

*Salvador*  
*10 (cruz)*

***Universidad del Salvador***

***Facultad de Medicina***

***Licenciatura en Ciencias de la Salud***

**Carrera:**

**Licenciatura en Actividades Físicas y Deportivas**



**“ABORDAJE MOTOR EN NIÑO**

**CON TRASTORNO MENTAL”**

UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

***Tutora de tesis:   Ingrata, Adriana***

***Licencianda:       Cechini, Mariana***

***Año:                   2001***

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a, mis padres, a mi hermana y a mis compañeras de quienes recibe un gran apoyo durante todos estos años de estudio.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## AGRADECIMIENTOS

A la directora de la Carrera, Blanca Tobías, quien me dió la posibilidad de realizar la pasantía en el Hospital Pedro de Elizalde, donde se llevó adelante esta investigación.

A la Doctora Adriana Ingrata, quien a través de su tutoría me brindó todo su apoyo y sus conocimientos para la realización de este trabajo.

A la Profesora Blanca Rizzo, quien a través de su seguimiento y dedicación, colaboró en el desarrollo de este trabajo.

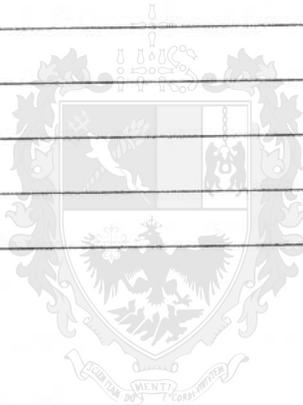
A Emanuel Vega, protagonista de esta investigación, a quien tuve el placer de poder brindarle mi ayuda a través de la Actividad Física.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

INDICE

1- INTRODUCCIÓN	5
1.1- Justificación	5
1.2- Fundamentación	5
1.3- Planteo del Problema	5
1.4- Objetivo	6
1.5- Hipótesis	6
1.6- Hipótesis Nula	6
1.7- Unidad de Análisis	6
1.8- Material y Métodos	6
2- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	8
3- MARCO TEÓRICO	9
4- RESULTADOS	63
5- CONCLUSIÓN	70
6- BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXO 1	72



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## 1-INTRODUCCIÓN.

### 1-1 JUSTIFICACIÓN.

El propósito de esta investigación, es mejorar la evolución de enfermedades mentales discapacitantes, mediante la realización de Actividad Física.

Mediante ésta se buscará, la mejora de la autoestima, el tener un lugar de pertenencia, participar de una actividad reglada, para incrementar su esfera social, apuntando al desarrollo psico-bio-social del paciente con enfermedad mental.

### 1-2 FUNDAMENTACIÓN.

La práctica de Actividad Física propiamente dicha, donde se incluye el deporte y la Recreación Física, son consideradas actividades de gran importancia para la persona, desde el plano biológico como social.

El ejercicio proporciona un estímulo necesario para mantener la integridad estructural y funcional del organismo, mejora la actividad metabólica del mismo, por ende la actividad metabólica a nivel cerebral. Hay un aumento de endorfinas, como de estímulos sensoriales aferentes. Al mismo tiempo el individuo se favorece a nivel psíquico mediante la realización deportiva.

Los beneficios que otorga la práctica deportiva, no sólo deben estar al alcance de los deportistas convencionales o persona sin restricción alguna, es importante destacar que el paciente con enfermedad mental no esta exento de estos beneficios.

Por lo tanto considero que la actividad física facilitará la evolución de las diferentes conductas motoras de las personas con capacidades diferentes, contribuyendo no sólo en la rehabilitación física, sino psíquica.

### 1-3 PLANTEO DEL PROBLEMA

Qué efectos produce la Actividad Física controlada, sobre la evolución de la coordinación motriz.

#### 1-4 OBJETIVO.

Medir las capacidades acordes para la realización de las diferentes actividades motoras.

#### 1-5 HIPOTESIS

Mediante la realización de actividad física, de acuerdo a la patología que presenta (esquizofrenia juvenil), puede mejorar la coordinación del área motriz.

#### 1-6 HIPOTESIS NULA

Por más entrenamiento que se aplique, concebido como actividad física, no alcanzará lo propuesto.

#### 1-7 UNIDAD DE ANALISIS

Trabajo sobre caso clínico único: Paciente con trastorno esquizofrénico juvenil.

#### 1-8 MATERIAL Y MÉTODOS.

Debido a las características particulares de los pacientes con patología emocional severa, y la imposibilidad de adaptarse a los testeos convencionales, se utilizarán testeos basados en las actividades realizadas con el paciente.

Se diseñaron 6 protocolos<sup>1</sup>, los cuales evaluarán:

Prueba número 1: Coordinación de habilidades motoras combinadas: saltar y lanzar

Prueba número 2: Orientación Espacio-temporal.

Prueba número 3: Equilibrio Estático

Prueba número 4: Capacidad de Reacción

Prueba número 5: Capacidad Rítmica

Prueba número 6: Capacidad de Transformación de movimientos.

---

<sup>1</sup> Ver Anexo 1

El plan de Actividad Física<sup>2</sup> diseñado, se llevará a cabo durante 8 meses, iniciándose en el mes de abril del 2001, se aplicará un estímulo semanal. La duración, se estimará de acuerdo a las posibilidades del niño, lo recomendado será de 35 minutos.

Durante este lapso de tiempo se tomarán dos evaluaciones, una evaluación diagnóstica al comenzar el plan de Actividad propuesta y una evaluación al finalizar el mismo, para determinar la evolución de las capacidades motoras.

Cabe destacar que durante el desarrollo del plan de actividad física estará presente una evaluación continua, que permita el mejor seguimiento del plan establecido.

Para evaluar la evolución de las capacidades motoras, se confeccionará una escala nominal (1-5), con sus respectivas especificaciones.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

---

<sup>2</sup> Ver Anexo 1

## 2- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

La investigación fue llevada a cabo, con un paciente que presenta como diagnóstico; Esquizofrenia Juvenil (DSM IV 295: 20)

Su edad al comienzo de la actividad terapéutica: 12 años.

Este paciente manifestó su primera crisis el 10 de junio de 1999, frente a ésta fue internado en el Hospital Garrahan, durante 25 días. El diagnóstico dado por los médicos encargados del seguimiento del primer episodio, fue un cuadro de mutismo selectivo akinético acompañado de fobia social.

Luego de este período que permaneció internado en el Hospital Garrahan, se hace abandono del mismo por propia voluntad de sus padres. Debido a, esto es derivado por orden judicial al Hospital de Niños Pedro de Elizalde, donde es atendido por la Doctora Adriana Ingrata.

Se observa delirio de fin de siglo, deestructuración del pensamiento y despersonalización. El paciente permanecía en posiciones raras (catatónico).

Debido a la problemática que presentaba este paciente, se inicia la terapia correspondiente a cargo de la doctora antes mencionada.

Recibe los siguientes medicamentos: levomepromazina, ácido valpróico, risperidona.

Cabe destacar que en el núcleo familiar, el paciente presenta un antecedente de tío materno esquizofrénico.

Dentro de este núcleo familiar se presentan ciertos problemas, ya que su referente masculino se ha separado de su madre, formando otra familia, caracterizándose por ser un padre abandonico. Su hermano ha sido condenado a cadena perpetua, mientras que su hermana mayor comparte la misma casa con él y su madre.

Se observa un nivel socioeconómico medio-bajo, el cual se ve mayormente afectado por la imposibilidad de su madre por tener una continuidad laboral, esto se refleja en la alternancia del suministro de medicamentos, por imposibilidad de comprar los mismos, dando esto altos y bajos en su cuadro clínico, evidenciándose también en su predisposición a realizar la tarea deportiva

### 3- MARCO TEÓRICO

#### ESQUIZOFRENIA

El término psicótico, se ha definido conceptualmente como la pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Los distintos trastornos de esta sección ponen énfasis en diferentes aspectos de las varias definiciones del término psicótico. En la esquizofrenia, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico.

La 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 de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes y con algunos signos que han persistido durante al menos 6 meses.

Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia: el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.

Los síntomas característicos, pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (Alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje

desorganizado) y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

Los síntomas negativos, comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje.

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que esta siendo molestada, seguida engañada, espiada o ridiculizada.

Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida.

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, son frecuentes las voces amenazantes.

El pensamiento desorganizado "pérdida de las asociaciones" ha sido considerado como la característica simple más importante de la esquizofrenia. El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede perder el hilo, saltando de un tema a otro (pérdida de asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas.

El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprende desde las tonteras infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de forma poco corriente o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado. (Masturbarse en público) o una agitación impredecible e inmotivada (gritar o insultar).

Los comportamientos motores catatónicos, incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta 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