios del programa de rehabilitación integral en pacientes psiquiátricos con alteraciones psicomotrices.

Justificación.

La Terapia de la Conciencia Corporal Basal es una técnica alternativa del programa de rehabilitación física e integral, aplicada a los pacientes psiquiátricos con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización, para recuperar sus capacidades neurocognitivas, motriz y su nivel funcional.

Cada paciente psiquiátrico presenta diversos déficits neurológicos y físicos, que se ven reflejados en sus movimientos, ya que son pacientes con una dualidad mente-cuerpo, es decir, todo lo que le afecta a la mente se refleja en el cuerpo, lo que hacen que presenten varias alteraciones psicomotrices que van a impedir su pronta recuperación integral.

La intención y el objetivo principal de nuestra propuesta es dar a conocer mediante un programa de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal como se debe ejecutar con los pacientes psiquiátricos en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, para mejorar su calidad de vida y no solo tratarlos farmacológica, clínica y psicológicamente sino darle una rehabilitación integral mediante la intervención de la fisioterapia en salud mental.

Es de gran importancia que el paciente psiquiátrico sea abordado de una manera completa, con un equipo multidisciplinario en el cual este presente el fisioterapeuta, porque es un profesional que puede ofrecer un gran arsenal de abordajes físicos, kinésicos, técnicas, métodos de tratamiento dirigidos a relajar síntomas, evaluación y tratamiento de pacientes con trastornos mentales.

Factibilidad de la aplicación

Factibilidad técnica

Los objetivos que se han planteado en este tratamiento fisioterapéutico son ejecutables técnicamente, dada la preparación técnica y conceptual al personal de salud, que se encuentra en los centros de Neurociencias y a la vez capacitar, planificar, programar y ejecutar nuevos métodos fisioterapéuticos.

Factibilidad económica

Se requerirá aprobación presupuestaria de las Autoridades Institucionales, para los materiales e insumos necesarios para la aplicación de cada estrategia operativa, considerando su proyección anual.

Descripción del protocolo fisioterapéutico

El Programa de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal se efectuará 2 veces por semanas, en trabajos individuales y grupales dentro del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Tratamiento

Sesiones individuales:

Primera semana :

- ✓ **Ejercicios del equilibrio o balanceo:** Se lo realiza con balones pequeños medianos en bipedestación y en sedestación con un balón de bobath.
- ✓ **En decúbito supino:** El paciente necesita ser guiado para centrarse y tomar conciencia de la respiración y coordinarla con el movimiento.
- ✓ **Ejercicios de estiramientos de miembros inferiores y superiores simétricos / asimétricos:** Consiste en un ejercicio de coordinación en el que se promueve la realización del estiramiento desde el centro del cuerpo.
- ✓ **Abducción y estiramiento de los miembros superiores en diferentes grados (45°, 90°, 135°):** También se puede combinar con estiramiento de miembros inferiores en apertura. Es un ejercicio que está encaminado a la percepción corporal, mediante la observación y la realización de los ejercicios en diversas posturas.
- ✓ **Movimiento de caderas:** Con rodilla flexionadas y unidas coordinado con la respiración.

Segunda semana:

- ✓ **En sedestación:** Se instruye a la realización de autoestiramientos de cada parte del cuerpo mientras se va ofreciendo información relativa a cada parte específica (Catalan, 2009).
- ✓ **Movimiento de pies:** (pisadas y frotaciones de la planta del pie por el suelo).
 - Sentir el apoyo con los isquiones.
 - Balanceo sobre la línea media.
 - Estirarse como si se tirara de una cuerda por la cabeza.
 - Movimiento de caderas.
 - Contracción y relajación de hombros.
 - Cabeza (si y no).
 - Relajación de ojos.
 - Sonidos vocales y en progresión.

Sesiones grupales

Tercera semana :

Las sesiones grupales consistieron en la realización de una mayor progresión de los ejercicios anteriores y la inclusión de actividades en parejas. Cada día se pretendía hacer más hincapié en algún aspecto determinado del movimiento tales como la respiración, la suavidad, la forma, la marcha, el ritmo, la elasticidad y la claridad (Catalan, 2009).

A parte de los ejercicios realizados en las sesiones individuales, también se realizaron los siguientes:

En decúbito supino, también se realizaron estos ejercicios:

- ✓ Estiramiento y contracción del hombro hacia la cadera contra-lateral.
- ✓ Cerrar piernas (1º derecha, 2º izquierda, 3º las dos).
- ✓ Estiramiento muscular.

Cuarta semana:

En sedestación, también se realizaron los siguientes ejercicios:

- ✓ Pisadas sobre el suelo.
- ✓ Flexión y extensión del tronco.
- ✓ Abrir y cerrar pectorales.

Quinta semana:

- ✓ **Bipedestación:** En esta postura se realizaron también los siguientes ejercicios:
- ✓ **Movimiento de coordinación de MMSS:** Círculo, ola, cambio de ritmo y dirección.
- ✓ **Pases laterales y sentir la pisada:** En este ejercicio a parte de aumentar la sensibilidad y conciencia de la planta del pie, se pretendía que el paciente reconociera los conceptos del movimiento, forma y marcha.
- ✓ Movimientos de coordinación corporal global con las manos

Indicaciones

Cada sesión se realiza 2 veces por semana y con una duración de 30 a 45 minutos, cada terapia debe ser recordada con los pacientes ya que esto les ayuda a trabajar la memoria, concientización e importancia para la salud física y mental (Catalan, 2009).

Dirigido a:

La Terapia de la Conciencia Corporal Basal se encuentra dirigida a una diversidad de personas naturales o pacientes con distinto tipo de trastornos.

- ✓ Pacientes con trastornos psiquiátricos
- ✓ Pacientes con bulimia o anorexia
- ✓ Personas con estrés

Se toma en cuenta a este grupo de personas o pacientes ya que la Terapia de la Conciencia Corporal Basal brinda técnicas específicas de acuerdo a la valoración del paciente, que permiten realizar terapias desde la relajación a base de la respiración, masaje y estiramiento hasta un reconocimiento de un esquema corporal que se da en pacientes oncológicos, adulto mayor, pacientes psiquiátricos y pacientes con trastornos alimenticios.

Actividades por fase

Primera fase:

- ✓ Clasificación de los grupos asignados en la ejecución de la propuesta.
- ✓ Selección de la muestra de paciente con trastornos mentales.
- ✓ Determinar los trastornos padecidos por los pacientes y consecuentes de la propia patología
- ✓ Evaluación a los pacientes psiquiátrico del Instituto de Neurociencias.
- ✓ Capacitación al personal del área de la salud sobre información de fisioterapia en salud mental específicamente de la importancia de la técnica de la conciencia corporal basal y sus beneficios.

Segunda fase:

- ✓ Capacitación al personal del área de la salud sobre la TCCB y a los familiares de los pacientes, sobre las estrategias y ejercicios que se deben realizar en dichos pacientes con este tipo de pacientes.
- ✓ Desarrollar talleres dirigidos a los estudiantes y profesionales fisioterapeutas para que tengan conocimiento sobre la FSM y de la TCCB y así aquellos puedan concientizar que un paciente psiquiátrico no se lo encasilla como paciente catastrófico o como persona natural.

Tercera fase:

- ✓ Evaluación a los estudiantes y personal de salud encargados de llevar a cabo el programa.
- ✓ Planificación y estructuración del programa fisioterapéutico basado en la técnica de la conciencia corporal basal.

Cuarta fase:

- ✓ Aplicación de protocolo fisioterapéutico de la TCCB, basado en ejercicios propioceptivos en bipedestación, sedestación, relajación en base a la respiración, trabajo cognitivo en base al espejo para el reconocimiento de su esquema corporal y una reeducación de la marcha.
- ✓ Evaluación final al paciente psiquiátrico, para determinar su estado motriz y cognitivo, y así comparar resultados en su desarrollo.

Cronograma de actividades – Diagrama de Gantt

ETAPA	MESES	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	DURACION																
Clasificación de los grupos asignados en la ejecución de la propuesta	1																
Determinar la población y muestra en la que se va a trabajar.	1																
Determinar los trastornos mentales de los pacientes.	2																
Evaluar a los pacientes psiquiátricos mediante el test a trabajar.	2																
Capacitar al personal del Instituto de Neurociencias sobre la TCCB	4																
Realizar la inducción sobre la terapia de la conciencia corporal basal	4																
Desarrollar talleres dirigidos a los estudiantes y profesionales fisioterapeutas para que tengan conocimiento sobre la FSM y de la TCCB	4																
Evaluación a los estudiantes y personal de salud encargados de llevar a cabo el programa.	4																

ETAPA	MESES SEMANAS	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	DURACION	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Intervenir en base al protocolo preparado para los pacientes psiquiátricos	10																
Evaluación final al paciente psiquiátrico, para determinar su estado motriz y cognitivo, y así comparar resultados en su desarrollo.	1																

Recomendaciones

Para realizar el programa de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal, debemos de seguir las siguientes recomendaciones:

- ✓ Los profesionales que establezcan el programa deben ser fisioterapeutas que les guste incursionar en el campo de la salud mental.
- ✓ Los pacientes en que se va a ejecutar el programa de TCCB deben estar predispuestos a realizar los ejercicios indicados.
- ✓ Conocer los trastornos mentales y las alteraciones psicomotrices de cada paciente.

FODA

- ✓ Nueva técnica para el tratamiento en pacientes psiquiátricos.
- ✓ Pacientes que se encuentran con características psiquiátricas, con alteraciones motrices y cognitiva para el trabajo de investigación.
- ✓ Vinculación de los estudiantes de la Carrera de Terapia Física y el personal del Instituto de Neurociencias como aporte para la promoción de actividades académicas.

- ✓ Desconocimiento de un tratamiento alternativo en los pacientes con trastornos mentales del Instituto de Neurociencias.
- ✓ Falta de un área de Terapia Física en la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias
- ✓ Falta de congresos sobre temas que involucren a pacientes psiquiátricos y de la Terapia de la Técnica de la Conciencia Corporal Basal.

- ✓ Ampliar campos de investigación a Licenciados (as) en Terapia Física sobre temas que se refieren a la salud mental.
- ✓ Implementar nuevos proyectos en los Institutos de Neurociencias o psiquiátricos públicos para tratar a estos pacientes con la Terapia de la Conciencia Corporal Basal.
- ✓ Realizar charlas a los alumnos de la U.C.S.G. para que conozcan sobre la fisioterapia en salud mental y así considerar la institución como área de pasantías.

- ✓ El medicamento prescrito retrasa el tratamiento fisioterapéutico.
- ✓ Posibilidad de no aceptación de la propuesta.
- ✓ Falta de fondos para incluir el tratamiento fisioterapéutico en el área de hospitalización del Instituto de Neurociencias

BIBLIOGRAFÍA

- Anómala, P. (2000). Trastornos de la marcha. Protocolo diagnóstico. *Bol Pediatr*, 40, 97-99. Recuperado de: http://www.sccalp.org/boletin/172/BolPediatr2000_40_097-099.pdf
- Berruezo, P. (2008). El contenido de la Psicomotricidad: reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, (62), 19-34
- Broncano, M. (2016). Hacia la recuperación en la salud mental. *Revista De Enfermería Y Salud Mental*, (3), 13-20. <http://dx.doi.org/10.5538/2385-703x.2016.3.13>
- Catalán Matamoros, D. J. (2007). Fisioterapia en salud mental. Efectividad de una intervención fisioterapéutica en trastornos alimentarios. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10630/2686>
- Catalán, D. (2009). La Fisioterapia en Salud Mental: su efectividad y situación actual. *Fisioterapia*, 31(5), 175-176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2009.09.001>
- Catalán, D. (2012). La fisioterapia en personas con trastornos de la conducta alimentaria. *Fisioterapia*, 33(3), 91-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2011.05.002>
- Collado, S. (2004). Análisis de la marcha humana con plataformas dinamométricas: influencia del transporte de carga. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/4401/>
- Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades (CONADIS, 2016). 28/08/2016. Recuperado de: <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

- Crespo, M. & Pérez, V. (2005). Catatonia: A Neuropsychiatric Syndrome. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2), 251-266. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S020-87482010000400007
- Donaghy, M., & Durward, B. (2000). A report on the clinical effectiveness of physiotherapy in mental health. *Chartered Society of Physiotherapy, Londres*. <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/intervencion-cognitiva-y-funcional-en-demencias/material-de-clase-1/tcc2012.pdf>
- Dropsy, J. (1987). *Leva i sin kropp. Bokforlaget Natur og Kultur, Stockholm. Skjærven, LH (2003). Basic Body Awareness Therapy. A guide to understanding, therapy and growth. Skjærven LH, Bergen (Noruega)*. Recuperado de:
<http://dspace.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2686/17112072.pdf?sequence=1>
- Dropsy, J. (1988). Human expression—the coordination of mind and body. *Basic Body Awareness Therapy. Assessment, treatment and interaction. Tesis doctoral, Universidad de Lund, Suecia*, 17. Recuperado de:
<http://dspace.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2686/17112072.pdf?sequence=1>
- Fjellman, A.; Grip, H.; Andersson, H.; Stefan, J. & Sundelin, G. (2004). EMG trapezius muscle activity pattern in string players: Part II—Influences of basic body awareness therapy on the violin playing technique. *International Journal Of Industrial Ergonomics*, 33(4), 357-367. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ergon.2003.10.008>
- Gyllensten, A. L., Ekdahl, C., & Hansson, L. (1999). Validity of the Body Awareness Scale-Health (BAS-H). *Scandinavian journal of caring sciences*, 13(4), 217-226. Recuperado de:
DOI: 10.1111/j.1471-6712.1999.tb00544.x
- Hedlund, L. & Gyllensten, A. (2010). The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal Of Bodywork And Movement Therapies*, 14(3), 245-

254. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2009.03.002>

Hedlund, L. & Gyllensten, A. (2013). The physiotherapists' experience of Basic Body Awareness Therapy in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Journal Of Bodywork And Movement Therapies*, 17(2), 169-176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2012.10.008>

Herrera, I. (2015). Importancia de la ejecución de actividades físicas y recreativas en personas internadas en hospitales psiquiátricos. *Revista Cúpula*, 29(1), 64-72. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v29n1/art08.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014) España. http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario15/anu15_05salud.pdf

Jiménez, Y., Núñez, M. and Coto Vega, E. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *InterSedes*, 14(27). <http://intersedes.ucr.ac.cr/ojs/index.php/intersedes/article/view/360> [Accessed 22 Sep. 2016].

López, B. & Ibarra, M. (2016). Esquizofrenia. *Revista De Actualización Clínica Investiga*, 1804. Retrieved from http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000800004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

López, G. (2013). Diagnóstico y tratamiento kinesioterapéutico de los trastornos posturales en los niños de sexto y séptimo de educación básica de la escuela Narciso Cerda Maldonado, del cantón la Maná en el período de octubre 2012 a octubre 2013. Recuperado de:
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/989>

López, J. & Valdés, M. (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson. Recuperado de:
<https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=m6Wdcfn80DwC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Lo%CC%81pez->

Ibor+Alin%CC%83o,+J.+%26+Valde%CC%81s+Miyar,+M.+(
2002).+DSM-IV-
TR.+Barcelona:+Masson.&ots=P7OeM3x2Bm&sig=3D3KbM4
Tfe_kLeX2nWSX_V0RXxc#v=onepage&q&f=false

Lundvik Gyllensten, A. (2001). *Basic body awareness therapy, assessment, treatment and interaction* (Doctoral dissertation, Lund University). Recuperado de:
<http://lup.lub.lu.se/search/record/42086>

Mateer, C. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 21(10).
http://www.neuropsicologia.com.ar/pdf/c_mateer_introduccion_a_la_rehabilitacion_cognitiva.pdf

Mattsson, M., K., Armelius, K., & Mattsson, B. (1995). Long-term effects of physiotherapeutic treatment in outpatient psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(2), 103-110. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.3109/08039489509011891>

Ministerio de Finanzas. Consultado por: Dir. Coordinación Estratégica y Planificación (agosto, 2013) http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/04/plan_estrategico_MF.pdf

Monchablon, A. (2001). Movimientos anormales en psiquiatría del adulto. *Alcmeón*, Vol. 10(N.2). Retrieved from
<http://www.alcmeon.com.ar/10/38/monchablon.htm>

Moreno, I., & Lizbeth, V. (2016). Las Capacidades Coordinativas en los Fundamentos Técnicos del Baloncesto de los alumnos del 8vo año de Básica de la Institución Emiliano Ortega Espinoza del Cantón Catamayo Período 2014-2015. Recuperado de:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/11165>

Mueser, K. (2007). Tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 611. Recuperado de:
<https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/caballo-2007-manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicolc3b3gicos-vol-1.pdf>

- Nordbrandt, M.; Carlsson, J.; Lindberg, L., Sandahl, H. & Mortensen, E. (2015). Treatment of traumatised refugees with basic body awareness therapy versus mixed physical activity as add-on treatment: Study protocol of a randomised controlled trial. *Trials*, 16(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-0974-9>
- Nogueras, M. & María, A. (2004). Bases neurofisiológicas del equilibrio postural. Recuperado de: <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/115263>
- Organización mundial de la salud (2013) salud mental: recuperado de: http://www.who.int/mental_health/es/
- Organización mundial de la salud (2016) trastornos mentales, *salud mental*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/management/es/
- Ortiz, L. (2014). Efectividad de la terapia física en pacientes que padecen trastornos de la conducta alimentaria-una revisión sistemática (Trabajo Fin De Master). Universidad de Jaén Facultad de Ciencias de la Salud. Recuperado de: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1482/1/TFG_OrtizPena%2cLaura.pdf
- Pérez, V. (2006). Demencias: su enfoque diagnóstico. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 22(4), 0-0. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000400010&script=sci_arttext&lng=pt
- Piñeira, Y. (2013). *Rol del kinesiólogo en las alteraciones motrices de los pacientes psiquiátricos*. *Redi.ufasta.edu.ar*. Retrieved 29 July 2016, from. Recuperado de: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/278>
- Real Academia Española (RAE, 2012), terapéutica es: recuperado de <http://dle.rae.es/?id=ZWhoL5n>
- Rodríguez, Ó.; Catalán, D.; Muñoz, Y.; Barba, M., & Serranos, P. (2016). Avances en dolor crónico, *tema central de la II Jornada Nacional de Fisioterapia en Salud Mental*. *Fisioterapia*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2016.03.002>

- Rodríguez, P., & Isabel, C. (2014). Kinesiotape frente a los ejercicios de Williams en la lumbalgia del embarazo, durante el tercer trimestre de gestación en mujeres de 20 a 30 años de edad que acuden al control prenatal y profilaxis de la dirección distrital de salud n° 05d01–Latacunga. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8372>
- Roxendal, G. (1985). *Body awareness therapy and the body awareness scale: treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy*. Recuperado de: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/13853>
- Rubio, G. (2012). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(3).
- Quiroga, F. Trastornos psiquiátricos comunes en enfermedades neurológicas. <http://acnweb.org/guia/g2c08i.pdf>
- Sánchez, E.; Guillen, F.; Pineda, C.; Moreno, N & Medina, I. (2001). Cambio de las Actitudes hacia la Enfermedad Mental y Somática en Estudiantes de Fisioterapia tras seguir un Programa de Psicósomática. *Medicina Psicosomática Y Psiquiátrica*, 58/59(1), 2-8.
- Seferiadis, A.; Ohlin, P.; Billhult, A & Gunnarsson, R. (2015). Basic body awareness therapy or exercise therapy for the treatment of chronic whiplash associated disorders: a randomized comparative clinical trial. *Disability And Rehabilitation*, 38(5), 442-451. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2015.1044036>
- Sherrington, S. (1910). Flexion-reflex of the limb, crossed extension-reflex, and reflex stepping and standing. *The Journal of physiology*, 40(1-2), 28-121. Recuperado de: DOI: 10.1113/jphysiol.1910.sp001362.
- Skatteboe, U. B. (2005). Basic body awareness therapy and movement harmony: development of the assessment method body awareness rating scale BARS-movement harmony. recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/3249218/Zahlen_und_Psychomotorik.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56

TQJRTWSMTNPEA&Expires=1474579962&Signature=VDvM
GILH%2Fe4xrKCSXtkvuQE1rq4%3D&response-content-
disposition=inline%3B%20filename%3DZahlen_und_Psycho
motorik.pdf#page=42

- Solís, B.; Arrijoja, S & Manzano, O. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 81-5.
- Skjaerven, L. H., Gard, G., & Kristoffersen, K. (2003). Basic elements and dimensions to the phenomenon of quality of movement—a case study. *Journal of Bodywork and Movement therapies*, 7(4), 251-260.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1360859203000524>
- Skjaerven, L. H., Kristoffersen, K., & Gard, G. (2010). How can movement quality be promoted in clinical practice? A phenomenological study of physical therapist experts. *Physical Therapy*, 90(10), 1479-1492. Recuperado de: DOI: 10.2522/ptj.20090059 Published October 2010
- Skjaerven, L.; Mattsson, M.; Parker, A.; Catalán, D.; Gard, G & Gyllensten, A. (2015). Consensus on the theory of basic body awareness therapy – qualitative action research implemented into the movement awareness domain. *Physiotherapy*, 101, e1405-e1406. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.1357>
- Valenzuela, C. (2012). Dolor crónico y modificaciones de la conciencia corporal. *Rev. Chil. Neuropsicol.*, 7(1), 26-37. <http://dx.doi.org/10.5839/rcnp.2012.0701.07>
- Vance, C. (2014). Política nacional de salud mental 2014-2024 (6th ed., pp. 1-75). Ministerio de Salud Pública. Retrieved from <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/PDF.pdf>
- Vargas, B.; Villamil, V & Pérez, J. (2012). Los modelos de atención primaria en salud mental: el caso de México. *Atención*

Vázquez, S.; Gómez, F.; Vadillo, A & Rodríguez, L. (2003). Análisis de la marcha. Factores moduladores. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 1. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Susana_Collado-Vazquez/publication/28069100_Analisis_de_la_marcha_Factores_Moduladores/links/00b49530d96218413b000000.pdf

Yamamoto, T.; Kaganoi, S.; & Nara, I. (2015). The effects of Basic Body Awareness Therapy for the people with schizophrenia on sense of agency and motor control. *Physiotherapy*, 101, e1676-e1677. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.079>



**INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL



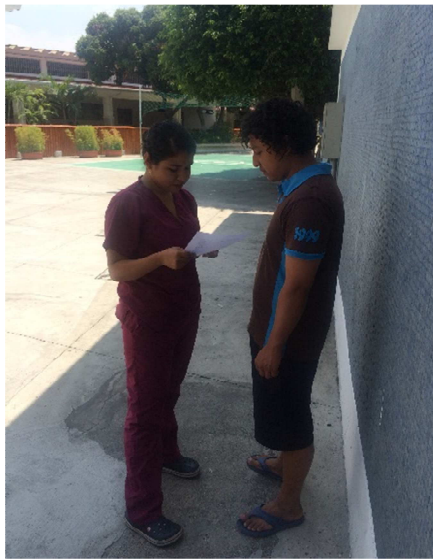
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Anexo

Anexo 1: Evidencias Fotográficas

Sesiones Individuales



**Fig. 1: Realizando Test de la
Terapia de la Conciencia
Corporal Basal.**



**Fig. 2: Trabajo de equilibrio en
bipedestación**



**Fig. 3: Rehabilitación
neurcognitiva**
Destreza manual



**Fig. 4: Trabajo de equilibrio-
Sistema propioceptivo**
**En sedestación sobre balón
de Bobath**



Fig. 5: Trabajo de marcha
Calidad del movimiento.



**Fig. 6: Concientización del
esquema corporal**

Sesiones Grupales



Fig. 7: Trabajo de relajación por medio de la respiración – calidad del movimiento



Fig. 8: Tratamiento en rehabilitación neurocognitiva.



Fig. 9: Actividades recreativas y deportivas.



Fig. 10: Realizando actividades de la vida diaria.



Fig. 11: Actividades de integración grupal



Fig. 12: Intervención en la comunidad en la Radio "Santiago 540am"



Anexo 2

HISTORIA CLÍNICA

Responsable:

N:

Lugar:

FECHA DE ELABORACIÓN:

1. DATOS DEL PACIENTE

ANAMNESIS

NOMBRE:

LUGAR/FECHA DE NACIMIENTO

EDAD:

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

N DE HIJOS:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

2. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Enfermedades previas:

Síntomas durante el último año:

Alergias

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Patología familiar

ANTECEDENTE QUIRÚRGICO PERSONAL

Intervenciones quirúrgicas

Fecha y tipo de intervención

Implante

ANTECEDENTE GINECO-OBSTÉTRICOS

La paciente está embarazada o cree que podría estarlo _____
embarazados _____ abortos _____ cesáreas _____
otros tratamientos _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

El paciente es fumador _____ número de cigarrillos/día _____

El paciente es ex fumador _____ número de cigarrillos /día _____

El paciente es bebedor habitual _____ durante días/semanas: _____

Realiza ejercicio: _____ durante días/ semana _____

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

3. MOTIVO DE CONSULTA

4. EVALUACIÓN DEL PROCESO ACTUAL

5. EXÁMEN GENERAL

Estado de conciencia:

Marcha:

Facies:

FC:

TA:

FR:

PESO:

TALLA:

HALLAZGOS RELATIVOS (SOMA)

6. EXÁMEN FÍSICO: DINÁMICO Y ESTÁTICOS

7. SITUACIÓN SOCIAL

El Paciente Convive Con:

Su Situación Laboral Es:

La Ocupación Es:

Para Acceder A Su Vivienda Habitual Dispone De:

Utiliza Como Ayuda/S Técnica/S:

Nivel De Funcionabilidad:

El Paciente Presenta Dificultad Para El Auto-Cuidado En:

El Paciente Presenta Dificultad Para Las Actividades Del Hogar En:

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DEL FISIOTERAPEUTA:



**INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Anexo 3

BODY AWARENESS SCALE INTERVIEW

ITEMS FISIOLÓGICOS	PRE-TEST	POS-TEST
115. tensión muscular		
116. dolores y molestia		
117. problemas de sueño		
118. El cansancio		
119. molestias vegetativas		
120. Los movimientos corporales		
121. El hambre		
122. La saciedad		
ITEMS DE ACTITUD CORPORAL		
123. Descripción del cuerpo		
124. actitud de miradas		
125. opiniones de la capacidad física		
126. actitud de la actividad física		

- 0: normal.
- 1: algunos síntomas.
- 2: síntomas moderados.
- 3: síntomas severos.

Autor: (Roxendal, 1985/ Translated by Skjaerven/ Parker 2002/ revised Gyllensten 2005).

Publicado por: Skjaerven, (2003-03-06)/Gyllensten, (2005)

Traducción libre al español por Daniel Catalán (2006)

Modificado por: María José Flores y Mariana Alfonso (2016)



Anexo4

BODY AWARENESS RATING SCALE (BARS)

La escala va de 1 al 7 (4 es el valor medio)

1 a 3 movimientos pobres

4 a 5 es el valor central

6 a 7 el movimiento más integrado y armónico.

DECÚBITO	Pre-test	Post test
Contacto con el suelo		
Juntar piernas al centro		
Estiramiento simétrico		
Estiramiento asimétrico		
BIPEDESTACIÓN- EQUILIBRIO		
Movimiento arriba y abajo eje vertical		
Movimientos laterales		
Coordinación rotatoria		
Movimiento de los brazos		
Movimiento del tronco cerrar y abrir		
MARCHA		
Caminar en círculo		
EN PAREJA – CALIDAD DEL MOVIMIENTO		
Empujar las manos		

Creada por: UB Skatteboe, Liv H. Skjaerven. Diseñado por Kirsten Nissen.

Traducción libre al español por: DJ Catalán, 2006.



Comida:		
1	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
0		
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla. pero es capaz de comer sólo/a	
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)		
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido		
1	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
0		
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo		
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición		
1	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
0		
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción		
1	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (botella, sonda, orinal).	
0		
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
IR AL RETRETE		
1	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
0		
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)		
1	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
5		
1	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
0		
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	

Deambulaci3n			
	1	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
	5		
	1	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	0		
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n	
	0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras			
	1	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.	
	0		
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos. ASISTIDO/A	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos. VÁLIDO/A	Puntuaci3n Total:

Diseñado: Por Mahoney y Barthel (1955), publicado (1965)

Modificaci3n: Granger (1979) Índice de Barthel

Traducci3n al espaol se public3 en el a1o 1993

Anexo 6

Glosario

Anacronismo: Error consistente en confundir épocas o situar algo fuera de su época.

Catatónico: Estado característico de algunas enfermedades psiquiátricas que se caracteriza por la ausencia de voluntad y de movilidad.

Mutismo: Incapacidad para hablar.

Ecolalia: Repetición patológica imitativa del lenguaje de otra persona.

Ecopraxia: Repetición patológica imitativa de los movimientos de otra persona.

Corea: Movimiento rápido involuntario, arrítmico, irregular, no repetitivo e impredecible, que parece fluir de un músculo a otro de manera continua y caprichosa.

Atetosis: Distonía distal que se manifiesta como movimientos involuntarios extravagantes y lentos de manos y pies.

Distonías: Trastorno del movimiento que causa contracciones involuntarias de los músculos. Estas contracciones resultan en torsiones y movimientos repetitivos

Balismo: Serie de movimientos bruscos, involuntarios, de gran amplitud, que afectan al miembro completo.

Anexo 7

Abreviaturas

TCCB: Terapia de la Conciencia Corporal Basal.

INJBG: Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

BAS-I: Body Awareness Scale / Escala de la Conciencia Corporal.

BARS-II: Basic Body Awareness Rating Scale / Escala de Calidad de Movimiento.

IB: Índice de Barthel.

AVD: Actividades de la Vida Diaria.

SNC: Sistema Nervioso Central.

RAE: Real Academia Española.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **(Alfonso Tola Mariana Paulina)**, con C.C: # **(0924644636)** y **(Flores Galán María José)** con C.C: **1206336339** autor/as del trabajo de titulación: **Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, durante el período de Mayo a Agosto del 2016.** Previo a la obtención del título de **Licenciadas en Terapia Física** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de septiembre del 2016.

f. _____

Alfonso Tola Mariana Paulina

f. _____

Flores Galán María José



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad con alteraciones psicomotrices de la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, durante el período de Mayo a Agosto del 2016.		
AUTORAS:	Mariana Paulina Alfonso Tola. María José Flores Galán.		
REVISOR)/TUTOR:	María Ortega Rosero.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Terapia Física		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Terapia Física		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de septiembre del 2016	No. DE PÁGINAS:	(125 páginas)
ÁREAS TEMÁTICAS:	Terapia Física Neurología Fisioterapia en Salud Mental		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de la Conciencia Corporal Basal • Alteraciones Psicomotrices • trastornos mentales • Fisioterapia en Salud Mental 		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>En nuestro país no existe un programa de rehabilitación física para pacientes con trastornos mentales que presentan alteraciones psicomotrices. El objetivo del trabajo de Titulación es demostrar los beneficios de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal en pacientes con trastornos mentales de 20 a 45 años de edad con: alteración de la marcha, desequilibrio, falta de concientización del esquema corporal y calidad del movimiento, ingresados de forma permanente en la sala de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. La metodología fue pre-experimental con nivel explicativo, la población fue de 50 pacientes con una muestra de 25 pacientes de ambos sexos. La recolección de datos se realizó mediante historias clínicas, evaluación en base a la escala BAS-I-BARS II y el Índice de Barthel que evalúa la parte neurocognitiva mediante actividades de la vida diaria. Los resultados obtenidos reflejan mejoría en la posición decúbito de un 24% a un 28%; en la bipedestación-equilibrio de un 4% a un 28%; optimizando su marcha de un 12% a un 24%, en la interacción en pareja que trabaja en la calidad del movimiento se observó mejoría de un 40% siendo su porcentaje inicial 12%, y un 32 % en esquema corporal durante estos 4 meses de intervención. Por lo tanto, la propuesta del trabajo de titulación es realizar un programa basado en la Terapia de la Conciencia Corporal Basal como parte fundamental para la recuperación integral del paciente psiquiátrico.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593924644636. Mariana Alonso.+593978645015. María José Flores.	E-mail: mariana_alfonsotola@hotmail.com mary_flores_1229@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Sierra Nieto, Víctor Hugo		
	Teléfono: +593-4-2206950 -2206951		
	E-mail: victor.sierra@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			