

Universidad de Ciencias de la
Cultura Física y el Deporte
Manuel Fajardo
Facultad: Villa Clara.



TRABAJO DE DIPLOMA

**Título: Actividades de orientación
psicopedagógica para la actividad física
adaptada en pacientes con Fibrosis
Quística.**

Autor: Yaneisy Bonilla Espinosa.

Tutor: MSc. William Yera Díaz

Año 54 de la Revolución.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a quienes han consagrado sus vidas a mi educación y a mi formación integral. Ellos con mucho amor, paciencia y ese virtuosismo que los caracterizan, me han enseñado a caminar con pasos firmes y seguros. Esos son mis padres: Luis Bonilla Monteagudo y Nercy Espinosa Rodríguez.

También te lo dedico a ti que compartes mis sueños en nuestro altar.

Gracias.

Agradecimiento

En la elaboración de este trabajo me acompañaron muchos compañeros que le agradezco infinitamente su colaboración, entre ellos están:

- 1 Mi tutor William Yera Díaz.
- 2 A mis padres y familia por darme fuerzas para salir adelante.
- 3 A Roberto el fisioterapeuta del Hospital Infantil por ayudarme y decirme “si vienes a joder, ni llegues”.
- 4 A mi primo el cual ha estado presente en cada momento de esta investigación pues es él el afectado de dicha patología.
- 5 A mis amigos Ailian, Luis Alberto.
- 6 A todos los profesores de la Universidad del Deporte de Villa clara.
- 7 A nuestra Revolución Cubana, quien me ha dado la oportunidad de formarme como profesor de deporte y poder formar parte de este heroico pueblo revolucionario que es ejemplo de solidaridad y humanismo para el mundo.

A todos muchas gracias por su gran ayuda.

RESUMEN

La intención fundamental del autor radica en la propuesta de orientación psicopedagógica para la actividad física adaptada en pacientes con Fibrosis Quística. Con el fin de diseñar actividades de orientación psicopedagógica para la actividad física adaptada en pacientes con Fibrosis quística teniendo como propósito distanciar las crisis típicas de pacientes portadores de dicha enfermedad a partir del ejercicio físico contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, elaborada sobre la base de profundos análisis teórico-prácticos y a través de la indagación empírica realizada a los diversos autores y el empleo de métodos científicos . Tal propósito ha conllevado al abordaje y la sistematización de las investigaciones más recientes relacionadas con la problemática, recogidas en una amplia bibliografía consultada de autores nacionales y foráneos. La importancia y actualidad del tópico reside en el hecho de solidificar cada vez más la vinculación de la actividad física adaptada en los pacientes con Fibrosis Quística.

ÍNDICE

Pág.

Introducción.....	7
Desarrollo.....	13
Capítulo I: Referentes teórico-metodológicos que sustentan la investigación.	
1.1 La fibrosis quística.	13
1.2 La nutrición en la fibrosis quística.....	13
1.3 Orientación Psicopedagógica.....	14
1.4 Actividad física Adaptada al paciente con Fibrosis Quística.....	18
1.5 Calidad de vida y actividad físico educativa en estos pacientes.....	21
Capítulo II: Concepción metodológica y determinación de necesidades.	
2.1 Características del paciente con fibrosis quística.....	22
2.2 Análisis de los resultados de la observación.....	23
2.3 Análisis de los resultados del Test de las relaciones interpersonales con el fisioterapeuta.....	23
2.4 Análisis de los resultados del Test de los motivos.....	23
2.5 Análisis de los resultados del Test de los diez deseos.....	24
2.6 Análisis de los resultados del dibujo a la familia.....	24
2.7 Análisis del resultado del test de espirometría.....	24
Actividades de orientación psicopedagógica para la actividad física adaptada en pacientes con Fibrosis quística.....	25
1-Título: (Juegos acuáticos) Sesiones de juegos acuáticos con orientación psicopedagógica.....	26

2- Título: “Terapia inhalatoria”	26
3- Título: La marcha a paso acelerado.....	27
4- Título: Recorridos cortos en bicicleta.....	28
5- Título: “Drenaje postural”	28
2.8- Aplicación y valoración de los resultados de la propuesta de acciones en la práctica educativa.....	28
Conclusiones.....	31
Recomendaciones.....	32
Bibliografía.....	33
Anexo.....	36

INTRODUCCION

Los cuatro pilares de la educación del siglo XXI nos hablan de la necesidad de formar un hombre capaz de saber, saber hacer, saber ser y saber convivir con expresiones esenciales de un ideal educativo. En este contexto juegan un papel fundamental el Deporte y la Educación Física, los que no están diseñados para robar espacio a los estudios, sino para fortalecerlos y complementarlos física y educativamente.

La Cultura Física forma parte de la cultura de la humanidad. Su contenido específico se basa en el uso racional que da el hombre a su actividad motora con el fin de contribuir a la optimización de su desarrollo y rendimiento motor, para enfrentar con éxito las tareas individuales y sociales, lo que repercute directamente en la calidad de vida.

Esta se ha convertido en una medicina para tratar las enfermedades del hombre, así como para prevenirlas, teniendo como medio fundamental el ejercicio físico, lo que es extensivo para todos los grupos de edades.

En su actividad cotidiana el ser humano realiza fundamentalmente actividad física, definiéndose esta como la energía total que se consume por el movimiento del cuerpo. Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir de compras, trabajar, andar, montar en bicicleta, subir escaleras, realizar ejercicios físicos, siempre que éstas se realicen frecuentemente.

El ejercicio físico es el medio fundamental de la cultura física, y cuando es practicado con sistematicidad contribuye a mejorar la realización de las actividades físicas relacionadas con las tareas del hogar, el trabajo, etc. El ejercicio físico se define como la categoría superior que constituye el medio fundamental para el desarrollo de las capacidades, los hábitos y las habilidades. Se expresa como acto motor sistemáticamente repetido, que constituye el medio principal para realizar las tareas de la educación física y el deporte y que se materializa en formas de gimnasias, juegos o deportes. (Ruiz Aguilera, 1989).

Otro de los aspectos que se mejora en la práctica es la capacidad física, definida como las condiciones orgánicas básicas para el aprendizaje y

perfeccionamiento de acciones motrices físico-deportivas. Se consideran capacidades físicas a la fuerza, rapidez, resistencia, etc. (Ruiz Aguilera, 1989) Estas son importante también para la realización de las actividades físicas cotidianas y el mantenimiento y/o mejoramiento de la salud de los individuos.

La preparación física se usa en su doble acepción, como causa y como efecto. Como causa se entiende al proceso de repetir sistemáticamente los ejercicios físicos y como efecto, al nivel de desarrollo de las capacidades de rendimiento físico del individuo de acuerdo con una exigencia dada. La finalidad de la práctica del ejercicio físico es que las personas alcancen una forma física que le permita su desenvolvimiento en la vida. Con la energía suficiente para disfrutar de las actividades de recreo y hacer frente a las emergencias imprevistas.

Durante el último decenio han surgido nuevos datos científicos según los cuales la actividad física no tiene que ser vigorosa para aportar beneficios de salud. Así, 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día o durante casi todos los días de la semana proporcionan beneficios de salud importantes los cuales repercuten en la elevación de la calidad de vida.

La **actividad física adaptada** es un término de la cultura física que engloba al ejercicio físico en sus más diversas manifestaciones, adaptado para las personas con deficiencias derivadas de múltiples enfermedades, se refiere a la elaboración de propuestas ajustadas, adaptadas a las necesidades especiales de esas personas; las cuales podrán lograrse, si se tiene en cuenta los principios clave de la teoría de la adaptación (Prof. Herman Van Coppenolle en su Currículo Europeo sobre Actividad Física Adaptada)

La actividad física adaptada establece un enfoque psicopedagógico en sus modos de actuación, donde centra la atención en las potencialidades del individuo, con un estudio más personalizado que den respuesta educativa y desarrolladora, buscando reservas y potencialidades del individuo sin desconocer sus limitaciones o desventajas, valorando procesos y resultados de

la actividad mediante el trabajo multidisciplinario, colaborativo y participativo que aseguren el éxito de nuestras expectativas ante la gran heterogeneidad de posibilidades en cuanto a capacidades, intereses y funcionalidad del sujeto.

La **fibrosis quística** (FQ) es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva. En 1989 se identificó el gen responsable de la fibrosis quística, que se localiza en el brazo largo del cromosoma 7 y codifica la proteína CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística). El gen *CFTR* se comporta como un canal de cloro y sus mutaciones dan lugar a un defecto en el transporte del cloro en las células epiteliales, fundamentalmente de los aparatos respiratorio, hepatobiliar, gastrointestinal y reproductor, páncreas y glándulas sudoríparas. Este hecho condiciona la disfunción de diversas glándulas exocrinas y tiene como manifestaciones más importantes el aumento de electrolitos en el sudor, la insuficiencia pancreática y la inflamación e infección de la vía respiratoria. La afectación respiratoria es la principal causa de morbilidad en la fibrosis quística y constituye, junto con la mal absorción, el modo más frecuente de presentación.

Los avances en el cuidado de estos pacientes han incrementado notablemente su esperanza de vida, por lo que es primordial que, paralelamente al aumento de la "cantidad" de vida. Sin embargo, la progresión de la enfermedad, junto con los tratamientos empleados para su control, con frecuencia merma la percepción de la calidad de vida

La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la fibrosis quística proporciona información adicional sobre el impacto de esta enfermedad que no puede obtenerse mediante otras pruebas puramente somáticas, sus necesidades básicas se encuentran determinadas a:

- 1 Necesidades básicas de función pulmonar.
- 2 Necesidades básicas del estado nutricional.

La fibrosis quística se caracteriza por poseer formas de manifestación características en estos pacientes. Establecidas por las necesidades en cuanto a la disfunción secretora epitelial, asociada a obstrucción ductal, lo que da

lugar a:

- 1 Obstrucción de las vías aéreas.
- 2 Infecciones del tracto respiratorio crónicas.
- 3 Insuficiencia pancreática.
- 4 Mala digestión.
- 5 Deplección salina.
- 6 Agotamiento por calor.

Es también una herramienta útil para describir los resultados de una forma comprensible tanto para los profesionales de Cultura Física, como para la orientación de la actividad física adaptada. Teniendo en cuenta su importancia y el estado real existente, la hemos determinado como **situación problemática** de la investigación.

Es por ello que se propone como **problema científico** ¿Cómo orientar la actividad física adaptada en pacientes con fibrosis quística?

Por lo que se establece como **objetivo general**: Diseñar actividades de orientación psicopedagógica para la actividad física adaptada en pacientes con Fibrosis quística.

Como **objetivos específicos**:

1. Diagnosticar las principales necesidades que presentan para la actividad física adaptada en los pacientes con Fibrosis quística.
2. Aplicar las actividades de orientación psicopedagógica para la actividad física adaptada en pacientes con Fibrosis quística.
3. Valorar las actividades de orientación psicopedagógica, para la actividad física adaptada en pacientes con Fibrosis quística mediante la práctica educativa.

Población y muestra:

La muestra de nuestra investigación consta de un paciente diagnosticado con fibrosis quística del municipio Placetas en el poblado Falcón.

La población se encuentra conformada por cinco pacientes con fibrosis quística (con ingreso desde septiembre del 2011 hasta abril del 2012) y dos fisioterapeutas.

Los criterios de selección estuvieron dados en la investigación a partir de:

- Estar diagnosticado con fibrosis quística.
- Estar en ingreso en el período de la investigación.

Esta investigación asume como referentes filosóficos los criterios aportados por científicos que desde una concepción filosófica han evaluado el valor en la relación sujeto-objeto a través de la actividad, con énfasis en la práctica.

Desde el punto de vista psicológico el referente teórico metodológico fundamental es el enfoque histórico cultural desarrollado por Vigotsky (1979, 1984) y enriquecido por otros entre los que se destaca Bozhovich (1978), y la Filosofía humanística del sistema socialista cubano, que pone al hombre como centro rector de toda actividad y la comunicación en el proceso de apropiación de la experiencia histórico-social y su influencia en la formación de la personalidad.

Se emplea el enfoque de la implementación de la diversidad de métodos y disciplinas que posibilitan el análisis integral del problema a partir de la distribución entre las frecuencias por la aplicación de los métodos y el entrecruzamiento de los resultados aportados.

Durante la investigación y dada la lógica asumida en la solución de las tareas planteadas se utilizaron diversos métodos como:

Métodos Teóricos.

1 **Analítico – Sintético:** Permitió analizar la situación actual del problema, para solucionar los aspectos que relacionados con la temática, además posibilitó el análisis de los resultados durante la investigación en la etapa inicial.

2 **Inductivo - Deductivo.** Posibilitaron la formulación y demostración del

problema científico relacionado.

Métodos Empíricos.

El **estudio de casos** como un método de investigación de gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales ((Buendía y otros, 1994) apoyado en La **observación, la revisión de documentos** y la aplicación de **Test psicopedagógicos**. Estos permitieron evaluar el grado de conocimientos que el paciente tiene sobre los aspectos y los indicadores que conforman la investigación.

Entre los Test aplicados se encuentran. **Test de las relaciones interpersonales. Test de los motivos. Test de los diez deseos. Dibujo de la familia, Test de espirometría.**

Método Estadístico Matemático.

➤ Distribución empírica de frecuencias.

La tesis quedó estructurada en: Introducción, Desarrollo donde se encuentran los fundamentos teóricos y los análisis de los resultados y Conclusiones con las Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

DESARROLLO

Capítulo I: Referentes teórico-metodológicos que sustentan la investigación.

1.1 La Fibrosis Quística.

La fibrosis quística es una enfermedad genética autosómica recesiva de las glándulas exocrinas. Está causada por mutaciones en el gen que codifica el regulador de conductancia de transmembrana de fibrosis quística, que se manifiesta en varios órganos como el pulmón, páncreas, tracto biliar y las glándulas sudoríparas. La fibrosis quística se caracteriza por disfunción secretora epitelial, asociada a obstrucción ductal, que da lugar a obstrucción de las vías aéreas, infecciones del tracto respiratorio crónicas, insuficiencia pancreática, mala digestión, deplección salina y agotamiento por calor.

La fibrosis quística (FIBROSOS QUÍSTICA) es la enfermedad genética letal más frecuente en la población caucasiana y es, probablemente, la enfermedad crónica en la que la supervivencia se ha incrementado más llamativamente en los últimos 25 años, alcanzando en 2001, según datos de la Cystic Fibrosis Foundation estadounidense, una mediana de supervivencia de 33,4 años.

La fibrosis quística es una enfermedad que puede aparecer 2-4 meses en lactantes y actualmente con el tratamiento sobrepasan los 30 años. El tratamiento que recibe es esencialmente paliativo pero puede ayudar a mejorar el pronóstico de vida.

Como es una enfermedad crónica es importante el trabajo de los profesionales vinculados a esta actividad en los diferentes núcleos situados en cada una de nuestras provincias.

1.2 La nutrición en la Fibrosis Quística.

Hasta hace pocos años se consideraba que "la fibrosis quística se asocia a

malnutrición" debido a que siempre estaba presente en el momento del diagnóstico, la gran mayoría de los pacientes sufría un deterioro de su estado nutricional en el curso de la enfermedad y fallecían muy desnutridos.

En los pacientes con fibrosis quística está indicado realizar una valoración detallada de la dieta habitual (encuesta dietética de, al menos, tres días) al diagnóstico de la enfermedad, de forma anual en el paciente estable y siempre que se produzca pérdida de peso, fracaso del crecimiento o empeoramiento clínico. Esta información nos resulta muy útil a la hora de modificar posibles hábitos para mejorar el estado de nutrición. En el caso de pérdidas de peso, el crecimiento se estanca en niños (en ausencia de reagudizaciones) se debería incrementar la ingesta habitual en un 20-30% aumentando el aporte de grasas (sobre todo) y azúcares, de manera flexible

En el tratamiento de la fibrosis quística el consejo dietético junto con la fortificación de la dieta habitual, utilizan alimentos altamente energéticos (por ejemplo en forma de batidos, chucherías, frutos secos, cremas, fritos, aceite añadido a las comidas elaboradas, etc.) pueden ser eficaces en incrementar las calorías totales ingeridas. La efectividad de los cambios conductuales ha sido demostrada en niños.

1.3 Orientación Psicopedagógica

Bisquerra (2005) define la orientación psicopedagógica como "un proceso de ayuda continua a todas las personas, en todos sus aspectos, con una finalidad de prevención y desarrollo, mediante programas de intervención educativa y social basada en principios científicos y filosófico".

Bajo el concepto de orientación psicopedagógica se reúnen las distintas manifestaciones de la orientación. Podemos destacar:

La orientación académica: es un proceso de ayuda al estudiante para que sea capaz de resolver los problemas que la vida académica le plantea por lo tanto, el proceso de ayuda se refiere siempre a situaciones de ayuda en actividades escolares, y para que a lo largo de su recorrido por la escuela realice

elecciones de acuerdo con sus intereses, capacidades, y con su situación personal. El tipo de ayuda que la orientación escolar ofrece presenta características distintas según la edad y nivel del escolar.

La orientación profesional es un proceso de ayuda al sujeto para que sea capaz de elegir y prepararse adecuadamente a una profesión o trabajo determinado, implica decisión, formación y la ubicación profesional. Trata de integrar las exigencias personales con las necesidades sociales.

La orientación personal apunta hacia la vida interior del hombre, hacia su armonía interior, equilibrio personal, conocimiento de sí mismo, sin perder las perspectivas de su entorno.

Otros autores como Guidance y Counseling establecen que en la terminología anglosajona se pueden distinguir dos términos para la orientación:

- Se refiere a acción informativa y valorativa sobre problemas de tipo social tales como la elección de instituciones donde realizar los estudios, elección o cambio de profesión, promoción académica, etc.
- Se refiere a problemas más propios de la vida particular o privada de los sujetos; con esta actividad se intenta ayudar al joven a planear y planificar su papel en la vida, permitirle tomar decisiones, responsabilidad en sus decisiones, y en general, mejorar su capacidad de criterio, etc.

La complejidad del proceso de orientación y su dimensión educativa se justifican, por un lado, en que la elección profesional comporta adscribirse a un tipo de vida concreto; y por otra parte, por la complejidad del mundo laboral, que continuamente lleva a nuevas profesiones, movilidad profesional, reconversión profesional; y esto hace que aumente la dificultad en los sucesivos momentos de elección, tanto en la formación o preparación como en la especialización.

Investigadores del tema como Rodríguez Espinar (1.993) señala tres principios básicos de la orientación:

Principio de prevención. Supone actuaciones de tipo proactivo; se trata de actuar antes de que surja el problema. La prevención como concepto comunitario, pone su énfasis en el grupo o comunidad, pretende reducir los riesgos de la totalidad de los miembros de un sistema, mejorando las condiciones existentes o previniendo posibles problemas.

Principio de desarrollo. El principio de desarrollo implica una orientación que atienda a todos los aspectos del desarrollo humano. Supone considerar al individuo en un continuo crecimiento y la orientación como un proceso continuo dirigido al desarrollo integral de la persona. Dentro de este proceso, en algunos «momentos críticos» la orientación ha de ser particularmente intensa.

Principio de intervención social. Según este principio la orientación no sólo ha de tener en cuenta el contexto en que se realiza, sino también la posibilidad de intervenir sobre e propio contexto. La actividad orientadora estará dirigida a la modificación de aspectos concretos del contexto. Así mismo, la orientación, desde esta perspectiva, tratará de ayudar al alumno a concienciarse sobre los obstáculos que se le ofrecen en su contexto y le dificultan el logro de sus objetivos personales, para que pueda afrontar el cambio necesario de dichos obstáculos

Orientación y psicopedagogía: La actividad orientadora se realiza, ante todo, en vinculación estrecha e indisoluble con la práctica docente. La Orientación es para el Sistema Educativo un elemento esencial que favorece la calidad y mejora de la enseñanza

Las distintas adjetivaciones de la orientación vienen a ser campos particulares o contenidos específicos dentro de la orientación en general; son diferentes conceptos de orientación aplicados a distintos ámbitos y problemas.

La orientación académica y la orientación profesional se hallan estrechamente vinculadas, ya que los estudios académicos se proyectan siempre hacia una

profesión o grupo de profesiones; así por ejemplo se puede elegir una carrera para la preparación de una profesión. Además, aunque no haya una clara intención profesional se va inclinando hacia una línea de estudio o trabajo.

Requisitos metodológicos para la orientación psicopedagógica.

Toda orientación psicopedagógica necesita ante todo mucho amor y deseo. La orientación psicopedagógica sólo es efectiva cuando se pone en función de ciertas condiciones y situaciones. Por lo tanto es preciso que se valoren los siguientes requisitos metodológicos:

- Desarrollar las actividades en un ambiente variado y armónico.
- Las acciones a realizar estarán en dependencia del curso que tomen, es decir de la evolución ante ellas.
- Las actividades deben desarrollarse en un ambiente tranquilo, higiénico, ventilado, iluminado.
- Los materiales a utilizar deben ser atractivos, de fácil manejo y que no impliquen peligros.
- Siempre que sea posible realizar las actividades a la misma hora del día, fundamentalmente cuando se inicie el tratamiento.
- El lugar se debe suprimir los estímulos adicionales que puedan provocar distracción, aunque a veces es conveniente introducirlos, poco a poco, para que éste trabaje en situaciones cada vez más naturales.
- Cuando se haya logrado un objetivo, debe procederse a su generalización.
- Cada sesión de trabajo debe concluir con una frase de elogio, por muy insignificantes que sean sus logros.
- Se le debe demostrar afecto en cada actividad que realice. Él debe sentirse seguro, confiado.
- Nunca se debe reprimir, ni sancionar. La orientación psicopedagógica oportuna fomenta el deseo de trabajar con agrado y satisfacción.

1.4 Actividad física Adaptada al paciente con Fibrosis Quística.

Clermont Simard 2003 destacado especialista en actividad física adaptada de la Universidad de Laval, asegura que: la actividad física para este paciente contiene un valor beneficioso tanto en lo fisiológico como en lo psicosocial. Existe un acuerdo unánime entre varios profesionales de la salud para afirmar que la persona con fibrosis quística que hace ejercicio disfruta de un mejor estado de salud que la que es sedentaria. Además, se ha observado una mayor frecuencia de enfermedades pulmonares en las personas que realizan actividad física, sin embargo, la causa y el efecto de dichas observaciones aún no está claro.

Pero, son pocos los niños con Fibrosis Quística proclives a comprometerse voluntariamente con una actividad física. La disnea de esfuerzo y la imposibilidad de participar a veces en los mismos ejercicios que los hermanos y los amigos explican en parte esa actitud. Según Godfrey(1976), la tolerancia al esfuerzo disminuye en el individuo con Fibrosis Quística por un conjunto de factores entre los que se destacan la limitación de la capacidad ventilatoria, el aumento del volumen residual, del espacio muerto fisiológico y la incapacidad para incrementar la circulación pulmonar durante un esfuerzo sostenido. Si hay un espacio muerto mayor del normal y una disminución de la capacidad ventilatoria, el enfermo deberá respirar más para conseguir y mantener un índice normal de oxigenación, y eso explica que durante el ejercicio se alcance enseguida el límite ventilatorio.

Las investigaciones científicas, que estudian el papel del ejercicio terapéutico en el tratamiento de niños con Fibrosis Quística, demostraron en estos últimos una mayor tolerancia al ejercicio tras el entrenamiento así como una mejora de la función pulmonar (Keens et al., 1977 y Clément et al 1979). Los volúmenes normales altos así como la frecuencia y la capacidad respiratoria altas asociadas al esfuerzo físico son, aparentemente, importantes para prevenir la acumulación de secreciones pulmonares (Patton, 1976) y para mantener la fuerza necesaria en los músculos respiratorios a fin de producir una tos fuerte y productiva (Wood et al., 1976). Aunque hay que seguir investigando para

conocer los efectos de los diversos tipos de ejercicio físico sobre el índice de liberación de secreciones (Wood et al., 1976, en la teoría y en la práctica, la natación es el ejercicio ideal para los enfermos de fibrosis quística (Mathews, 1976, Patton, 1976 y Douglas, 1977). Según Jankowski (1976) y Climent (1979), el ejercicio más beneficioso para las personas que padecen de insuficiencia respiratoria es el que se realiza en posición extendida y respirando aire húmedo con un volumen de más de 30 respiraciones por minuto. Durante un entrenamiento de 4 semanas de duración, Keens et al., (1979) observaron un aumento significativo de la resistencia de los músculos respiratorios del 57% en siete enfermos de fibrosis quística que nadaban libremente y hacían remo durante una hora y media al día, como promedio. Climent et al., (1979) también observaron un aumento de la capacidad de trabajo físico del 30% del consumo de oxígeno máximo del 17% y de la capacidad vital, del 15% en enfermos que participaron en un programa de ejercicios físicos terapéuticos en posición extendida en el agua.

Los cuidados integrales del niño con Fibrosis Quística dependen del equipo de salud, pero la evaluación física depende del fisiólogo, a la vista de la prescripción del ejercicio. Según Kraemer et al., (1979), el enfermo con Fibrosis que presente signos clínicos benignos tiene la ventaja de poder seguir un programa de actividades físicas, en cambio el paciente que presenta indicios de enfermedades pulmonares sólo puede realizar ejercicios terapéuticos, si están prescritos y supervisados por un profesional. Finalmente, la persona que presenta una enfermedad pulmonar grave suele manifestar hipercapnia o hipoxia durante el esfuerzo físico y por tanto, no está autorizado a participar en programas de actividades terapéuticas, ya que no le hacen ningún bien.

Para cualquier evaluación física, el médico que la trate debe dar su autorización y se hará un examen de función pulmonar. El volumen espiratorio cronometrado o una capacidad espiratoria forzada del 20% inferior al valor normal no permiten hacer una evaluación física de estos pacientes. La evaluación física consiste en medir la capacidad de trabajo físico y el consumo de oxígeno submáximo y máximo ($VO_{2\text{máx}}$) durante una prueba progresiva en bicicleta ergométrica o en cinta rodante. El ejercicio represcribe por la

frecuencia cardiaca (Fc) a partir de una frecuencia meta entre el 50% y el 70% del VO₂máx. Al prescribir el ejercicio se tiene en cuenta la frecuencia, la intensidad, la duración y el tipo de actividad. Lo ideal para el entrenamiento del paciente con fibrosis es una frecuencia de tres veces por semana, a días alternos, porque tras el ejercicio necesita un periodo de recuperación de más de 24 horas. La intensidad del ejercicio, medida en pulsaciones cardiacas, se mantiene en el 75% aproximadamente del VO₂ máx. observado, y ése es el valor considerado como máximo. La duración del entrenamiento puede aumentar gradualmente de 15 (3x5min) a 60 minutos (3x20min), mientras que los tiempos de reposo pueden ser de dos a tres minutos después de cada periodo de ejercicio. Si bien la natación es ideal para los enfermos de fibrosis quística, la bicicleta, la marcha a paso acelerado y la carrera son también excelentes formas de ejercicio, y cuando están adaptados, mejoran la fuerza muscular y la función cardiovascular. La higiene broncopulmonar y la capacidad de los músculos respiratorios también se ven incrementadas por el aumento de volumen respiratorio para un lapso de tiempo prolongado durante dichos ejercicios.

Los efectos psicológicos ligados a la actividad física quizá sean aún más importantes que los efectos físicos obtenidos como resultado de una etapa de ejercicios terapéuticos. La participación activa en actividades físicas hace que el enfermo tome conciencia de sus propias capacidades y las explote de forma óptima, y eso le ayudará a ganar autoestima y una mayor autonomía. Las actividades físicas también son una oportunidad para que los padres participen de modo normal y agradable en la terapia y así consoliden los lazos familiares a menudo en peligro en situación de crisis. Igualmente, la participación en estos juegos de cooperación y competición abre nuevas vías de comunicación y satisfacción a las personas con Fibrosis Quística y a su familia.

Hablar de calidad de vida como una referencia compleja al bienestar, acerca indefectiblemente a la misma definición de salud que la Organización Mundial de la Salud ([OMS](#)) ha propuesto: "No sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino también el estado de bienestar físico, mental y social".

Todo ello lleva a poder conceptualizar la noción de calidad de vida como una adaptación entre las características de la situación de la realidad y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal como las percibe él mismo y el grupo social. Para analizar la calidad de vida de una sociedad se debe considerar imprescindible el establecimiento de un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento.

1.5 Calidad de vida y actividad físico educativa en estos pacientes.

(Arostegui, 1998). La calidad de vida es un constructo cuya complejidad y características ha hecho confluir a las diversas disciplinas en un campo de problematización donde el foco de atención es el propio ser humano. Construir un modelo de calidad de vida requiere comprender el desarrollo de la investigación científica en el tema y su delimitación específica que describe la posición del investigador. Por ello se consideran los conceptos fundamentales relativos a las condiciones objetivas de vida, la capacidad y el bienestar subjetivo como supuestos sólidos para la estructura conceptual adoptada.

La calidad de vida es un concepto que va más allá de lo físico pues implica valores y actitudes mentales. Su búsqueda es una constante en la vida del hombre desde el comienzo de los tiempos. Poetas y filósofos han intentado definir, explicar, analizar lo que verdaderamente hace feliz al hombre.

La calidad de vida es un estado positivo desde todos los puntos de vista. Es estar en la plenitud, es poder funcionar ciento por ciento. Físicamente, significa encontrarse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas. Desde el punto de vista psíquico, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés. Desde el punto de vista emocional, es estar en paz. La persona que mantiene su calidad de vida es una persona que se siente bien, vigorosa, entusiasmada, con la sonrisa propia del que se siente bien en todas sus dimensiones.

El termino calidad de vida posee diferentes características como son subjetivo, universal, holístico, dinámico, interdependencia

La calidad de vida tiene su máxima expresión en su relación con la [salud](#). Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son: física, psicológica y social

Los indicadores de Calidad de Vida son: Opciones, relaciones, estilo de vida, salud y bienestar, derechos, satisfacción.

La calidad de vida de estos pacientes está vinculada a la actividad físico - educativa, que permite una mejor adherencia al tratamiento fisioterapéutico, esto en su conjunto se traduce en buen pronóstico y como consiguiente mejor calidad de vida

La labor educativa para el tratamiento y rehabilitación en estos pacientes deberá estar encaminado a las charlas educativas relacionadas con la enfermedad así como su pronóstico y a explicarles a pacientes y familiares la importancia de la fisioterapia respiratoria, el soporte nutricional y el tratamiento médico, además de explicarles la importancia de la práctica de deportes acordes con las condiciones de cada uno de nuestros pacientes.

Las características de la enfermedad no permite que nuestros pacientes permanezcan inactivos, ya que las complicaciones respiratorias son las más frecuentes y a su vez estas pueden ser mínimas cuando los pacientes llevan una vida activa, rica en ejercitación física.

Capítulo II: Concepción metodológica y determinación de necesidades.

2.1 Características del paciente con fibrosis quística.

El caso en estudio se encuentra referido a un paciente afectado por la enfermedad de Fibrosis quística. El paciente con el cual se va a realizar esta investigación tiene 19 años, de estatura pequeña, ojos verdes, color de pelo castaño, delgado, muy reservado, con deseos de vivir. Convive con sus abuelos paternos en el poblado de Falcón. Le gusta ser independiente, es

cariñoso con todos sus seres queridos, prefiere ver la televisión que salir a fiestas.

Características de la familia.

Esta familia es unida ayuda al paciente en cuanto a su calidad de vida. Es responsable, brinda apoyo incondicional está presente en todo momento junto a él. Sigue a cabalidad todas las orientaciones del médico, enfermeros y fisioterapeuta. Le exige los ejercicios aunque no se encuentre en crisis pues es de gran importancia para mantener el estado de salud deseado.

2.2 Análisis de los resultados de la observación.

Durante la observación realizada a los cinco pacientes se pudo constatar, la necesidad de realizar actividades físicas adaptadas para el mejoramiento de la calidad de vida encontrando además necesidades básicas en cuanto a la **función pulmonar** y al **estado nutricional**. Asociadas a la **obstrucción de las vías aéreas, mala digestión y al agotamiento por calor**.

2.3 Análisis de los resultados del Test de las relaciones interpersonales con el fisioterapeuta.

En el aspecto cognoscitivo así como en el emocional y el conductual pudimos comprender que el paciente establece una relación satisfactoria con el fisioterapeuta, por lo que se establece una colaboración planificada en la actividad para el cumplimiento de las tareas propuestas y su cooperación.

2.4 Análisis de los resultados del Test de los motivos. Durante este test veremos cómo se encontraba el paciente desde el punto de vista motivacional llevando a cabo una distribución por área las cuales están comprendidas en: conflicto, rivalidad, suficiencia, cooperación y agresividad.

En el paciente sujeto al estudio se pudo constatar las diferentes áreas: en el

conflicto se encontró la existencia de que hay problema y en las demás áreas resultó positiva la agresividad, no así la suficiencia, rivalidad y cooperación además de su evaluación integral que se comportó con una baja motivación.

2.5 Análisis de los resultados del Test de los diez deseos.

Se realiza éste en un primer momento, donde el paciente sujeto al estudio de casos se encontraba muy desmotivado, sin deseo alguno expresando solo 3 deseos, dentro de ellos menciona la necesidad de realizar actividades físicas adaptadas para mejorar la calidad de vida de nosotros lo fibroquísticos.

2.6 Análisis de los resultados del dibujo a la familia.

En el análisis del dibujo a la familia se pudo observar como él a través de un dibujo demuestra su amor a la familia haciendo énfasis en sus abuelos paternos con los cuales convive y su entorno campestre en el que vive.

2.7 Análisis del resultado del test de espirometría.

En el test de espirometría pudimos observar cómo se encontraba el paciente en un primer momento en cuanto a su capacidad vital, obteniendo como resultado mal funcionamiento en el sistema respiratorio y en la capacidad vital pues fueron en descenso los resultados finales.

El diagnóstico de las principales necesidades que presentan para la actividad física adaptada en los pacientes con Fibrosis quística. Los métodos aplicados permitieron comprobar el estado en que se encontraba el problema a investigar y la determinación de las principales necesidades con el objetivo de elaborar actividades de orientación psicopedagógicas.

El análisis de la información ofrecida por los instrumentos aplicados indican que:

- Sus necesidades básicas se encuentran establecidas en cuanto a la función pulmonar y al estado nutricional. Asociadas a la obstrucción de las vías aéreas, mala digestión y al agotamiento por calor.
- Establece una relación satisfactoria con el fisioterapeuta.

- Posee una baja motivación.
- Expresa la necesidad de actividades físicas adaptadas para mejorar la calidad de vida de los fibroquísticos.
- Manifiesta amor a la familia haciendo énfasis en sus abuelos paternos con los cuales convive y su entorno campestre en el que vive.
- Se establece la necesidad de aplicar orientaciones psicopedagógicas para la actividad física adaptada con el propósito de lograr en el test espirómetro un mejor funcionamiento de la capacidad vital y del sistema respiratorio.

De forma general estas características corroboran la necesidad de diseñar **Actividades de orientación psicopedagógica para la actividad física adaptada en pacientes con Fibrosis quística.**

1-Título: (Juegos acuáticos) Sesiones de juegos acuáticos con orientación psicopedagógica.

Actividades:

- Realizar ejercicios de agarres y control de las manos del compañero en forma de juego.
- Ejercicios de sumersión y relajación.
- Ejercicios de remolques con ayuda.
- Caminatas con la realización de bombas acuáticas e implosión respiratoria.(desde lo más simple a lo de mayor complejidad)

Orientación psicopedagógica: Esta se realizará en el agua para lograr una mejor respiración del paciente, estos ejercicios están dirigidos a fomentar las relaciones comunicativas afectivas y recreativas establecidas en los juegos acuáticos con el fin de lograr una mejor espiración e inspiración del aire en los momentos de sumersión.

Las adaptaciones en la actividad estarán dadas en cuanto al lugar y las condiciones para la realización de la misma, así como la tipología de los

ejercicios a realizar en cuanto a las potencialidades de los sujetos y las necesidades que posean, también influye en las adaptaciones el tiempo de ejecución y la evaluación de la actividad a partir de la implicación en la realización de las mismas.

2- Título: “Terapia inhalatoria”

La terapia inhalatoria es considerada ahora un componente importante en tratamiento y con frecuencia se administran las inhalaciones junto con las técnicas de depuración de la vía aérea.

Debido al cúmulo de secreciones en los pulmones se produce un ensanchamiento del tórax, en un principio transitorio para, posteriormente transformarse en fijo. El esternón sale, el diafragma se aplana por la continua tensión y el abdomen se acorta, provocando una debilidad en la musculatura extensora de la espalda.

Actividad de Relajación.

- 1 Realizar recogidas y liberación del abdomen prestando atención a la respiración desde diferentes posiciones.
- 2 Caminar lentamente coordinando dos pasos para inhalar y dos pasos para exhalar (puede aumentarse el número de pasos por cada ciclo de respiración).
- 3 Permanecer parados en el lugar con las manos apoyadas en el abdomen, prestando atención a los movimientos de este durante los ciclos de la respiración que debe ser abdominal.
- 4 Ejercicios de control de la respiración y la postura (corregir postura)

Orientación psicopedagógica: para la realización de esta actividad se debe prestar atención a la respiración desde diferentes posiciones debido a la propia ejecución desde la posición de acostado decúbito supino para no impedir afectaciones de los músculos abdominales en cuanto a la realización de la actividad.

En la actividad 2 puede aumentarse o no el número de pasos por cada ciclo de respiración esta deben estar acorde a las características propias del paciente.

3- Título: La marcha a paso acelerado.

Actividades:

- Realizar la marcha a paso acelerado combinándola con la ejecución de la inspiración a una distancia de 5 metros
- Realizar la marcha combinándola con la ejecución de la espiración a una distancia de 5 metros.
- Realizar la marcha con paso acelerado ejecutando tanto la inspiración como la espiración a una distancia de 10 metros.

Orientación psicopedagógica: para la realización de esta actividad se debe orientar al paciente en cuanto a la marcha para que no ejecuten la carrera pues es esta la vía que toman cuando le expresamos que realicen la marcha a paso acelerado. Cumpliendo así con los principios básicos de la orientación que no son más que la prevención en este caso de la carrera no indicada que pudiera realizar el sujeto, el principio de desarrollo que implica una orientación que atienda a todos los aspectos del desarrollo humano y al principio de intervención social donde el sujeto no sólo ha de tener en cuenta el contexto en que se realiza, sino también la posibilidad de intervenir sobre el propio contexto.

4- Título: Recorridos cortos en bicicleta.

Actividades:

- Rodillo durante 3 minutos.
- Bicicleta estática durante 3 minutos.
- Recorrido a una distancia de 50 metros.

Orientación psicopedagógica: Se le indica al paciente que no sobrepasen el tiempo y metros indicados durante las actividades diseñadas en bicicleta para prevenir que este llegue a la fatiga, pues una de sus necesidades básicas está dada por la función pulmonar.

5- Título: “Drenaje postural”

Es la técnica que consiste en facilitar el flujo de las secreciones bronquiales aprovechando la verticalidad de los conductos bronquiales con objetivo de ser expulsadas por la tos o por expulsión mecánica.

Relajación:

1. Realizar recogidas y liberación del abdomen prestando atención a la respiración desde diferentes posiciones eliminando los abscesos pulmonares.
2. Realizar ejercicios de respiración abdominal.

Orientaciones psicopedagógicas: Se le indica al paciente que haga una respiración pausada con la espiración alargada y durante ésta, el fisioterapeuta se encargará de aplicarle sobre la zona torácica donde se está drenando vibraciones o percusión rítmica.

2.8- Aplicación y valoración de los resultados de la propuesta de acciones en la práctica educativa.

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se utiliza la misma muestra que es objeto del control y análisis a la vez.

Para dar cumplimiento al objetivo se trabajó con la lógica siguiente:

- Análisis y desarrollo dirigido a valorar los cambios que se producen en cuanto a la calidad de vida en pacientes con Fibrosis quística después de aplicadas las orientaciones psicopedagógicas para la actividad física adaptada en el paciente.

Instrumentación en la Práctica.

La propuesta contempla, el valor social del contenido y la importancia que tiene la actividad física adaptada en pacientes con Fibrosis quística para el mejoramiento de su calidad de vida.

El trabajo con el diagnóstico constituye un aspecto fundamental a lograr la práctica de la actividad física adaptada en pacientes con Fibrosis Quística, lo que no solamente incluye el conocimiento del diagnóstico, sino la utilización de métodos, técnicas y procedimientos seleccionados adecuadamente para poder obtener resultados deseados.

Comparación.

Luego de aplicada las orientaciones psicopedagógicas para la actividad física adaptada y comparando los resultados se obtuvo una mejoría del paciente en cuanto a su calidad de vida dado por:

- En un segundo momento de aplicado el test de los motivos los resultados arrojaron una mayor satisfacción, pues en el paciente en el área del conflicto se encontraba con un comportamiento normal y en las demás áreas resultó positiva la presencia de estas.
- En cuanto a la evaluación integral se comportó con una mediana motivación aunque muy interesado por el desarrollo de las actividades de orientación psicopedagógicas.
- En el test de los diez deseos expresó cada uno de ellos manifestando su satisfacción por las actividades físicas adaptadas y su deseo de que fueran realizadas a los demás fibroquísticos.
- En el dibujo a la familia mantiene el mismo enfoque pero en este caso con un ambiente festivo.

- En el test de espirometría en un segundo momento se observó el ascenso de los resultados donde se logra una buena capacidad vital y un buen funcionamiento del sistema respiratorio.

CONCLUSIONES

1. Las principales necesidades que presentan para el mejoramiento de la calidad de vida de la muestra diagnosticada se encontraban dirigidas a la **función pulmonar** y al **estado nutricional**. Asociadas a la obstrucción de las vías aéreas, mala digestión y al agotamiento por calor.
2. Las actividades de orientación psicopedagógica para la actividad física adaptada fueron aplicadas en la muestra seleccionada para mejorar la calidad de vida en pacientes con Fibrosis quística
3. Las actividades de orientación psicopedagógica permitieron corroborar mediante la práctica de la actividad física al mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con Fibrosis quística en cuanto a una mediana motivación, mayor satisfacción y evaluación integral.

RECOMENDACIONES:

Derivado de los resultados obtenidos en esta tesis recomendamos:

1. Enriquecer las actividades de orientación psicopedagógica teniendo en cuenta el diagnóstico de la población seleccionada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Análisis del comportamiento “Eventos de salud seleccionados”. La Habana. UATS, 2000.
2. Arés, Patricia, et... al. El trabajo grupal. Colección educación popular de Cuba. (3). La Habana, editorial Caminos, 1992
3. Arocha J.L. Los contenidos de la salud pública. Los objetivos de “Salud para todos en el 2000”. En educación para la salud publica. (CEPSS, Canarias,1996:21
4. Ávila Guethón, Jorge. Salud ecológica. La Habana, Ed Ciencias Medicas, 2004.
5. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud. Washington DC. Banco Mundial, 1993.
6. Bermudes Morris, Raquel, et al. Dinámica de grupo en educación: su facilitación. La Habana, Ed Pueblo Educación, 2002.
7. Betancourt, J. et al. La creatividad y sus implicaciones, La Habana. Ed. Academia, 1997.
8. Betancourt, M. J. y L. Saíenz. La dinámica grupal para la solución creativa de problemas. La Habana, Ed. Academia de Ciencias, 1992.
9. Calviño, M. Trabajos en y con grupos. Experiencias y reflexiones Básicas. La Habana. Ed. Academia, 1998.
10. Carta de Ottawa para la promoción de salud I. Conferencia internacional sobre promoción de salud, 1989.
11. Castellanos, P.L. sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. OPS/OMS, washinton D.C. 1991:5
12. Castellanos, P.L. sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. OPS/OMS, washinton D.C. 1991:5
13. Colectivo de autores. Pedagogía. La Habana. Ed. Pueblo y Educación. 1984.
14. Declaración del primer encuentro nacional de municipios por la salud. Cienfuegos, Cuba, 1994.
15. Dorland- Diccionario Médico –ED Mc Graw Hill. Interamericana.

16. González Rey, F. Personalidad, salud y modo de vida. México D.F. Ed. UNAM, 1996.
17. H. Rouviere "Anatomía Humana"-Ed Masson. Almirall, H. P. Ergonomía cognitiva, apuntes para su aplicación en trabajo y salud. Instituto nacional de salud de los Trabajadores, La Habana, 2000.
18. Harrison-Manual de Medicina -ed Mc Graw Hill. Interamericana.
19. HSD/Silos-7. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social. Estudio de casos. OPS, Oficina sanitaria panamericana. Oficina Regional de la OMS: 3.
20. INDER. Orientaciones generales para el tratamiento a los programas nacionales. Cuba. 1988: 7
21. INDER. Orientaciones generales para el tratamiento a los programas nacionales. Cuba. 1988: 7
22. Investigaciones sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999, Caguayo SA. La Habana, 2000
23. Jordán, et al. Desarrollo humano en Cuba. La Habana. Ed. Científico Técnica, 1979.
- 24.** La educación para la salud, material de lectura resumido (adaptado de orientaciones y programas, educación para la salud en la escuela 1984.
25. Lalonde, M.A. new perspective on the health of canadian Ottawa, health and welfare Canada, 1974:1
26. López, F. y Fuertes, A.: "Para comprender la sexualidad". Editorial Verbo Divino, España, 2007. Pág. 85.
27. Martínez Calvo, Silvia. Las categorías promoción y prevención de salud en el programa de Medicina General Integral, Rev Cubana de MGI, 1994 10 (4).321-326.
28. Maslow, A. el hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser. Barcelona. Ed. Kairón, 1982.
29. Maslow, A. el hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser. Barcelona. Ed. Kairón, 1982.
30. Neffa, J. C. El proceso de trabajo y la economía del tiempo. Humanitas. Buenos Aires, 1998.
31. Ochoa Soto, R. Promoción de salud. Compilaciones, Editorial pueblo y Educación, La Habana, Cuba, 1997.

32. OMS, SBSC, ACSP. carta de Ottawa para la promoción de salud. Ontario, Canadá, 1986:3
33. OMS. Carta magna. 1946:1
34. PCC. Tesis y resoluciones. Primer congreso. La Habana. Departamento de orientación revolucionaria, 1976.
35. Pérez M, et al. Tendencias en la formación de salud Pública. Ponencia Presentada en la Jornada Científica de la ENSAP. cuba. 2001:5.
36. Pérez M, et al. Tendencias en la formación de salud Pública. Ponencia Presentada en la Jornada Científica de la ENSAP. cuba. 2001:5.
37. Ravenet M. Estructura social y transformación en cuba. La Habana. Ed. Ciencias Sociales, 1985.
38. Rigor Ricardo, O. et al. Medicina General Integral. Tomo1. La Habana. Ed. Pueblo y Educación. 1987.
39. Rodríguez Marín, J. promoción de la salud y prevención de las enfermedades: estilos de vida y salud, en psicología social de la salud, Madrid, ed. síntesis, 1995:19
40. Rodríguez Marín, J. promoción de la salud y prevención de las enfermedades: estilos de vida y salud, en psicología social de la salud, Madrid, ed. síntesis, 1995:19.
41. Romero, L.: "Afirmación personal autoestima y educación sexual del adolescente". Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla Colombia. 2007. Pág. 2.
42. Subirats, J. el análisis de las políticas públicas. Gac Sanit 2001, (15): 259
43. Terris, Milton. Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud publica, OPS/OMS, 1992:2
44. West "Fisiología Respiratoria"- ED panamericana.
45. West "Fisiopatología Pulmonar"-ED panamericana.

ANEXOS

TEST DE RELACIONES INTERPERSONALES CON EL FISOTERAPEUTA

Nombres y Apellidos:

Fecha:

Enfermedad: Fibrosis quística

Instrucciones:

Lea atentamente cada una de las apreciaciones que aparecen en la prueba. Si UD. considera que algunas de ellas se ajustan a sus relaciones con el fisioterapeuta, subraye donde aparece SI, y si es no corresponde, subraye NO.

Proposiciones

SI NO

1. Mi fisioterapeuta es capaz de pronosticar con exactitud los resultados de las técnicas que me aplica.
2. Me resulta difícil llevarme bien con mi fisioterapeuta
3. Mi fisioterapeuta es un hombre justo.
4. Mi fisioterapeuta me prepara para sentirme mejor.
5. Mi fisioterapeuta tiene suficiente sensibilidad en sus relaciones con las personas.
6. La palabra de mi fisioterapeuta es ley para mí.
7. El fisioterapeuta planifica con esmero los ejercicios que me va aplicar.
8. Yo estoy enteramente satisfecho con mí fisioterapeuta.
9. Mi fisioterapeuta es lo suficientemente exigente conmigo.
10. Mi fisioterapeuta siempre puede dar un consejo razonable.

11. Yo confío plenamente en mi fisioterapeuta.
12. La valoración de mi fisioterapeuta es muy importante para mí.
13. Mi fisioterapeuta en lo fundamental me entrena por un patrón.
14. Trabajar con mi fisioterapeuta es una satisfacción.
15. Mi fisioterapeuta me presta poca atención.
16. Mi fisioterapeuta generalmente tiene en cuenta mis características individuales.
17. Mi fisioterapeuta entiende poco mi estado de ánimo.
18. Mi fisioterapeuta siempre presta atención a mis opiniones.
19. No tengo dudas de lo correcto y necesario que son los métodos y medios que utiliza mi fisioterapeuta
20. Yo no comparto con mi fisioterapeuta mis pensamientos más íntimos.
21. Mi fisioterapeuta me rectifica mis más mínimos errores.
22. Mi fisioterapeuta conoce bien mis lados débiles y fuertes.
23. Yo quisiera parecerme a mi fisioterapeuta
24. Mis relaciones con el fisioterapeuta son sólo de la terapia física.

Este test evalúa tres aspectos: Cognitivo, Emocional y Conductual.

<u>Aspecto cognitivo:</u> 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22.
--

<u>Aspecto emocional</u> : 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23.
<u>Aspecto conductual</u> : 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24.

Para dar 1 punto cada pregunta se contesta así:

13. Si	25.No
14. No	26.Si
15. Si	27.No
16. Si	28.Si
17. Si	29.No
18. Si	30.Si
19. Si	31.Si
20. Si	32.Si
21. Si	33.Si
22. Si	34.Si
23. Si	35.Si
24. Si	36.No

Escala por aspecto

7 – 8 puntos	Muy Satisfactorio
5 – 6 puntos	Satisfactorio
4 puntos	Regular
2 – 3 puntos	Mal
0 – 1 puntos	Muy Mal

TEST DE LOS MOTIVOS

Nombres y Apellidos: Richel Espinosa Pichardo Edad: 16

Instrucciones:

Conteste todas las preguntas marcando Si o No. Algunas veces marque Si.
Recuerde marcar todas las preguntas.

PREGUNTAS

SI NO

1. ¿Indiferente y cansado?
2. ¿Decidido a ser el primero?
3. ¿Emocionado?
4. ¿Cómo queriendo ayudar a otro a mejorar?
5. ¿Lleno de energía?
6. ¿Irritable sin razón alguna?
7. ¿Cómo si hacer bien los ejercicios fuese importante para ti?
8. ¿Cómo muy amigable hacia los demás fibroquísticos?
9. ¿Impulsivo?
10. ¿Irritado porque alguien lo hizo mejor que UD.?
- 11.. ¿Más feliz que nunca?
12. ¿Culpable por no hacerlo mejor?
13. ¿Poderoso?
14. ¿Muy nervioso?
15. ¿Complacido porque alguien lo hizo bien?
16. ¿Qué estabas haciendo más de lo que podías?
17. ¿Qué querías llorar?
18. ¿Con deseos de botar a alguien?
19. ¿Más interesado en tus ejercicios que en otra cosa?
20. ¿Disgustado porque no lo hiciste bien?
21. ¿Con ganas de hacer algo por los demás fibroquísticos?
22. ¿Cómo si se quisiera fajar con el que se interponga en su camino (empujando, golpeando)?

23. ¿UD ha logrado algo bastante nuevo (una destreza)?

24. ¿Cómo si los otros estuvieran obteniendo más de lo que merecen (más que la parte justa de atención o recompensa)?

25. ¿Cómo para felicitar a alguien porque lo hizo bien?

Esta prueba de 25 preguntas, valora 5 áreas distintas de la motivación: Conflicto, Rivalidad, Suficiencia, Cooperación y Agresividad.

Cada respuesta positiva (+) suma puntos. Si la respuesta es negativa (-) la puntuación es nula, es decir no suma.

La evaluación se realiza por cada área, y después se procede a una sumatoria integral, excluyendo el área de conflicto, entonces se hacía sobre la base de 20 puntos.

<u>Distribución de preguntas por área</u>					
Conflicto	1	6	12	14	17
Rivalidad	2	7	10	20	24
Suficiencia	3	11	16	19	23
Cooperación	4	8	15	21	25
Agresividad	5	9	13	18	22

Evaluación por áreas

Conflicto: 2 puntos en adelante es significativo (hay problemas), de 0-1 es normal el comportamiento del área.

Rivalidad, Suficiencia y Agresividad: 3 puntos y más son significativos, es positiva la presencia del área.

Cooperación: 4 y 5 puntos resultan significativos en el orden positivo.

Evaluación Integral (exceptuando el área del conflicto)

Menos de 11 puntos _____ Baja Motivación

Desde 12 – 14 puntos _____ Mediana Motivación

Desde 15 – 20 puntos _____ Alta Motivación

TEST DE LOS DIES DESEOS:

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

TEST DEL DIBUJO A LA FAMILIA:

TEST DE ESPIROMETRÍA

Es una prueba que se realiza con un espirómetro o a través de la técnica del conteo espiratorio y su función es determinar la capacidad vital.

Metodología: (Conteo espiratorio)

Se realiza una inspiración profunda y se comienza a contar en forma ascendente con voz alta clara y pausada hasta expulsar todo el aire y el último número se multiplica por 100 o se le agregan dos ceros, esta es la cantidad de ml que posee una persona como capacidad vital.

Este ejercicio se realiza 5 veces con un intervalo de 15 segundos entre ellas luego se aplica una carga durante 20 o 30 segundos y después se vuelve a repetir el ejercicio tabulando los resultados finales. Si hay ascenso de los resultados es que hay una buena capacidad vital y un buen funcionamiento del sistema respiratorio y viceversa.

ANTES	1 MOMENTO	2 MOMENTO	3 MOMENTO	4 MOMENTO	5 MOMENTO
Espirómetro/ ml	500	300	400	300	200

DESPUÉS	1 MOMENTO	2 MOMENTO	3 MOMENTO	4 MOMENTO	5 MOMENTO
Espirómetro/ ml	600	600	700	700	800