



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL

TESINA

Para obtener el título de
Licenciada en Enfermería

Presenta

Rivera Barroso Estefany

Asesora

Mtra. Acevedo Peña Margarita



LOS REYES IZTACALA, TLANEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

	Pág.
Agradecimientos	4
Introducción	5
Justificación	9
Planteamiento del Problema	10
Objetivo	11
Metodología	12
1. Capítulo 1: Discapacidad Intelectual	13
1.1 Causas de la Discapacidad Intelectual	14
1.2 Clasificación de la discapacidad intelectual	17
1.3 Características de la persona con discapacidad intelectual.	21
1.4 Principales problemas de salud.....	24
1.5 Porcentaje de las principales enfermedades en personas con discapacidad..	25
1.6 Principales Síndromes que cursan con Discapacidad Intelectual	26
1.6.1 Síndromes que cursan con Discapacidad Intelectual y sus perfiles cognitivos- conductuales	27
2. Capítulo 2: Calidad de vida y apoyo de las personas con discapacidad intelectual	29
2.1 Calidad de vida	29
2.2 Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual	29
2.3 Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual a partir de su propia valoración.	33
2.4 Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual a partir de la valoración de sus familias y tutores	34
2.5 Calidad de vida Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual a partir de la valoración de los/as profesionales	35
2.6 Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual.....	36
2.6.1 Propuestas para la autodeterminación de las personas con discapacidad	38
2.7 Apoyos a las personas con discapacidad intelectual	39
2.7.1 Necesidades y ayudas a las personas con discapacidades intelectuales	42

3. Capítulo 3: Enfermería en Salud Mental y La discapacidad Intelectual ..	45
3.1 Enfermeros especialistas en salud mental	45
3.1.1 Competencias e intervenciones de la enfermera de salud mental	46
3.1.2 Competencias asistenciales de la enfermera de salud mental	46
3.1.3 Competencias docentes de la enfermera de Salud Mental	47
3.1.4 Competencias investigadoras de la enfermera de Salud Mental	47
3.1.5 Competencias de gestión de la enfermera de Salud Mental	48
3.1.6 Líneas estratégicas en el área de enfermería de Salud Mental.	48
3.1.7 Atención Domiciliaria	50
3.2 Dificultades del personal de salud para atender a las personas con discapacidad intelectual.	52
3.2.1 Factores relacionados con las personas con discapacidad intelectual.....	52
3.2.2 Factores relacionados con los profesionales	54
4. Capítulo 4: Proceso de enfermería al paciente con Discapacidad Intelectual	56
4.1 Valoración del personal de enfermería al paciente con discapacidad intelectual	56
4.1.1 Valoración por patrones funcionales al paciente con discapacidad intelectual grave y profunda	57
4.2 Planes de cuidados de enfermería estandarizados a pacientes con discapacidad intelectual por patrones funcionales.	62
4.3 Actitudes de enfermería hacia las personas con discapacidad intelectual.	71
Conclusiones	72
Sugerencias y Aportes para el gremio de Enfermería	75
Referencias Bibliografía	77

Agradecimientos

A mi familia:

Barroso Cervantes María Raquel
Rivera Navarro Juan
Rivera Barroso Diana Patsy
Rivera Barroso Juan Edgar

Agradezco a mi familia por todo el apoyo que me brindaron en todo este tiempo de mi trayectoria académica.

A mi Novio:

Ramírez Morales Ulises Armando

Quiero darle las gracias por haberme apoyado cada día y sobre todo por creer en mí en todo momento.

A mi asesora:

Mtra. Acevedo Peña Margarita

Por permitir que fuese mi asesora en esta tesina, además de sus valiosas aportaciones y consejos que hicieron posible este trabajo.

Introducción

En México a partir del siglo XIX empieza la tendencia por dar educación a las personas que presentaban discapacidad, esto fue la creación de las primeras escuelas para ciegos, sordomudos y con problemas de conducta. En el siglo XX se crea la escuela para anormales mentales, además se busca una clasificación de los alumnos para brindarles una atención adecuada a sus necesidades y surge la inquietud por definir el concepto de alumno con requerimientos especiales, así como la formación de personal capacitado y centros educativos que brinden atención a este tipo de personas. La Secretaria de Educación Pública crea el Instituto médico pedagógico atendiendo a los débiles mentales y a los débiles físicos; en el cual el débil mental se caracteriza por su escaso progreso escolar, su deserción escolar, su incapacidad para el aprendizaje de algún oficio, se busca dar un diagnostico que indique el tratamiento médico y pedagógico. Surge un cambio radical en la educación especial en donde se da una nueva clasificación, lo que permite reconocer cierta homogeneidad en los mismos que son: deficiencia mental, dificultades en el aprendizaje, deficiencias visuales, impedimentos motores y problemas de conducta. Respondiendo a la realidad escolar se impulsan los grupos integrados, donde se da respuesta a los problemas en el aprendizaje manifestados principalmente en la lectoescritura y el cálculo durante el primer ciclo de nivel primaria. Es así como a lo largo del tiempo se ha ido transformando la atención y el concepto que se tiene hacia los alumnos que presenten alguna discapacidad intelectual se les conceptualizo como: anormales, retrasados, idiotas, imbeciles, débiles mentales y anormales psiquiátricos. En el siglo XIX donde se les denomina retrasados mentales el concepto que perduro hasta el año 2002 en el cual la AAMR lo define como Discapacidad Intelectual.

La presente tesina tiene como objetivo difundir evidencia científica al personal de enfermería sobre la discapacidad intelectual así como las aportaciones que el gremio de enfermería puede brindar para contribuir en la calidad de vida y el continuo de salud de esta comunidad.

En México, así como en muchos países de ingresos medios o bajos, la discapacidad intelectual no aparece en la agenda política ni es considerada un problema de salud pública, sino como un fenómeno aislado e individual; no se reconocen las repercusiones económicas, políticas o sociales que la discriminación y la falta de servicios pertinentes puede tener para la sociedad. Por lo tanto, la discapacidad intelectual no suele despertar interés en los ámbitos de la política, la ciencia, la salud ni en general en la comunidad. En México, de acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social y con datos del INEGI del 2009, existen entre 1-2 millones de personas que viven con discapacidad intelectual. Los datos del Censo de la INEGI, indican que en esa condición había en el país en el año 2010, 448 mil 873 personas que viven con alguna discapacidad intelectual, de ellas, 345 mil 490 tenían sólo esa limitación; sin embargo, había 40 mil 535 personas que además de la limitación mental enfrentaban alguna otra; 23 mil 500 enfrentaban dos limitaciones adicionales, mientras que 39 mil 348 vivían con tres limitaciones adicionales a la mental. Debe destacarse que a escala nacional, las personas con alguna discapacidad mental representan 0.4% del total de la población; sin embargo, hay diferencias interestatales en este tipo de limitaciones. En Yucatán, el porcentaje de personas con alguna limitación intelectual es de 0.51%; en Nayarit, Zacatecas y Jalisco, 0.48%; mientras que en San Luis Potosí, el Distrito Federal, Colima y Sonora, el porcentaje es de 0.47%. Las entidades con menor presencia relativa de discapacidad mental son el Estado de México y Puebla, con 0.33% cada uno; Tlaxcala, con 0.29%; Chiapas con 0.28%, y Quintana Roo con 0.26%.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, que provee servicios especializados de psiquiatría. La Discapacidad Intelectual leve (Coeficiente intelectual de 70) se colocó entre las 10 primeras causas de enfermedad psiquiátrica que motiva atención de consulta externa en los últimos tres periodos considerados (2003, 2005 y 2007). Las personas con discapacidad intelectual genera dependencia con relación al entorno familiar, cuando no existen programas sociales y legislación que promueva la vida independiente por parte de estas personas. Asimismo, tiende a empobrecer más a las familias con menos recursos porque genera elevados gastos catastróficos. Es necesario indagar sobre la realidad social de la

discapacidad intelectual en México, para fundamentar con evidencia científica la siguiente apreciación, lo cual permitirá posteriormente formular soluciones al respecto:

En México las personas con discapacidad intelectual son atendidas en programas heterogéneos de custodia, en forma gubernamental o familiar, y se les segrega del resto de la sociedad. Esto, a pesar de la tendencia mundial hacia la integración de personas con este tipo de discapacidad, con la finalidad de aumentar su calidad de vida y eliminar obstrucciones a que ejerzan sus derechos en varios ámbitos, incluyendo la autonomía económica, social y personal-corporal (incluyendo la sexualidad).

Sin embargo, la investigadora Betania Allen Leigh y el Dr. Gregorio Katz Guss, opinan que el 70% de las personas con discapacidad intelectual pueden ser independientes y productivos, lo cual contribuye a una mayor calidad de vida entre ellos y sus familiares; disminuye la carga económica en sus estructuras familiares, en el estado o en la sociedad en general, y finalmente facilita el ejercicio de sus derechos como seres humanos y ciudadanos. La evidencia muestra que si las personas con alguna discapacidad son discriminadas, quienes viven con alguna discapacidad mental la viven con mayor agudeza y profundidad. El 34% de las personas en México cree que a las personas con discapacidad no les son respetados sus derechos. Un estudio publicado por la CONAPRED muestra que 90% de las personas que viven con alguna discapacidad intelectual han vivido al menos un acto de estigma o discriminación. En México existe una falta de acceso universal a los servicios sociales y de salud entre este grupo extremadamente vulnerable. De la misma manera, faltan programas en México que promuevan entre las personas con discapacidad intelectual la independencia, el empoderamiento o ejercicio de derechos y la integración social y laboral.

El primer capítulo de esta tesina empieza con la descripción de la discapacidad intelectual, las causas por la cuales se da esta condición, y su clasificación. Además se hablara sobre los principales problemas de salud, el porcentaje de enfermedades que padecen, principales síndromes que cursa con discapacidad intelectual y el perfil cognitivo- conductual que padece esta población. El segundo capítulo ofrece

la calidad de vida con respecto hacia las mismas personas con discapacidad intelectual, la propia familia y los profesionales de la salud. También se dará a conocer la autodeterminación, apoyos, necesidades y ayudas con respecto a la comunidad que presentan discapacidad intelectual. El tercer y el último capítulo se enfoca en los profesionales de enfermería especializados en salud mental, sus competencias con respecto a sus funciones de enfermería en salud mental, asistenciales, docencia, investigación y atención domiciliaria. Por último se hablara sobre las dificultades de los profesionales de la salud para entender a las personas con discapacidad intelectual, la valoración en los patrones funcionales y las actitudes que el personal de enfermería tiene con los pacientes con discapacidad intelectual.

Justificación

La discapacidad intelectual es una condición de salud que involucra diversos ámbitos tales como la salud, la economía, lo político, lo cultural, lo legal y demás ámbitos sociales. En México, según estimaciones del INDESOL en el año 2010, las personas que tienen algún tipo de discapacidad intelectual son 2 92500, lo que representa 5.1% de la población total.

Un dato a destacarse es que 37% de la población con alguna discapacidad intelectual no tiene acceso a servicios de salud ni de seguridad social, lo cual incrementa sus niveles de vulnerabilidad.

En México los profesionales en el área de enfermería cuentan con mínima información referente a las intervenciones y cuidados específicos a ejecutar en la discapacidad intelectual.

Este tema se debe de abordar desde el punto de vista multidisciplinario apoyado por las áreas de Psicología, Pedagogía, Nutrición y de la salud con la finalidad de lograr la integración ante la sociedad de esta población con discapacidad intelectual.

En consecuencia se desarrollará la presente Tesina con la finalidad de otorgar un panorama sobre el personal de enfermería y las contribuciones en las intervenciones específicas a este sector con discapacidad intelectual y aportando elementos necesarios para su adaptación Biopsicosocial.

Por otro lado será de gran importancia para el gremio de enfermería el poder tener nuevas investigaciones, perspectivas y enfoques de este grupo vulnerable con la intención de proporcionar cuidados integrales a las personas con discapacidad intelectual.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población con discapacidad intelectual padece de segregación y abandono debido a la falta de políticas de inclusión social y cuestiones culturales. Aunado a que se cuenta con poca investigación de enfermería que hablen de las personas con discapacidad intelectual y los cuidados específicos que se les debe brindar.

Otro factor influye que contribuye en el continuo de salud de esta comunidad, es el escaso personal de enfermería que proporcione los cuidados adecuados en el medio hospitalario o en centros enfocados a este sector, donde se deja de lado el primer nivel de atención.

Es de gran importancia la educación para la salud a estas personas con discapacidad intelectual con la finalidad de proporcionarles conocimientos básicos y alcanzar su autocuidado con buen estado de salud.

México se cuenta con datos sobre diferentes discapacidades pero no se tiene con exactitud información sobre las intervenciones enfocadas a esta población que el personal de enfermería realiza.

En comparación con otros países como Colombia y España presentan mayor investigación acerca de este tema y de poseer información variada de la discapacidad intelectual.

En función a este tema se debe de visualizar como una gran oportunidad para realizar un avance significativo en este campo y así otorgarles a esta comunidad condiciones de vida dignas y de calidad en México.

OBJETIVOS

General:

Difundir al personal de enfermería las intervenciones enfocadas a las personas con discapacidad intelectual para contribuir en su calidad de vida.

Específicos:

Profundizar en el tema de discapacidad intelectual con base a su clasificación, calidad de vida, autodeterminación y enfermería en salud mental.

Orientar al gremio de enfermería sobre las aportaciones que se les debe brindar a esta comunidad.

Metodología

La presente tesina posee un método de investigación documentada de carácter monográfico ya que aborda un tema relevante o problemática el cual permita enriquecer la disciplina o innovar con algún planteamiento. Se buscó información acerca de la discapacidad intelectual y de enfermería en salud mental, y su contribución con las personas que cursan con discapacidad intelectual a nivel nacional e internacional por medio de formato electrónico en artículos, revistas y sitios web. Se llevó a cabo 4 días a la semana en el transcurso de 5 semanas, en la primera semana se realizó la portada, índice, justificación, planteamiento del problema, objetivos y el primer capítulo en donde se vio la discapacidad intelectual. La segunda semana se inició con el segundo capítulo donde se menciona la calidad de vida, la autodeterminación y los apoyos para la población con esta condición, en la tercera semana se desarrolló el tercer y cuarto capítulo de enfermería en salud mental y su relación con la discapacidad intelectual, en la cuarta semana se elaboró la introducción, agradecimientos, conclusiones, sugerencias y aportes para el gremio de enfermería y por último en la quinta semana se efectuó la metodología y la bibliografía. Todos estos puntos anteriores pretende dar a conocer la situación en el país sobre la discapacidad intelectual y las aportaciones del personal de enfermería, estos conocimientos serán indispensables para el desempeño óptimo del futuro del personal de enfermería que conducirá a desarrollar un pensamiento crítico y permitiendo valorar la importancia del papel que desempeñan los profesionales de enfermería con las personas con discapacidad intelectual, tomando en cuenta que serán profesionales que estarán en contacto con este tipo de pacientes, además de ser un campo con grandes oportunidades para el gremio de enfermería.

Capítulo 1

1. Discapacidad Intelectual

1.1 Concepto de la Discapacidad Intelectual

La Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo en el 2011 define la discapacidad intelectual como un término caracterizada por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, entendiendo como habilidades adaptativas de tipo conceptual, social y práctico. Esta discapacidad intelectual se origina antes de los 18 años. ¹

El término discapacidad intelectual se usa cuando una persona presenta limitaciones en sus habilidades intelectuales de razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprender ideas complejas, aprender con rapidez, aprender de la experiencia, como también, en el aprendizaje del conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, necesarias para funcionar en la vida diaria. ²

En función a lo anterior se puede definir a la discapacidad intelectual como el conjunto de limitaciones en la capacidad de intelectual, alteraciones conductuales y la falta de la adaptación en su entorno. Esto conlleva al desarrollo de esta personas a presentar un ritmo y estilo diferente para aprender con respecto a la mayoría de otros individuos de su misma edad, como consecuencia esta población tendrá dificultades a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria.

¹ Rey de Sola M. Caminos Aragón M. García Pérez M. Cabrera Medina M. Alonso Dosouto Hernán. Voluntariado con Personas con Discapacidad Intelectual. uma.es. Madrid. Fundación Juan Cuidad. Marzo 2016 (citado 1 junio 2017); 11-13. Disponible en: [https://www.uma.es/media/tinyimages/file/Voluntariado con Personas con Discapacidad Int.pdf](https://www.uma.es/media/tinyimages/file/Voluntariado_con_Personas_con_Discapacidad_Int.pdf)

² Fernández Gabalón. La Discapacidad Intelectual en la sociedad Percepción e integración social. diposit.ub.ed. 2016 (citado 1 junio 2017);15-19.Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/53928/1/Clara_Fernandez_Gabalon.pdf

1.2 Causas de la Discapacidad Intelectual

En la discapacidad intelectual existen limitaciones en el funcionamiento cognitivo de la persona originadas por distintos factores causales, de orden personal o ambiental, que pueden ejercer su acción en diferentes momentos, más o menos críticos, del desarrollo del individuo. Estos factores causales pueden ser:

Genéticos: Se diagnostican generalmente en etapas tempranas y en ocasiones en la vida intrauterina. Por ej. El Síndrome de Down, Síndrome de West, desórdenes metabólicos entre otros.

Del embarazo: Agentes tóxicos (ingesta de alcohol, drogas, enfermedades virales, diabetes, infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), traumatismo por caídas o accidentes.

Del parto: Prematurez (condicionada por el peso de nacimiento o edad gestacional) hipoxias, traumas.

De la primera infancia: Enfermedades virales que afectan el sistema nervioso central, (meningitis, encefalitis, entre otras), intoxicaciones, traumatismos, desnutrición extrema.

Socio-culturales: Situación de extrema pobreza, maltrato infantil, ambiente carente de afectos y estímulos, deficiente cuidado de los niños, inadecuado tratamiento médico.³

El enfoque multifactorial de la etiología amplía la lista de factores causales en dos direcciones: tipos de factores y momento de ocurrencia de éstos:

PRENATAL

Biomédicos: Trastornos cromosómicos, trastornos asociados a un único gen y trastornos metabólicos.

³ Necesidades Educativas Especiales Asociadas a Retraso Del Desarrollo y Discapacidad intelectual. especial.mineduc.cl. 5 ediciones. 2011 (citado 3 Junio 2017). Disponible en: <http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/GuiaIntelectual.pdf>

Sociales: Pobreza, malnutrición maternal, violencia doméstica y falta de acceso a cuidados prenatales.

Conductuales: Consumo de drogas por parte de los padres, consumo de alcohol, consumo de tabaco e inmadurez parental.

Educativo: Discapacidad cognitiva sin apoyos, por parte de los padres, falta de apoyos para la paternidad y/o maternidad.

PERINATAL

Biomédicos: Prematuridad, lesiones en el momento del nacimiento y trastornos neonatales.

Sociales: Falta de cuidados en el momento del nacimiento.

Conductuales: Rechazo por parte de los padres a cuidar al hijo o hija y abandono del hijo o hija por parte de los padres.

Educativo: Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras el alta médica postnatal.

Biomédicos: Traumatismo craneoencefálico, malnutrición, meningo-encefalitis, trastornos epilépticos y trastornos degenerativos.

Sociales: Falta de adecuada estimulación, pobreza familiar y enfermedad crónica en la familia.

Conductuales: Maltrato y abandono infantil y violencia domésticas.

Educativo: Deficiencias parentales y diagnóstico tardío. ⁴

⁴ Antequera Maldonado M. Bachiller Otero B. Calderón Espinosa M. Cruz García A. Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Discapacidad Intelectual. adaptaciones curriculares.com. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Educación. 2011 (citado 3 junio 2017); 8-10. Disponible en: <http://www.adaptacionescurriculares.com/Otras%2011.pdf>

El análisis del INEGI muestra que poco más de 50% de las personas que tienen alguna discapacidad intelectual la presentan como resultado de algún problema al momento de nacer; 23.4% de los casos tienen como origen alguna enfermedad; 6.7% se deben a accidentes; mientras que 4.5% tiene como origen la edad avanzada.

Se debe enfatizar que la discapacidad intelectual cuenta con diversos factores para desarrollar esta condición. Estas causas pueden ser de tipo genéticas, orgánicas o ambientales y se pueden dar antes, durante y después del nacimiento de un bebé.

Las causas de tipo genéticas son detectadas meses después de la fecundación, pero la gran ventaja con la que se cuenta en estos tiempos son los estudios para conocer alguna anomalía en el feto y así los padres puedan tomar la decisión de continuar o interrumpir el embarazo por la situación que se presenta.

Los factores del embarazo, del parto y de la infancia no son reversibles por la exposición del bebé a infecciones como el herpes genital o VIH. Por otro lado también la hipoxia durante el parto o algún traumatismo craneoencefálico no pueden ser modificables y tendrán como consecuencia una discapacidad intelectual.

Mientras que las socioculturales entra en controversia ya que pueden ser modificables por la madre y sus hábitos de la vida diaria, como el consumo de drogas y alcohol durante el embarazo, pero por otra parte no pueden ser cambiadas estos factores ya que si la madre no cuenta con los recursos económicos para tener otro estilo de vida y de alimentación, por ende tanto la madre y el hijo tendrán la falta de recursos para una buena alimentación dando como resultado una desnutrición.

También la falta de atención hospitalaria para el niño y en caso de ser requerida no podrá tener esa facilidad para la detección de algún problema de salud y como consecuencia agravar la salud del niño, terminando en una discapacidad intelectual.

1.3 Clasificación de la discapacidad intelectual

Dentro del amplio espectro que se agrupa bajo la denominación Discapacidad Intelectual existen grandes diferencias. Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) en el 2014 establece la clasificación por diferentes niveles.

El criterio que se utiliza es el CI (Coeficiente Intelectual). Este coeficiente es el resultado de dividir la edad mental entre la edad cronológica y multiplicado por 100. La discapacidad cognitiva, en la escala de medición de la inteligencia está por debajo de 70 o 75 % de CI.

De esta manera, existen cinco niveles o grados de deficiencia mental atendiendo al C.I según la edición cuarta del DSM, en su versión revisada (DSM-IV-TR, 2000). Estos niveles o grados son:

Discapacidad cognitiva leve (CI de 50-55 a 75)

Este tipo de retraso es el más común en el diagnóstico debido a que se sitúa en un 85% de la población que padece de retraso mental y está caracterizado por reflejar de un 50-55 a un 70-75% de coeficiente intelectual en las pruebas estandarizadas.

Discapacidad cognitiva moderada (CI de 35-40 a 49)

Este tipo de retraso mental compromete a un 10% de la población diagnosticada con retraso mental y está caracterizado por reflejar de un 35-40 a 49% de coeficiente intelectual en las pruebas estandarizadas.

Discapacidad cognitiva grave (CI de 20-25 a 34)

Este tipo de retraso mental tiene una prevalencia de un 3 a 4 % de la población diagnosticada y está caracterizado por reflejar de un 20-25 a 34% de coeficiente intelectual en las pruebas estandarizadas.

Discapacidad cognitiva profunda (CI menos de 20)

Este tipo de retraso mental se sitúa en un 1 a 2 % de la población diagnosticada con retraso mental y está caracterizado por reflejar un coeficiente intelectual menor de 20% en las pruebas estandarizadas. En la mayoría de las ocasiones la causa

del retraso mental de este tipo es una enfermedad neurológica identificada que conlleva al bajo coeficiente intelectual. ⁵

El Manual de atención al alumno con necesidades específicas de apoyo educativo de Discapacidad Intelectual, presenta dos principales sistemas de clasificación de dicha condición.

A) Clasificación por intensidades de apoyos necesarios.

La intensidad de apoyos variará en función de las personas, las situaciones y fases de la vida. Se distinguen cuatro tipos de apoyos (ILEG):

(I) Intermitente: Apoyo cuando sea necesario. El alumno o alumna no siempre requiere de él, pero puede ser necesario de manera recurrente durante periodos más o menos breves. Pueden ser de alta o baja intensidad.

(L) Limitados: Intensidad de apoyos caracterizada por su consistencia a lo largo del tiempo, se ofrecen por un tiempo limitado pero sin naturaleza intermitente (preparación e inicio de una nueva actividad, transición a la escuela, al instituto... en momentos puntuales).

(E) Extensos: apoyos caracterizados por la implicación regular en al menos algunos ambientes y por su naturaleza no limitada en cuanto al tiempo.

(G) Generalizados: apoyos caracterizados por su constancia, elevada intensidad y provisión en diferentes ambientes; pueden durar toda la vida.

B) Clasificación según el nivel de inteligencia medida.

Discapacidad intelectual ligero: C.I. entre 50 y 69.

Discapacidad intelectual moderada: C.I. entre 35 y 49.

Discapacidad intelectual grave: C.I. entre 20 y 34.

Discapacidad intelectual profundo: menos de 20.

⁵ FERNÁNDEZ.Op. Cit., p.18.

Aunque este sistema de clasificación sólo se basa en la medición de la capacidad intelectual, es decir, sólo contempla una de las dimensiones de la persona, continúa siendo una referencia en los ámbitos relacionados con la Discapacidad Intelectual.⁶

La Discapacidad Intelectual implica un nivel de funcionamiento intelectual subnormal. Sin embargo, el grado en que un individuo es incapaz de enfrentar las demandas sociales conforme su edad da por consecuencia cuatro grados en cuenta los niveles de severidad.

Se clasifican en tres grupos de edad, de acuerdo a tres áreas: la maduración y el desarrollo; el entrenamiento y la educación y la adecuación social-vocacional.

La Discapacidad Infantil en Países de Bajos y Medianos Riesgos: Visión General de la Revisión, Prevención, Servicios, Legislación y Epidemiología (Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries: Overview of Screening, Prevention, Services, Legislation, and Epidemiology) refiere la siguiente clasificación de la discapacidad intelectual:

0 a 5 años, Maduración y desarrollo

Grado leve (CI= 50-69/70)

Desarrollo general de habilidades sociales y de comunicación. Probablemente no sean distinguen hasta la escuela.

Grado: Moderado (CI= 35-49)

Puede hablar o aprender a comunicarse. Algunas dificultades con habilidades motoras.

Grado: Severo (CI= 20-34)

Limitaciones marcadas en habilidades motoras. Lenguaje mínimo.

⁶ ANTEQUERA .Op. Cit., p. 19.

Grado: Profundo (CI=<20)

Retraso significativo, mínima habilidad funcional en áreas sensorio motoras. Necesita cuidados básicos.

6 a 20 años, Entrenamiento y educación

Grado leve (CI= 50-69/70)

Puede aprender habilidades de hasta el 4to o 5to grado de primaria al llegar a los 18 o 19 años de edad. Puede integrarse a una sociedad.

Grado: Moderado (CI= 35-49)

Dificultad para alcanzar objetivos académicos del 2do. Grado de primaria.

Grado: Severo (CI= 20-34)

Puede hablar o aprender a comunicarse. Puede aprender hábitos elementales de limpieza personal.

Grado: Profundo (CI=<20)

Ninguno.

21 años y mayores, Adaptación social y vocacional

Grado leve (CI= 50-69/70)

Es capaz de realizar actividades sociales y laborales para su integración en una fuerza de trabajo con salario mínimo.

Grado: Moderado (CI= 35-49)

Es parcialmente capaz de mantenerse económicamente en trabajos manuales bajo protección.

Grado: Severo (CI= 20-34)

Podrá, parcialmente, contribuir en su manutención económicamente bajo supervisión total.

Grado: Profundo (CI=<20)

Algo de desarrollo motor y de lenguaje. Puede aprender muy limitadamente habilidades de cuidado personal.⁷

Para clasificar la Discapacidad Intelectual se cuenta con diferentes elementos, que tienen como finalidad dar a conocer al personal de salud el grado de discapacidad que presenta cada persona. Estos sistemas de clasificación pueden basarse al coeficiente intelectual o por la intensidad de apoyo necesaria, pero con el mismo objetivo de brindar las herramientas para categorizar la discapacidad intelectual del individuo.

1.4 Características de la persona con discapacidad intelectual.

El Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual describe las características de las personas con discapacidad intelectual con base al coeficiente intelectual.

Discapacidad Intelectual profunda.

Corporales: Alteraciones de origen neurológico, alteraciones en los sistemas sensoriales, perceptivos, motores, etc. Malformaciones diversas y enfermedades frecuentes.

Motrices: Alteraciones en el tono muscular, escasa movilidad voluntaria, conductas involuntarias incontroladas. Dificultades para situarse en el espacio y en el tiempo.

Autonomía: Nula o muy baja.

⁷ Allen Leigh B. Estudios sobre Discriminación y Discapacidad mental e intelectual. (conapred.org.mx). México. Diciembre 2009 (citado 3 junio 2017); 16-34. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E06-2009.pdf

Cognitivas: Bajo nivel de conciencia, capacidad de reacción ante estímulos sensoriales.

Lenguaje y comunicación: Nula o escasa comunicación, ausencia del habla y puede llegar a comprender órdenes muy sencillas y contextualizadas.

Equilibrio Personal: Limitado desarrollo emocional, escaso control de impulsos. Conductas desadaptadas consigo mismo: auto estimulación, autoagresión.

Actuación e inserción social: Limitada conciencia de sí mismo y de los demás. Nula o reducido interés por las interacciones.

Discapacidad Intelectual Grave

Corporales: Pueden relacionarse con metabopatías, alteraciones pre o perinatales cromosómicas, neurológicas, biológicas, etc.

Motrices: Lentitud en el desarrollo motor, conocimiento de su cuerpo, control del propio cuerpo, control postural y equilibrio. Realización de movimientos (Alcanzar, arrojar, soltar).

Autonomía: Lentitud en la adquisición de destrezas motrices y manipulativas para el desarrollo de hábitos de la vida diaria (aseo, vestido, alimentación).

Cognitivas: Distintos grados de retraso/trastorno en las funciones cognitivas, y dificultades para aprender de experiencias de la vida cotidiana.

Lenguaje y comunicación: Durante los primeros años el lenguaje comunicativo es escaso o nulo, emisión tardía de las primeras palabras. Lentitud en adquisición de léxico.

Equilibrio Personal: Pasividad y dependencia de la persona adulta, en distinto grado, limitado control de impulsos, baja tolerancia a la frustración y dificultad de adaptación a nuevas situaciones.

Actuación e inserción social: escasa iniciativa en las interacciones, importante dependencia de las personas adultas y dificultades de adaptación a personas no conocidas.

Discapacidad Intelectual moderada

Corporales: Mayor posibilidad de asociación a síndromes.

Motrices: Ligeros déficits sensoriales y o motores.

Autonomía: Alcanza su grado variable de autonomía en cuidado personal (comida, aseo, control de esfínteres) y en actividades de la vida diaria. Puede darse problemas emocionales y rasgos negativos de personalidad.

Cognitivas: Déficits a veces importantes, en funciones cognitivas básicas (atención, memoria, tiempo de latencia). Dificultades para captar su interés por las tareas y aprendizajes concretos.

Lenguaje y comunicación: Evolución lenta y, a veces incompleta, en el desarrollo del lenguaje oral, pero según las pautas evolutivas generales, frecuente afectación en el ritmo del habla (taquilalia / bradilalia) y disfluencias (tartamudeo / farfullero) e Inhibición en el uso del lenguaje oral (falta de interés, escasa iniciativa).

Discapacidad Intelectual leve

Corporales: No se suelen diferenciar de sus iguales por los rasgos físicos.

Motrices: Ligeros déficit sensoriales y / o motores.

Autonomía: En general, aunque de forma más lenta, llegan a alcanzar completa autonomía para el cuidado personal y en actividades de la vida diaria. Se implican de forma efectiva en tareas adecuadas a sus posibilidades.

Cognitivas: Dificultades para extraer principios y generalizar los aprendizajes, déficit en habilidades meta cognitivas (estrategias de resolución de problemas y de adquisición de aprendizajes). Y dificultades para discriminar los aspectos relevantes de la información.

Lenguaje y comunicación: Desarrollo del lenguaje oral siguiendo las pautas evolutivas generales, aunque con retraso en su adquisición, posibles dificultades en los procesos de análisis / síntesis de adquisición de la lectoescritura y, más frecuentemente, en la comprensión de textos complejos.⁸

1.5 Principales problemas de salud

Varios estudios han evidenciado que las personas con discapacidad intelectual tienen, por varios motivos, más riesgo de presentar patologías médicas en comparación con las personas sin discapacidad. Este hecho está relacionado con diferentes factores:

Primeramente, algunos estilos y condiciones de vida (obesidad, dietas restringidas, tabaquismo, sedentarismo) predispondrán a las personas con discapacidad intelectual a padecer unas determinadas patologías (HTA, problemas cardíacos y respiratorios...).

Debido a anomalías en la estructura y en el funcionamiento cerebral, las personas con discapacidad intelectual sufren epilepsia más frecuentemente.

Finalmente, determinados trastornos genéticos conllevan anomalías en el funcionamiento de algunos órganos o sistemas, sea de forma congénita o con el paso de los años. Por este motivo, las personas que los sufran tendrán más probabilidades de tener unas patologías concretas.

⁸ ANTEQUERA .Op. Cit., p. 24.

1.6 Porcentaje de las principales enfermedades en personas con discapacidad intelectual.

Según La guía para profesionales de la salud ha evidenciado que las personas con discapacidad intelectual tienen más riesgo de presentar enfermedades en comparación con las personas sin discapacidad intelectual. Estas son:

Neurológicas 18.3%

Psiquiátricas 18%

Cardiovasculares 12.2%

Urogenitales 11. 1%

Digestivas 10%

Endocrinológicas 7.7%

Dermatológicas 6.1%

Hepáticas 4.8%

Respiratorias 4.2%

Metabólicas 3.2%

Alérgicas 2.3%

Alergias medicamentos 2.3%

Renales 1.9%

Reumáticas 1.3%.⁹

⁹ Vergés Planagumá L., Novell Alsina R. La salud de las personas con discapacidad intelectual: ¿qué debemos tener en cuenta? Guía práctica para profesionales de la salud. (feaps.org). Barcelona. Dincat (Discapacitat Intel- lectual Catalunya). 2013 (citado 5junio 2017); 9- 15. Disponible en:

http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc_download/537-.html

1.7 Principales síndromes que cursan con Discapacidad Intelectual

Síndrome de Down

(Autosomas; trisomía 21)

Signos físicos: Facies típica, pliegue palmar único, oreja pequeña y de implantación baja (pelo también).

Síndrome de Turner

(Cromosoma sexual ausente; formula X0)

Signos físicos: Mujer con talla baja, cuello alado, presencia de nevos, tórax amplio, teletelia (pezones muy separados)

Síndrome de Klinefelter

(Cromosoma sexual X extra; formulas X, XXY, XXXY, etc.)

Signos físicos: Varón talla alta, hipogonadismo en la adultez.

Síndrome de X-Frágil; repetición de triplete

(Región cercana al gen FMR-I) en el Xq 27

Signos físicos: Patrón de herencia (más de un afectado), pabellones auriculares grandes, mentón grande, macro-orquidia (post Puberal)

Síndrome de Prader-Will

(Defecto del cromosoma 15)

Signos físicos: Obesidad, hiperfagia, manos y pies pequeños, diámetro bifrontal acortado, ojos almendrados.

Síndrome de Williams

(Defecto del cromosoma 7)

Signos físicos: Facies de duende, cachetes caídos, cejas en arco, edema periorbitarios, orejas en punta.

1.7.1 Síndromes que cursan con Discapacidad Intelectual y sus perfiles cognitivos-conductuales.

Síndrome de Down

(Autosomas; trisomía 21)

Perfil Cognoscitivo:

Fortalezas: alto procesamiento visual vs. Auditivo, ordenamiento y organización de la información (procesamiento secuencial, simultáneo y de logro.

Debilidades: bajo lenguaje expresivo, gramática y pronunciación.

Perfil Conductual: Bajo: nivel de psicopatología, problemas de inatención, impulsividad, hiperactividad, agresión.

Síndrome de X-Frágil; repetición de triplete

(Región cercana al gen FMR-I) en el Xq 27

Perfil Conductual:

Fortalezas: alta memoria verbal de largo plazo.

Debilidades: baja memoria a corto plazo, coordinaciones visomotora, procesamiento en el orden y organización del pensamiento (secuencial) matemáticas, atención.

Perfil Cognoscitivo: Hiperactividad, estereotipias bajo de socialización (pares).

Síndrome de Prader-Will

(Defecto del cromosoma 15)

Perfil Conductual:

Fortalezas: Buen vocabulario expresivo, memoria de largo plazo, integración viso especial y memoria visual. Intereses inusual en rompecabezas.

Debilidades: bajo procesamiento en el orden y organización del pensamiento.

Perfil Cognoscitivo: Hiperfagia, atracones de comida, obesidad mórbida, berrinches, labilidad, emocional, síntomas afectivos, ansiedad.

Síndrome de Williams

(Defecto del cromosoma 7)

Perfil Conductual: Fortalezas: facilidad en el reconocimiento facial, lenguaje inusual.

Debilidades: deficiencias en la habilidad viso espacial o integración visomotora.

Perfil Cognoscitivo: Hipersociable, temores, fobias e hiperactividad. ¹⁰

¹⁰ Márquez Caraveo M. Sanabria Salcedo M. Díaz Pichardo J. Arciniega Buenrostro L. Aguille García E. Pérez Barrón V. Guía clínica Retraso Mental (sap.salud.gob.mx). México 2014 (citado 17 Junio 2017); 3-9. Disponible en: http://www.sap.salud.gob.mx/media/61202/nav_guias9.pdf

Capítulo 2

1. Calidad de vida y apoyo de las personas con discapacidad intelectual

2.1 Calidad de vida

El concepto de calidad de vida hace referencia, de forma amplia, al bienestar de una persona en relación con múltiples aspectos y facetas de su vida. En líneas generales, se puede afirmar que la calidad de vida considera el bienestar físico, psicológico y social de una persona, aunque algunas definiciones añaden el bienestar espiritual.

La Organización Mundial de la Salud en el 2013 define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.”¹¹

Por lo tanto se puede definir a la calidad de vida como el bienestar y satisfacción de una persona vinculada con sus expectativas con el entorno, además del bienestar físico y psicológico.

2.2 Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual

El concepto de calidad de vida está estrechamente ligado con la atención de las personas con discapacidad intelectual. Tras múltiples investigaciones, se ha conseguido llegar a un acuerdo generalizado acerca de los principios conceptuales, la medida y la aplicación del concepto de calidad de vida.

¹¹ Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con Discapacidad Intelectual en Aragón. atades.com. España. Abay analistas económicos y sociales. Noviembre 2013 (citado 8 junio 2017); 7-31. Disponible en: <http://www.atades.com/wp-content/uploads/2013/12/Primer-panel-de-indicadores-de-calidad-de-vida-de-personas-con-discapacidad-intelectual-en-Aragon-ATADES.pdf>

El Grupo de Investigación con Interés especial en Calidad de Vida de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID), publicó en el año 2000 un documento en el que se plantea cinco principios conceptuales con respecto a la calidad de vida:

1. Para personas con discapacidad intelectual se compone de los mismos factores y relaciones que son importantes para aquellos que no la tienen.
2. Se experimenta cuando las necesidades de una persona están satisfechas y cuando se tiene la oportunidad de perseguir una vida enriquecida en los contextos principales de la vida.
3. Tiene componentes objetivos y subjetivos; pero es primordialmente a percepción del individuo la que refleja la calidad de vida que él o ella experimenta.
4. Está basado en las necesidades individuales, elecciones y control.
5. Es un constructo multidimensional influenciado por factores ambientales y personales.

Siguiendo a Schalock y Verdugo, la calidad de vida se conceptualiza o define como “un estado deseado de bienestar personal que se caracteriza por ser multidimensional, por tener propiedades universales y propiedades ligadas a la cultura, por tener componentes objetivos y subjetivos y por estar influenciado por características personales y factores ambientales.”¹²

¹² García Fonticiella V. Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento. Diginuo.uniovi.es. Iglesias García María Teresa. junio 2015(citado 8 junio- 2017); 20-24. Disponible en:
http://diginuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/31396/3/TFM_Graciela%20Fonticiella%20Victorero.pdf

Schalock y Verdugo en el 2009 plantean que la calidad de vida como “un concepto identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social”. Conlleva un movimiento de avance e innovación en prácticas y servicios, generando resultados que se traducen en la vida cotidiana de las personas con discapacidad, de los centros y servicios y de la sociedad.¹³

El nuevo modelo de calidad se fundamenta en las dimensiones de calidad de vida desarrolladas por Schalock y Verdugo. Definen las dimensiones básicas de calidad de vida como un conjunto de factores que componen el bienestar personal.

1. Dimensión de Bienestar emocional, que tiene en cuenta los sentimientos y emociones, y la satisfacción con los mismos tanto a nivel personal y vital, como en lo referido al auto concepto.

2. Dimensión de Relaciones personales, hace referencia a la interacción, mantenimiento y calidad de las relaciones sociales del individuo con las personas que son importantes para él (su red social).

3. Dimensión de Bienestar material, que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan tener una vida confortable, saludable y satisfactoria.

4. Dimensión de Desarrollo personal, que tiene en cuenta las competencias y habilidades sociales, y la participación en la elaboración de su propio plan de vida. También el aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje

¹³ Maños Zotikos F. Verdugo Alonso M. Canal Bedia R. Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. infoautismo.es. Primera edición. Madrid. Ministerio de sanidad. Política Social e Igualdad. Secretaria General de Política Social y Consumo. 2011(citado 8 junio 2017); 17,18 -126. Disponible en: http://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/04._Libro.pdf

de nuevas habilidades, o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con el desarrollo de las competencias personales y estrategias de comunicación.

5. Dimensión de Bienestar físico, desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.) tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y cómo inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal.

6. Dimensión de Autodeterminación, que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones. La autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia.

7. Dimensión de Inclusión social, se refiere a la aceptación y no discriminación por parte de los demás. Se puede observar como es la red social de la persona, amplia o limitada, si utiliza entornos de ocio comunitarios, si tiene amigos y si participa de los recursos y oportunidades que ofrece la comunidad.

8. Dimensión de la Defensa los derechos, que contempla los derecho fundamentales de cualquier persona (intimidad, libre expresión, participación, etc.).¹⁴

El concepto de calidad de vida se convierte en un instrumento de gran utilidad en el ámbito de la discapacidad intelectual.

El análisis sobre la calidad de vida está en dependencia del contexto o de ciertas circunstancias del individuo, la calidad de vida se examina a través de múltiples indicadores tales como: salud, las habilidades funcionales, las condiciones económicas, las relaciones sociales, la actividad, los servicios sociales y sanitarios,

¹⁴ REY DE SOLA. Op. Cit., p. 32.

la calidad en el propio domicilio, la satisfacción con la vida y las oportunidades culturales y de aprendizaje.¹⁵

Es importante tener en cuenta las dimensiones básicas de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual para conocer las deficiencias de las dimensiones y así poder desarrollar estrategias con la finalidad de mejorarlas.

2.3 Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual a partir de su propia valoración.

La percepción de los usuarios/as con mayores niveles de discapacidad sobre su calidad de vida y los usuarios con niveles medios no son comparables. Sin embargo, sí que permiten las comparaciones dentro del mismo grupo y el seguimiento de estos niveles para cada persona.

La variación de los niveles obtenidos en los índices de calidad de vida atendiendo a distintas características demográficas y sociales de los usuarios y su entorno presenta algunas similitudes con el grupo de usuarios de menores niveles de discapacidad: el índice medio de calidad de vida se reduce en los casos en los que concurren otras discapacidades (visuales, auditivas, físicas,...) y aumenta entre los usuarios más jóvenes (aunque en este caso sólo en los de entre 16 y 35 años).

En este caso, y a diferencia de los usuarios/as de menor discapacidad, los varones presentan mayores niveles medios que las mujeres. Sin embargo, las diferencias no son (tampoco en este grupo) estadísticamente significativas por lo que cabe concluir que los niveles de calidad de vida percibidos por el propio usuario son similares por sexo, edad y cuando concurren otras discapacidades.

Por el contrario, la calidad de vida percibida por este grupo de usuarios/as sí es claramente diferente (las diferencias son estadísticamente significativas) atendiendo al ámbito de residencia (son mayores en el ámbito urbano que en el

¹⁵ GARCÍA.Op.Cit., p.33.

rural), el tipo de hogar (mayor en el hogar familiar que en el colectivo) y en función de si hay o no una relación habitual con la familia.

Por tanto, se confirma la importancia de estas tres variables de entorno en la calidad de vida percibida por las personas con discapacidad intelectual, tanto en los grupos de menores como de mayores niveles de discapacidad.

En el caso de la importancia del ámbito geográfico, la variedad de oportunidades de formación, empleo y ocio que ofrecen las ciudades puede ser la clave de los diferenciales observados con el ámbito rural.

2.4 Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual a partir de la valoración de sus familias y tutores

Las familias de los usuarios con mayores niveles de discapacidad valoran la calidad de vida de estas personas en niveles significativamente inferiores a los de las familias de usuarios con menores niveles de discapacidad.

Sin embargo, los índices de calidad de vida de estos usuarios sí muestran diferencias notables, al igual que el grupo de usuarios de menores niveles de discapacidad, en función del ámbito de residencia (los niveles de los residentes en el ámbito urbano son mayores que los del rural), del tipo de hogar (los que residen en hogares familiares muestran niveles superiores a los que lo hacen en hogares colectivos) y de si tienen o no una relación habitual con su familia (los niveles son mayores entre los que sí tienen esta relación).¹⁶

Las familias piensan que la calidad de vida de sus hijos con discapacidad es generalmente buena. Pero dicen que hay que dar a las personas con discapacidad más autonomía. Las familias dicen que a veces tienen problemas para dar esa autonomía y les protegen demasiado.

¹⁶ PRIMER PANEL DE INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN ARAGÓN.Op.Cit., p.34.

En cuanto a los conflictos de intereses entre la familia y la persona, hay dos opciones confrontadas. Por un lado la solicitud de autonomía de la persona y por otro la sobreprotección familiar. Para mejorar estos conflictos consideran determinante la educación y la formación.¹⁷

2.5 Calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual a partir de la valoración de los/as profesionales

La valoración de la calidad de vida de los usuarios/ as a partir de la información aportada por los/as profesionales es claramente inferior a la de las familias. Además, los profesionales otorgan niveles de calidad de vida a este grupo muy inferiores a los del resto de usuarios/as, es decir, los que presentan mayores niveles de discapacidad.

Al igual que en el caso de las familias, no se observan diferencias significativas ni por sexo, ni por edad, ni por la presencia de otro tipo de discapacidad ni tampoco en función de si la persona con discapacidad intelectual tiene relación habitual con la familia.

Los profesionales sólo adjudican niveles superiores de calidad de vida a los usuarios/as con altos niveles de discapacidad que viven en el ámbito urbano (frente al rural) y a los que residen en el hogar familiar (frente a los que los hacen en residencia).

¹⁷ Alonso F. Carratala A. Fandiño C. Ferrer Consol, Flores M. Gorriño C. Las personas con discapacidad intelectual y las familias ¿Hemos avanzado en calidad de vida? (dincat.cat). Madrid. Tamarit Javier. Diciembre 2015 (citado 10 junio); 14-36. Disponible en: <http://www.dincat.cat/las-personas-con-discapacidad-intelectual-y-las-familias-hemos-avanzado-en-calidad-de-vida- 21220.pdf>

En resumen, atendiendo a los resultados de las familias y tutores y, más aún, de los profesionales, cabe señalar que en los usuarios/as con altos niveles de discapacidad la valoración se fija atendiendo a un factor dominante, el propio nivel de discapacidad, y que ésta no es sensible a las características demográficas de los usuarios (sexo, edad, otras discapacidades), pero sí a algunas variables del entorno (ámbito de residencia y tipo de hogar).¹⁸

Los profesionales también piensan que se dicen más cosas de las que se hacen. Dicen que hay que preparar más a la sociedad. Ven muy importante para la calidad de vida de las personas el dar un buen trato a la persona y creer de verdad que es capaz de hacer cosas. Los profesionales se ven generalmente a sí mismos ejerciendo el papel de defensores de los derechos de las personas para conseguir resultados personales importantes en su calidad de vida, en su proyecto personal de futuro. Pero son conscientes también de que una de las barreras para las personas con discapacidad intelectual y las familias.¹⁹

2.6 Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual

La autodeterminación es un aspecto central en la independencia de las personas con discapacidad, una persona autodeterminada es aquella capaz de elegir y tomar sus propias decisiones ante las situaciones esenciales de su vida, en este sentido la autodeterminación está estrechamente relacionada con la buena vida o calidad de vida y la inclusión de las personas con discapacidad intelectual a la sociedad. Desde la perspectiva de Wehmeyer la autodeterminación hace referencia al “actuar como el principal agente causal de la propia vida y tomar decisiones relativas a la propia calidad de vida, libre de influencias o interferencias externas indebidas”. Señala que en el comportamiento autodeterminado destacan cuatro dimensiones:

¹⁸ PRIMER PANEL DE INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN ARAGÓN. Op. Cit., p.32.

¹⁹ ALONSO.Op.Cit., p.36.

la autonomía, la autorregulación, las creencias de control y eficacia y la autoconsciencia.²⁰

En ese sentido, contamos con suficientes evidencias para afirmar que a mayor autodeterminación mejor logros en la etapa adulta en cuanto a autonomía personal, vida independiente, empleo, salario, bienestar general, etc., y una mayor calidad de vida.

La autodeterminación juega un papel fundamental en el logro de una vida plena y en la mejora de la calidad de vida, y su desarrollo está condicionado por factores personales y ambientales. Actualmente, hay bastantes datos sobre la influencia de los factores ambientales, pero no tantos sobre los contextos familiares como facilitadores de autodeterminación en las personas con discapacidad intelectual.

Las características de la familia como sistema, las dinámicas de interacción establecidas con la persona con discapacidad, el ciclo de vida por el que cada familia transita o el resto de demandas y necesidades presentes influyen en la perspectiva de los padres acerca de la autodeterminación, en la importancia que le otorgan como meta y en las oportunidades que ofrecen a sus hijos para ejercer este derecho.

Así, de acuerdo con los datos obtenidos, las familias han oído hablar de la autodeterminación (40%), no conocen su significado y no comprenden del todo las implicaciones en la vida de sus hijos (60%). Además, el 33% encuentra barreras importantes a la hora de equilibrar riesgo y protección (miedos, falta de tiempo, otras necesidades más urgentes...) y necesitan apoyo para identificar las razones de por qué sus hijos no son más autodeterminados.

²⁰ Montes Aguilar M. Las familias de personas con discapacidad intelectual ante el reto de la autonomía y la independencia. (cite2011.com). México. 2011 (citado 10 Junio 2017); 3-14. Disponible en: <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Familias/214.pdf>

Como consecuencia, estas personas con discapacidad cuentan aún con escasas oportunidades para ejercer el control y siguen dependiendo de otros para decidir qué hacer, cómo, cuándo y dónde, también en el contexto familiar.²¹

Las personas con discapacidad intelectual, tradicionalmente, han vivido sujetas a lo que terceras personas han considerado mejor para ellas. Con frecuencia, los educadores, las familias, los responsables de los servicios, entre otros, han decidido por ellas, elegido por ellas, evaluado sus necesidades, etc. De este modo, se podría decir que han sido educadas para la dependencia, y no tanto para la autonomía. Sin embargo, desde hace unas décadas se enfatiza el derecho de este colectivo a vivir su propia vida; a “emanciparse” de aquellos que han asumido roles de cuidado y (sobre) protección.

2.6.1 Propuestas para la autodeterminación de las personas con discapacidad.

Propuesta en el ámbito escolar

La promoción de la conducta autodeterminada en los contextos de educación formal requiere asumir un estilo de enseñanza no directivo y centrado en el alumno, creando contextos interactivos y cooperativos de aprendizaje, que prioricen la participación activa del mismo. El desarrollo de la conducta autodeterminada exige un traspaso de responsabilidad hacia la persona con discapacidad intelectual que le permita, poco a poco, llevar las riendas de su propio proceso educativo. En este sentido, el objetivo de la intervención escolar es capacitar a los alumnos con discapacidad intelectual para que con las ayudas necesarias, sean más autónomos, tomen decisiones y controlen sus vidas, desarrollen habilidades de autodefensa,

²¹ Peralta López F. Arellano Torres A. Siglo Cero. researchgate.net. España. Ediciones Universales Salamanca. Julio-Septiembre 2015 (citado 10 junio 2017): 46 (3); 7-25.

Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/293649083_Autodeterminacion_personal_y_discapacidad_intelectual_un_analisis_desde_la_perspectiva_de_las_familias

augmenten su autoestima y autoconfianza y resuelvan problemas de manera autorregulada.

Propuesta en el ámbito familiar

En primer lugar, el entorno familiar, por la seguridad y el afecto incondicional que ofrece, es un medio privilegiado para la adquisición de una autoestima adecuada y el desarrollo de una mayor autonomía y autodeterminación. Para ello, los padres pueden favorecer la interacción de la persona con discapacidad intelectual con su entorno físico y social permitiendo que tenga acceso a sus objetos personales, los use y ordene de manera autónoma; o propiciando espacios y tiempos de interacción con el resto de miembros de la familia. Por otro lado, cualquier actividad de la vida diaria permite practicar la toma de decisiones o la capacidad de elegir: qué tipo de actividad realizar (o qué ropa ponerse), con qué materiales, con qué personas, dónde, cuándo, decidir no participar, decidir cuándo acabar, etc. ²²

2.7 Apoyos a las personas con discapacidad intelectual

Los apoyos son recursos y estrategias organizados para influir en el desarrollo, la educación, intereses y bienestar personal, que mejoran el funcionamiento de cada persona en los contextos familiar, educativa y social. Abarcan actividades que responden a la diversidad y pueden provenir de diferentes disciplinas y áreas de rehabilitación (educación, familia, empleo, medicina, psicología y vida en la comunidad).

²² Peralta López F. Arellano Torres A. La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual: situación actual en España. redalyc.org. Medellín Colombia. Universidades CES. 2 Julio- Diciembre 2014 (citado 10 junio 2017): 7(2); 66-69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539424006.pdf>

El concepto de apoyo se relaciona con la distancia entre los problemas que una persona resuelve de manera independiente y los que debe resolver con ayuda. Así, encontramos dos fuentes de apoyos:

Apoyos naturales. Recursos y estrategias facilitados por personas dentro de su propio ambiente y que posibilitan resultados personales y de rendimiento deseado.

Apoyos de servicio. Son proporcionados por trabajadores de instituciones de salud, educativa, de rehabilitación o de desarrollo social, y organismos no gubernamentales de la sociedad civil.

Los apoyos basados en servicios de clínicas de salud, hospitales, escuelas y centros deportivos representan una gran ayuda para la comunidad, aunque no todas cuentan con servicios, en especial de salud; por tanto, es necesario establecer vínculos con organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, que favorezcan la obtención de satisfactores adecuados, para dar respuesta a las necesidades educativas especiales de la población con discapacidad.²³

Los apoyos son los recursos y estrategias destinados a promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona, y que incrementan su funcionamiento individual (AAMR 2002).

El apoyo siempre debe ser el mínimo necesario para evitar la sobreprotección y promocionar la autonomía. Podemos hablar de distintos tipos de apoyo:

Intermitente. De naturaleza episódica y sólo se provee cuando es necesario; es imprevisible. Suele necesitarse durante cortos períodos de tiempo.

²³ Valdespino Echauri L. Lobera Gracida J. Discapacidad intelectual Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. educacionespecial.sep.gob.mx. Primera edición. México. Consejo Nacional de Fomento Educativo. 2010 (citado 10 junio 2017); 13-14. Disponible en:
http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Intelectual/2discapacidad_intelectual.pdf

Limitado. Se proporciona de forma regular durante un período de tiempo corto y definido. Puede planificarse de antemano (por ejemplo, el entrenamiento necesario para desempeñar una nueva actividad laboral).

Extenso. De aplicación regular o continua pero sólo en ámbitos o entornos concretos, sin limitación temporal. No necesariamente de alta intensidad, pero sí de repercusión diaria y sólo en algunos de los entornos.

Generalizado. Se caracteriza por su constancia, alta intensidad y su empleo en un número muy elevado de entornos.

En función de la intensidad de los apoyos podríamos hablar de:

Apoyos Directos:

Apoyo físico (ayuda física para que realice la tarea o actividad).

Apoyo verbal (indicación verbal para que realice la actividad o mientras la está realizando).

Supervisión cercana (siempre o casi siempre que se esté realizando la actividad).

Supervisión espaciada en el tiempo (cada cierto número de veces que se haga la actividad)

Apoyos Indirectos:

Facilitación de estrategias (indicación de cómo puede realizar o planificar una actividad, pero no cuando se esté realizando la actividad. También las estrategias que se facilitan a los apoyos naturales, familia o amigos, para que ellos sean apoyos directos).²⁴

²⁴ REY DE SOLA.Op.Cit., p.41.

2.7.1 Necesidades y ayudas a las personas con discapacidades intelectuales

En este apartado se describirán las necesidades y ayudas para personas con discapacidad intelectual con base al coeficiente intelectual.

Discapacidad Intelectual profunda.

Corporales: Atención médico-farmacológica y cuidados en relación a enfermedades frecuentes.

Motrices: Tratamiento de fisioterapia para favorecer movilizaciones involuntarias, estiramientos, evitación de retracciones, desarrollo y/o abolición de reflejos y cambios posturales en personas con escasa o nula movilidad voluntaria.

Autonomía: Supervisión y ayuda permanente en todos los aspectos relacionados con la autonomía personal y el autocuidado y cuidados físicos en el aseo, higiene personal y alimentación.

Cognitivas: Estimulación sensorial: visual, auditiva, olfativa, gustativa, táctil, y estimulación basal: somática, vibratoria, vestibular.

Lenguaje y comunicación: Respuesta a “señales” emitidas por el niño o niña atribuyéndoles intencionalidad comunicativa, y claves o ayudas del medio para favorecer la comprensión de mensajes y situaciones.

Equilibrio Personal: Seguridad, confianza y afecto, a través de la creación de un clima que facilite su bienestar afectivo y emocional.

Actuación e inserción social: Aprovechamiento y creación de situaciones reales de interacción en todas las actividades habituales (alimentación, aseo, vestido, estimulación sensorial, fisioterapia...).

Discapacidad Intelectual Grave

Corporales: Atención a posibles cambios (regresiones, alteraciones, etc.) en aspectos relacionados con la salud.

Motrices: Desarrollo de distintas habilidades propias de la motricidad general y fina siguiendo las pautas evolutiva, realización de diversos juegos de movimiento para adquirir conceptos básicos (temporales, espaciales...) y adquisición de rutinas motrices en los desplazamientos (bajar escaleras alternando los pies...).

Autonomía: Adquisición de habilidades relacionadas con las necesidades básicas de aseo, higiene, vestido, alimentación... estableciendo rutinas y técnicas y estrategias de enseñanza específicas (modelado, moldeamiento, encadenamiento hacia atrás...) y Desarrollo sistematizado de la percepción de sensaciones corporales relacionadas con el aseo y la higiene personal.

Cognitivas: Desarrollo de habilidades básicas de percepción, atención y memoria. Y puesta en marcha de estrategias de generalización de los aprendizajes.

Lenguaje y comunicación: Desarrollo progresivo de los aspectos semánticos (léxico y roles semánticos) y de aspectos morfosintácticos. Y aprendizaje de un sistema aumentativo o alternativo de comunicación cuando se considere necesario.

Equilibrio Personal: Percepción de sí mismo como persona diferenciada del otro, establecimiento de vínculos positivos con las personas significativas de su entorno próximo. Y desarrollo de sentimientos de autoeficacia, confianza en sí mismo y mejora de la autoestima.

Actuación e inserción social: Participación activa en diversas situaciones de interacción con personas adultas y con iguales. Y desarrollo de habilidades sociales adaptadas a estas situaciones.

Discapacidad Intelectual moderada

Corporales: Por lo general no precisan atenciones especiales.

Motrices: Por lo general no precisan atención especial en estos aspectos.

Autonomía: Programas específicos y funcionales para las aptitudes a desarrollar, que proceda sean aplicados en entornos naturales, aprendizaje y puesta en práctica de los usos sociales propios de los entornos en los que se desenvuelven. Y

búsqueda expresa de actividades y entornos en los que puedan interactuar socialmente.

Cognitivas: Diseño y disposición intencional de los contenidos y condiciones de aprendizaje, partir de sus intereses y preferencias. Y aprendizaje de rutinas y habilidades concretas en sus entornos naturales.

Lenguaje y comunicación: Estimular el desarrollo del lenguaje oral en todas sus dimensiones (forma, contenido y uso) y en su vertiente comprensiva y expresiva. Y atención directa por parte del maestro o maestra de audición y lenguaje. Intervención desde un doble enfoque: actividades de tipo formal (ejercicios de lenguaje dirigido) y funcional (situaciones comunicativas).

Discapacidad Intelectual leve

Corporales: Por lo general no precisan atención especial en estos aspectos.

Motrices: Por lo general no precisan atención especial en estos aspectos.

Autonomía: Programas específicos, cuando sea preciso, para el aprendizaje de habilidades concretas. Y evitar la sobreprotección, dar sólo el grado preciso de ayuda. Nivel adecuado de exigencia. Posibilitar experiencias que favorezcan la autodeterminación.

Cognitivas: Facilitar la discriminación y el acceso a los núcleos de aprendizaje (instrucciones sencillas, vocabulario accesible, apoyo simbólico y visual...). Y asegurar el éxito en las tareas, dar al alumno y a la alumna las ayudas que necesite y administrarlas de forma eficaz.

Lenguaje y comunicación: Utilizar mecanismos de ajuste (empleo de lenguaje correcto, sencillo, frases cortas, énfasis en la entonación...) adecuados al nivel de desarrollo.²⁵

²⁵ ANTEQUERA.Op.Cit.p., 44.

Capítulo 3

1. Enfermería en Salud Mental y La discapacidad Intelectual

3.1 Enfermeros especialistas en salud mental

Según el Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica, los profesionales de enfermería en salud mental tienen como finalidad asesorar y coordinar los servicios que presentan dentro de esta área, entendidos éstos como acciones intencionadas para que se pueda mantener la vida, la salud y el bienestar, consiguiendo niveles óptimos de satisfacción en los ciudadanos, basándonos en la evidencia científica disponible y respetando los principios de universalidad, equidad y accesibilidad.

La enfermería de Salud Mental es una profesión sanitaria especializada en la prestación de cuidados al paciente con enfermedad mental. La misión específica de la enfermera especialista es proporcionar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia, garantizando su participación, autonomía y dignidad, así como el derecho a la confidencialidad.

El enfermero en Salud Mental tiene como competencia la dirección, evaluación y prestación de cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la Salud, así como la prevención de enfermedades en el área de la Salud Mental. Para ello, desarrollará las funciones asistenciales, docentes, de investigación de y de gestión.

La visión estará siempre orientada al Paciente, encaminando las líneas estratégicas a la mejora de la calidad de los cuidados de Enfermería, mediante un abordaje profesional, humanitario y ético, fomentando el trabajo en equipo y con un enfoque basado en procesos introduciendo el pensamiento crítico al servicio del cuidado.

3.1.1 Competencias e intervenciones de la enfermera de salud mental

El Perfil profesional de la enfermera especialista de Salud Mental determina que al concluir su programa formativo, este capacitada para desarrollar todas aquellas competencias para las que ha sido formada.

La aportación profesional de éste especialista deriva del trabajo que desarrolla con las personas y con las respuestas que debe dar a las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y con la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos.

Para desarrollar todo su ámbito competencial, la enfermera Especialista en Salud Mental presta cuidados utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico.

En este sentido, el trabajo de la enfermera especialista de salud mental se conjuga entre dos ámbitos del conocimiento: el ámbito científico de las ciencias de la salud y el ámbito humanista de las ciencias sociales.

Es desde esta doble perspectiva que se prepara para el desarrollo de una atención integral y holística de la persona y su entorno.

La enfermera especialista en salud mental desarrollará sus funciones:

1. Asistencial
2. Docente
3. De gestión
4. Y de investigación.

3.1.2 Competencias asistenciales de la enfermera de salud mental

Utilizar la relación terapéutica como instrumento básico de comunicación y relación en el marco de los cuidados de enfermería de salud mental y de los principios éticos.

Formular juicios profesionales a partir de la integración de conocimientos, el análisis de la información y el pensamiento crítico.

Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta asimismo los criterios de calidad y seguridad del paciente.

Elaborar, aplicar y evaluar guías clínicas de cuidados de enfermería de salud mental basadas en las evidencias científicas y participar en la creación de guías clínicas de salud mental con otros profesionales.

Manejar e indicar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la salud mental, de acuerdo con la legislación vigente.

Programar y desarrollar planes de cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito comunitario, utilizando la visita domiciliaria como instrumento de intervención terapéutica.

3.1.3 Competencias docentes de la enfermera de Salud Mental:

Educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades.

Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales y especialistas de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.

3.1.4 Competencias investigadoras de la enfermera de Salud Mental

Generar conocimiento científico en el ámbito de la salud, impulsar líneas de investigación y divulgar la evidencia.

Liderar y/o participar como miembro del equipo investigador en proyectos de investigación multidisciplinares.

3.1.5 Competencias de gestión de la enfermera de Salud Mental

Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental.

Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país.

Gestionar los recursos humanos disponibles para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital.

3.1.6 Líneas estratégicas en el área de enfermería de Salud Mental.

La formulación de las líneas estratégicas, supone llevar a cabo una serie de acciones que puedan resolver los problemas detectados, siempre y cuando dichos problemas sean abordables en la situación actual de la Unidad de enfermería correspondiente. Contienen todos los objetivos coordinados con los consiguientes planes de acción para conseguir la visión formulada.

Se acuerda desarrollar las siguientes líneas estratégicas en los próximos años:

1. Desarrollar la organización del Área de Enfermería de salud mental.
2. Mejorar la calidad asistencial.

Línea estratégica 1: Desarrollar la organización del Área de Enfermería de salud mental.

Objetivos

Mejora de la coordinación e integración de niveles asistenciales.

Impulsar cambios para la mejora adecuación de los recursos humanos, correspondiendo a las demandas de asistencia.

Participar en la planificación sanitaria a todos los niveles.

Aumentar prestigio social y reconocimiento profesional.

Facilitar apoyo y motivación a los profesionales implicados en el cambio organizacional.

Acciones

Comisión consultiva de cuidados de Enfermería en la Oficina Regional de coordinación de Salud Mental. (Reuniones mensuales).

Creación de grupos de trabajo como consultores y expertos que realicen guías de actuaciones y generen documentos unificados. Grupos de mejora. (Reuniones bimensuales).

Reuniones de coordinación con diferentes niveles, profesionales y asociaciones. (Reuniones mensuales).

Incentivar figura de enfermera gestora de cuidados y enlace en la Continuidad de los mismos.

Presencia de Enfermería de salud mental en las comisiones de planificación/gestión de servicios sanitarios.

Encuentros de Directores de Enfermería de salud mental y supervisores de Psiquiatría en áreas de hospitalización de Madrid. (Frecuencia anual).

Línea estratégica 2: Mejorar la calidad asistencial

Objetivos

Mejorar la calidad de los cuidados, prestando cuidados científicos basados en la evidencia.

Normalización y estandarización de la práctica asistencial para disminuir la variabilidad de los cuidados y mejorar la gestión de los mismos.

Implantación de planes de cuidados estandarizados y protocolos, y la revisión y actualización de procedimientos.

Asegurar la continuidad de los cuidados: protocolos y procedimientos comunes entre atención especializada y primaria.

Colaboración en la mejora de los sistemas de información.

Promover la Humanización de la Asistencia.

Orientación/información al paciente y familia basada en el conocimiento de sus necesidades.

Introducir el pensamiento crítico al servicio del cuidado.

Liderazgo en calidad de cuidados basada en la correcta realización de todas las actividades.

Implicación de los profesionales partiendo de la motivación personal, participación y formación lo que conllevará una mejora en los servicios prestados.

Acciones

Cumplimiento de los protocolos de Enfermería establecidos.

Elaboración de Procedimientos en patologías más frecuentes, implementación y evaluación de los Planes de Cuidados Enfermería.

Implementación del Plan de Cuidados de Enfermería Integrado de coordinación entre niveles asistenciales y la red social que garantice la continuidad de cuidados.

Seguimiento de protocolos de actuación sobre la base de criterios de enfermería basada en la evidencia.

Realización de Jornadas técnicas de encuentros para estimular y favorecer la formación y la investigación.

3.1.7 Atención Domiciliaria

El modelo de atención domiciliaria pretende ser un proceso de atención continuada, integral y multidisciplinario que solventa la necesidad asistencial temporal o permanente cuando la persona presente una incapacidad física y/o funcional o

presente algún factor psicosocial que dificulte su accesibilidad para desplazarse al centro de salud mental.

Para desarrollar este tipo de asistencia es fundamental la elaboración de protocolos concretos que perfilen las funciones y tareas a desarrollar por los distintos profesionales que intervienen, así como criterios de inclusión y exclusión, detección de casos y el circuito de demanda, así como los sistemas de coordinación con Atención Primaria.

Intervenciones de enfermería en la atención domiciliaria

- Recepción y/o acogida del paciente y/o familia.
- Valoración funcional del paciente (Patrones Funcionales de Salud).
- Valoración de autocuidados (hábitos alimenticios, higiene, eliminación, etc.).
- Valoración de signos vitales.
- Recogida de síntomas positivos y negativos.
- Valorar ocupaciones (actividades) y empleo del tiempo libre.
- Valorar el nivel de socialización.
- Elaboración de los planes de cuidados.
- Contemplar la necesidad permanente de la educación para la salud.
- Administrar tratamientos farmacológicos.²⁶

²⁶ Caminero Luna P. Castelo Sardina C. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. planificación estratégica. (aeesme.org). Madrid. Plaza Zamora Pablo. 2010-2011(citado 14 junio 2017); 8-47.Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>.

3.2 Dificultades del personal de salud para atender a las personas con discapacidad intelectual

Las personas con discapacidad intelectual forman una población muy heterogénea, con niveles funcionales diferentes y también con necesidades muy variadas. Sin embargo, aunque no de la misma manera, la mayoría de ellos vivirá con estrés el hecho de tener que ir a un dispositivo de salud.

Los factores que condicionan el estrés en el contexto de la asistencia a los servicios sanitarios pueden provenir de la propia discapacidad, pero también pueden estar relacionados con las formas de actuación del personal sanitario y de las características de funcionamiento propias de los servicios.

Debemos tener en cuenta que no todas las personas con discapacidad intelectual sufrirán el mismo malestar en el momento de acudir a un dispositivo sanitario y, por lo tanto, las características comentadas a continuación no se presentarán necesariamente en todas ellas; pero sí que conviene tener presentes algunas de las dificultades que se pueden presentar en el momento de la visita.

Es importante recordar que:

Las personas con discapacidad intelectual tendrán dificultades para adaptarse a las demandas de los dispositivos sanitarios.

Será necesario que los profesionales de la salud modifiquemos nuestra forma de trabajar para facilitar su colaboración durante la visita.

3.2.1 Factores relacionados con las personas con discapacidad intelectual

Dificultades para adaptarse a las situaciones desconocidas. Las personas con discapacidad intelectual acostumbran a tener dificultades para afrontar las situaciones que les son nuevas o que no forman parte de su día a día. Por lo tanto, debemos tener en cuenta que les puede costar estar tranquilas en el momento de la visita.

Dificultades para la comprensión y transmisión de la información. Las personas con discapacidad intelectual pueden tener dificultades para entender las palabras que utilizamos para comunicarnos con ellas y también les puede ser difícil procesar adecuadamente la información que les llega. Si utilizamos vocabulario muy técnico y frases con doble sentido o les proporcionamos gran cantidad de información en poco tiempo, tendrán dificultades para poder entender lo que les estamos preguntando y, al mismo tiempo, para explicarnos lo que necesitamos saber.

También se debe tener en cuenta que algunas las personas con discapacidad intelectual pueden tener dificultades para establecer referencias temporales y, por lo tanto, les será complicado poder precisar, por ejemplo, desde cuándo se encuentran mal, o cuánto tiempo hace de la última visita médica.

Dificultades para la expresión del malestar. Las personas con discapacidad intelectual tendrán también dificultades para poder expresar de una forma “correcta” lo que les está pasando. Es por este motivo que el dolor, la incomodidad, etc., que puedan sentir podrán ser expresados en forma de conductas menos adaptadas (gritos, agresiones y autoagresiones, hiperactividad...).

Dificultades para la integración de estímulos sensoriales. Algunas personas con discapacidad intelectual tienen dificultades a la hora de procesar los estímulos que les llegan a través de los sentidos (ruidos, luces, temperatura...). Por este motivo, les es difícil tolerar esas situaciones o ambientes que ofrezcan un número elevado de estímulos (entornos hiperestimulantes), como puede ser el servicio de urgencias. En este contexto, las personas con discapacidad intelectual tendrán más probabilidades de sufrir malestar, lo cual se podrá traducir en trastornos de conducta.

3.2.2 Factores relacionados con los profesionales

Desconocimiento de las características de las personas con discapacidad. La atención a personas con necesidades específicas implicará que los profesionales adapten algunos aspectos de la tarea asistencial. Obviar las características particulares de la persona e intentar manejar el caso como en el resto de pacientes, no nos ayudará a atender a la persona en las mejores condiciones posibles.

Dificultades para comprender lo que expresa el paciente. En nuestra práctica diaria, conocer los antecedentes del paciente y la enfermedad actual es esencial para la práctica médica. En el caso de las personas con discapacidad intelectual tendremos que adaptarnos a sus capacidades comunicativas para poder obtener la información requerida y pensar en la ayuda de terceras personas (familiares, acompañantes...) para poderla completar.

Debemos tener en cuenta que algunas personas con discapacidad intelectual, a pesar de tener capacidad para poderse expresar verbalmente, pueden tener dificultades a la hora de expresar qué les está pasando, qué molestias notan, etc. Seremos los profesionales de la salud los que les tendremos que ayudar a precisar las sensaciones que tienen (“Indícame dónde te duele”, “¿Notas como si te quemara?”, “¿Tienes dolor cuando caminas? ¿Y cuando estás acostado?”).

En las personas con discapacidad intelectual con dificultades comunicativas importantes, la observación de la conducta puede ser una herramienta útil para establecer la localización de las molestias, el momento en el que estas se presentan o se agravan. Por ejemplo, cuando las personas con discapacidad intelectual inician autoagresiones sobre una zona concreta podemos pensar que es en ese lugar donde tiene el dolor/molestia, o podemos sospechar de reflujo gastroesofágico si la conducta aparece en el momento de encamarse, o de dolor dental si los problemas de conducta aparecen/ empeoran en los momentos de las comidas.

Dificultades para transmitirles la información. Además de tener dificultades para expresarnos qué les pasa, para las personas con discapacidad intelectual puede ser difícil entender todo lo que les estamos diciendo.

Dificultades para la obtención de consentimientos/ acuerdos. La práctica médica lleva asociada a veces la necesidad de pedir al paciente que acceda a que le sean practicadas determinadas exploraciones o maniobras terapéuticas. Nos tendremos que asegurar de que el paciente comprende la necesidad de que le sea practicado el procedimiento o la prueba y en qué consiste.

Existen documentos adaptados para que las personas con discapacidad intelectual den el consentimiento a ser sometidas a alguna prueba y/o intervención.

Dificultades para la gestión de situaciones complejas. Existe la posibilidad de que durante la asistencia al paciente se produzcan situaciones difíciles como son la negativa del paciente a colaborar en nuestra tarea (reticencia que le sean practicadas pruebas complementarias, arrancarse los dispositivos –vías, sondas–, negativa a tomarse el tratamiento pautado...).

Estas situaciones impiden que podamos llevar a cabo la asistencia médica de manera adecuada y pueden provocar en los profesionales la aparición de sentimientos negativos (inseguridad, rabia...) que le impidan actuar de una manera relajada y en el caso del usuario pueden favorecer que las conductas desadaptativas persistan y/o empeoren y se tome la decisión de actuar en contra de su voluntad, a menudo con la aplicación de medidas de restricción física (contención).

Las dificultades para atender a las personas con discapacidad intelectual en el ambiente hospitalario y domiciliario son muy amplias por su condición que presentan. Los profesionales de enfermería deben de comprender que el paciente con discapacidad intelectual tendrá problemas de adaptación, entendimiento y expresión de sus malestares. Los y las enfermeros contarán con estrategias para adaptarse al paciente con discapacidad intelectual y así garantizar una atención de calidad.²⁷

²⁷ VERGES.Op.Cit., p.55.

Capítulo 4

4. Proceso de enfermería al paciente con Discapacidad Intelectual

A continuación se expone de manera gráfica los pasos a seguir en el Proceso de Atención de Enfermería enfocados a personas con discapacidad intelectual.

1. Valoración de los patrones funcionales alterados.
2. Dx NANDA.
3. Planificación NIC/NOC.
4. Implementación (NIC).
5. Evaluación (NOC).

4.1 Valoración del personal de enfermería al paciente con discapacidad intelectual

Se propone la Valoración por Patrones Funcionales de Salud (Marjory Gordon) como guía para la valoración. Un lenguaje común de identificación de los problemas de cuidados detectados. Se propone la clasificación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Los objetivos o resultados esperados son el instrumento de medición y evaluación del plan de cuidados de Enfermería. Dirigen las intervenciones, planteando primero los resultados que se quieren conseguir. De ellos dependen los indicadores con las escalas de medida para valorar el grado de cumplimiento del objetivo planteado.

Uno de los motivos por los que se ha utilizado dicho registro es por ser este un modelo adaptado para valorar a los clientes de salud mental y recoge por tanto las características principales de las personas con discapacidad intelectual.

4.1.1 Valoración por Patrones Funcionales a pacientes con Discapacidad Intelectual grave y profunda.

Los patrones funcionales se encuentran alterados debido a la dificultad y/o incapacidad para adquirir los conocimientos suficientes y/o poder realizar las actividades que conducen a mantener de forma efectiva la salud. Debido a esta dificultad, serán las personas que conviven con la persona discapacitada los que proporcionarán las atenciones para asegurar el mantenimiento de la salud. Por este motivo es importante valorar los conocimientos que sobre la enfermedad tiene el cuidador principal y la familia.

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

Los parámetros que se ven afectados por la discapacidad intelectual y que hacen referencia al patrón de percepción y control de la salud son:

- El aspecto general y su cuidado de las personas con discapacidad intelectual, así como su higiene, será adecuado si la supervisión y la ayuda del cuidador principal es suficiente.
- Exposición a riesgos o percepción de riesgo, la falta de esta percepción hace que se puedan exponer a situaciones que suponen un riesgo importante para su vida.
- La falta de conocimientos acerca de la enfermedad, no hay conciencia de enfermedad en la mayoría de los casos.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL - METABÓLICO.

Los parámetros que se pueden ver alterados en este patrón son varios y de distinto tipo.

- Unos hacen referencia al grado de autonomía en la alimentación y a la capacidad para prepararse alimentos y otros serán consecuencia de la capacidad para comer que tenga cada individuo.

- La capacidad para alimentarse por sí mismo se ve alterada en las personas con discapacidad intelectual severa y profunda a consecuencia de sus alteraciones neurológicas y psicomotrices.
- La ingesta de alimentos a ritmo rápido, la postura adoptada a la hora de comer (es frecuente la hiperextensión) y la atención dispersa pueden favorecer la obstrucción de la vía aérea.
- Podemos encontrar alteraciones tanto por peso excesivo como por bajo peso.
- Las personas gravemente afectadas presentan dificultades importantes para ingerir líquidos pudiéndose producir una ingesta hídrica escasa.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN.

- Eliminación intestinal

Generalmente podemos encontrar que hay falta de control del esfínter anal.

El estreñimiento aparece en muchas ocasiones a consecuencia de la inmovilidad, la ausencia de deambulación y como efecto secundario farmacológico.

- Eliminación vesical

La incontinencia urinaria está presente en la mayoría de personas con discapacidad intelectual profunda. El uso de material para incontinentes puede favorecer la aparición de reacciones cutáneas que deben ser valoradas. El material utilizado, la frecuencia de cambio y la higiene de la zona perineal pueden provocar lesiones y favorecer la aparición de infecciones.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO.

- Deseos o participación en actividades de consumo de energía

Los parámetros que hacen referencia a los deseos de participar en actividades de consumo de energía suelen estar alterados, presentándose en un gran número de casos manifestaciones de aburrimiento, dificultad para el entretenimiento y presencia de conductas desadaptadas a consecuencia de la inactividad.

- Características del habla

El lenguaje puede ser escaso o nulo y presenta alteraciones de distinta índole pudiendo encontrar personas que presentan ecolalia, verbigeración y logoclonia.

- Comportamiento motor

Las alteraciones en el comportamiento motor son variadas y podemos encontrar hiperactividad, agitación psicomotriz, inhibición, estereotipias, rigidez, etc.

PATRÓN 5. SUEÑO-DESCANSO.

- Este patrón puede verse afectado por un aumento o por una disminución de las horas de sueño.
- La somnolencia está presente en un número importante de personas con discapacidad intelectual profunda.
- En algunos casos puede estar presente o verse incrementada como efecto secundario farmacológico.
- El aburrimiento y la falta de actividades gratificantes propicia el sueño diurno, a consecuencia del cual puede aparecer insomnio nocturno.
- La incontinencia nocturna y las interrupciones para realizar un control de esfínter urinario o cambio de material incontinente también dificulta el descanso nocturno.

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO.

- Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno, la alteración en el estado de conciencia puede variar desde la somnolencia o confusión a la hipervigilancia.
- Atención- orientación

La atención es otro parámetro que se puede ver afectado; a menudo aparece distractibilidad y dificultad para centrar la atención en un solo objeto.

La falta de orientación, tanto espacial, temporal, como hacia personas, está presente en las personas con retraso mental profundo.

- Memoria e inteligencia

Presencia de importantes retrasos intelectuales.

La capacidad de recordar está muy disminuida en las personas con discapacidad intelectual profunda si bien son capaces de reconocer a las personas que les son significativas.

- Organización pensamiento lenguaje

Los pensamientos recurrentes y las ideas obsesivas están presentes a menudo en estas personas.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO.

- Reactividad emocional, puede estar afectada y podemos encontrar personas con labilidad afectiva, indiferencia y ánimo expansivo.
- Los sentimientos de tristeza, el miedo y la ansiedad a menudo están presentes y son motivo de disfuncionalidad de este patrón.
- La presencia de temor y la irritabilidad son parámetros que nos indican el estado emocional de la persona y que pueden ser motivos de alteración en este patrón.

PATRÓN 8. ROL RELACIONES.

- Nivel de independencia de la persona. El nivel de independencia de las personas con discapacidad intelectual grave y profunda suele ser bajo, es habitual que precisen de un gran apoyo externo generalizado.
- Relaciones familiares, se puede encontrar problemas de relación a causa de la enfermedad, relaciones insatisfactorias y sentimientos de culpabilidad, manifestaciones de ansiedad e impotencia en los familiares.
- Relaciones sociales, las relaciones sociales de las personas con discapacidad intelectual grave y profunda a menudo se limitan a la que sus cuidadores les ofrecen. Es importante valorar el nivel de relación con sus compañeros que a menudo es escasa o nula.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN.

- El patrón reproductivo presenta alteraciones en la mayoría de los casos, es habitual la falta de maduración de los órganos reproductores y la ausencia de ciclo menstrual en la mujer.
- La desinhibición sexual está presente en un gran número de casos, el trabajo realizado en este sentido ofreciendo momentos de intimidad y espacios adecuados puede ser de utilidad en este parámetro.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- Los cambios en su vida, conocer nuevas personas, vivir situaciones novedosas y las situaciones poco estructuradas son factores que generan estrés. Ante estas pueden aparecer fobias y situaciones de evitación.
- Conocer de antemano las características de la persona puede ayudar a adaptar el entorno a ésta y reducir las situaciones de estrés.
- Las respuestas que generan ante estas situaciones son desadaptadas. Aparecen conductas como autoagresiones, heteroagresiones, agresiones al entorno, negativismo y agitación.

PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS.

El patrón de valores y creencias es poco valorable en las personas con discapacidad intelectual so mental grave y profunda. Es importante valorar qué creencias tienen los familiares y cuidadores de las personas con retraso mental, ya que pueden aparecer creencias acerca de curación o de mejorías importantes en el familiar, o por el contrario, escasas o nulas expectativas acerca del potencial de desarrollo de la persona que generan actitudes de sobreprotección.²⁸

²⁸ Reinés Fermina J. Portells Miralles M. Valoración de enfermería para una persona con discapacidad intelectual severa y profunda. Revistas.um.es. España. Universidad de Murcia. Mayo 2004 (citado 19 agosto 2017):4; 1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/592/614>

4.2 Planes de cuidados de enfermería estandarizados a pacientes con discapacidad intelectual por patrones funcionales.

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN/ CONTROL DE LA SALUD

Diagnóstico de enfermería (NANDA)

Dx. Mantenimiento ineficaz de la salud r/c deterioro cognitivo, deterioro perceptivo y falta de habilidades motoras m/p incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las practicas básicas de salud.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Favorecer al mantenimiento de su propia salud al paciente con discapacidad intelectual.

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Indicadores:

Describe los cuidados apropiados.

Accede a los recursos necesarios.

Adopta medidas correctoras cuando los cuidados no son apropiados.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Apoyo en la toma de decisiones.

Educación sanitaria.

Fomento del ejercicio.

Control de la medicación.

Prevención del consumo de sustancias nocivas.

Enseñanza de medicamentos prescritos.

Fomentar la implicación familiar.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL/ METABÓLICO.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Disposición para mejorar la nutrición m/p consumo de líquidos adecuados, y consumo de alimentos adecuados.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Ayudar al paciente con discapacidad intelectual a mejorar su estado nutricional.

Escala: Desviación grave del rango normal sin desviación del rango normal.

Indicadores:

Ingestión de nutrientes.

Ingestión alimentaria.

Ingestión de líquidos.

Energía.

Relación peso/talla.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según su caso.

Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas adecuadas.

Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.

Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.

Controlar la ingesta de calorías y nutricional.

Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Riesgo de estreñimiento r/c malos hábitos alimentarios, actividad física insuficiente y medicamentos psiquiátricos (anticonvulsivos, antidepresivos, y sedantes).

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Auxiliar al paciente con discapacidad intelectual a prevenir la disminución de defecación.

Escala: Gravemente comprometido hasta no comprometido.

Indicadores:

Control de movimientos intestinales.

Facilidad en la eliminación de las heces.

Ausencia de dolor/cólico.

Ausencia de distensión.

Eliminación fecal sin ayuda.

Ingestión de líquidos adecuado.

Ingestión de fibra adecuada.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento o impactación.

Identificar los factores (medicación, malos hábitos alimentarios) que puedan causar o contribuir al estreñimiento.

Instruir al paciente/familiar sobre una dieta rica en fibras, si procede.

Fomentar un aumento del consumo de líquidos, si procede.

Instruir al paciente/familiar sobre la relación entre la dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD/EJERCICIO.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p expresar sentirse aburrido y aislamiento.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Apoyar al paciente con discapacidad intelectual a realizar actividades en su vida diaria.

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Indicadores:

Terapia de actividad.

Rutina mantenida en actividades de ocio.

Habilidades sociales adecuadas.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Animar al paciente a desarrollar relaciones y actividades fuera de casa.

Fomentar la planificación de actividades de ocio e integrarlas a la rutina diaria.

Explicar al paciente/familia el papel de la actividad social y de ocio al mantenimiento de la funcionalidad y la salud.

Ayudarle a elegir actividades coherentes a sus necesidades.

Remitir a centros comunitarios o programas de actividades.

PATRÓN 5. SUEÑO/DESCANSO.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Insomnio r/c ansiedad, depresión, estrés, medicamentos y malestar físico m/p observación de cambios de la emotividad, observación de falta de energía y expresa dificultad para conciliar el sueño.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Ayudar al paciente con discapacidad intelectual a mejorar la calidad del sueño.

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Indicadores:

Horas de sueño.

Patrón del sueño.

Habito del sueño.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Observar/registrar el esquema de número de horas de sueño del paciente.

Ayudarle a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, si procede.

Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (música, medicación).

Controlar la administración y efecto de los estimulantes y sedantes.

PATRÓN 6. COGNITIVO/PERCEPTIVO.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Deterioro de la memoria r/c trastornos neurológicos m/p experiencia de olvidos, incapacidad para recordad acontecimientos.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Apoyar a mejor la memoria del paciente con discapacidad intelectual.

Escala: gravemente comprometido hasta no comprometido.

Indicadores:

Recuerda información inmediata de forma precisa.

Recuerda información reciente de forma precisa.

Recuerda información remota de forma precisa.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.

Controlar cambios en la memoria durante el entrenamiento.

Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede.

Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente practique información y fechas personales, si procede.

Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, preguntar al paciente acerca de salida recientes.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN /AUTOCONCEPTO.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Riesgo de soledad r/c deprivación afectiva, aislamiento social y aislamiento físico.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Prevenir el riesgo de soledad al paciente con discapacidad intelectual.

Escala: Grave hasta ninguno.

Indicadores:

Relaciones con los demás.

Interacciona frecuentemente con la familia.

Aceptación de las propias limitaciones.

Refiere dedicación de tiempo de otras personas.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Estimulación de la integridad familiar.

Aumentar los sistemas de apoyo.

Apoyo emocional.

Diseñar estrategias para establecer o reanudar progresivamente el contacto con familiares, amigos o grupos de la comunidad.

Ayudar a identificar los factores causantes del sentimiento de soledad.

El paciente deberá mantener un equilibrio entre la soledad y la interacción social, utilizando los recursos personales, familiares y sociales para interrelacionarse con otros.

PATRÓN 8. ROL/ RELACIONES.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Deterioro de la interacción social r/c barreras de comunicación y barreras ambientales m/p disconfort en las situaciones sociales y uso de conductas de interacción social infructuosas.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Apoyar al paciente con discapacidad intelectual a integrarse a la sociedad.

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Indicadores:

Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas.

Satisfacer las necesidades psicosociales.

Participar en actividades sociales.

Utilizar recursos y grupos de apoyo.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Apoyo a la familia.

Apoyo al cuidador principal.

Fomentar la implicación familiar.

Animar al paciente a desarrollar relaciones.

Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

Fomentar la participación en grupo y /o actividades de recuerdos individuales.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD/ REPRODUCCIÓN.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Disfunción sexual r/c medicación, conceptos erróneos o falta de ellos, conflicto de valores y falta de intimidad m/p cambio en la función sexual insatisfactoria e inadecuada.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Enseñar a los pacientes con discapacidad intelectual acerca de sexo seguro.

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Indicadores:

Asesoramiento sexual.

Enseñanza de sexo seguro

Control de la conducta sexual.

Entrenamiento control de impulsos.

Clarificación de valores.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Comprobar conocimientos adquiridos por parte del paciente y pareja mediante una entrevista.

Identificar conductas sexuales inadecuadas, haciéndosela ver al paciente y poniéndole límites.

Dialogar sobre la razón de que su conducta sexual sea inaceptable y las consecuencias de realizar.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Ansiedad r/c cambios en el estado de salud, estrés, amenaza para el entorno y el auto concepto m/p nerviosismo, angustias y temor.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Auxiliar a disminuir la ansiedad del paciente con discapacidad intelectual.

Escala: Nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Indicadores:

Valorar nivel de ansiedad:

Desasosiego.

Impaciencia.

Irritabilidad.

Autocontrol de ansiedad:

Elimina precursores de ansiedad.

Disminuye estímulos ambientales cuando está ansioso.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan ansiedad.

Disponer de un ambiente adecuado.

Identificar factores desencadenantes o precipitantes.

Ayudar a identificar valores y habilidades personales utilizados en la resolución de crisis.

Mantener la calma de forma deliberada.

Eliminar o disminuir estímulos que crean miedo o ansiedad.

Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, utilizando la técnica apropiada a cada usuario.

PATRÓN 11. VALORES/ CREENCIAS.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Dx. Disposición para mejorar la esperanza r/c expresa deseos de mejorar la esperanza y expresa deseos de mejorar el sentimiento de significado de su vida.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

Objetivo: Contribuir al mejoramiento de la esperanza del paciente con discapacidad intelectual.

Escala: No del todo satisfecho hasta completamente satisfecho.

Indicadores:

Realiza actividades de la vida diaria de forma independiente.

Ejecuta su rol con normalidad.

Manifestaciones verbales de felicidad.

Planeación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Intervenciones:

Ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanza de la vida

Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.
Proporcionar al paciente la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.
Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
Favorecer la conversación o el llanto como medida de disminuir la respuesta emocional.
Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
Ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanza de la vida. ²⁹

4.3 Actitudes de enfermería hacia las personas con discapacidad intelectual.

Los profesionales sanitarios, sobre todo el personal enfermero, son los encargados del cuidado de los enfermos mentales. Estos poseen características diferentes al resto de usuarios de los servicios sanitarios; por lo tanto, el papel del personal de enfermería debe corresponderse con estas necesidades. Por ello, es importante conocer las actitudes del personal hacia el cuidado de los mismos y si el desarrollo de su trabajo se ve condicionado por dichas disposiciones. Se entiende por actitud una disposición de ánimo manifestada de algún modo.

La relación terapéutica entre el enfermero y el paciente es una unidad básica de la que no se puede prescindir, ya que ésta determina tanto la actuación como la situación del enfermo. Esta relación se encuentra influida por muchos factores, siendo uno de ellos la formación del profesional: si éste posee una orientación holística del individuo, la actuación enfermera incluirá aspectos psicosociales.

Igualmente, está demostrado que los profesionales especializados en el área de Salud Mental, al poseer más conocimientos sobre las patologías mentales, consiguen un mayor acercamiento a los afectados. A pesar de ello, vemos que en la actualidad no se imparten los conocimientos necesarios para trabajar con este tipo de enfermos.

²⁹ CAMINERO.Op.Cit., p.70.

Los profesionales deben ser conscientes de la necesidad de valorar de forma integral a los enfermos, despertar la empatía implicada en la relación, cambiando su actitud, y por tanto, el trato con los mismos para desembocar en el máximo nivel de cuidado, que es el fin que se debe alcanzar.

Los profesionales presentan diferentes actitudes y prejuicios ante estas personas: mientras unas son consideradas como enfermedades “normales”, otras, asociadas a conductas violentas e imprevistas, son vividas por los profesionales de forma diferente. Estas actitudes se reflejan en la atención que prestan los profesionales sanitarios a este tipo de pacientes. El miedo y la indiferencia, la falta de atención y obligación son algunos de los resultados encontrados como actitudes y sentimientos más frecuentes presentados por los profesionales sanitarios frente a los pacientes con enfermedad mental.

Después de analizar toda esta información, queda patente la necesidad de cambiar la actitud para poder tratar a estos pacientes de una forma más adecuada, sin prejuicios ni juicios nocivos. Se debe tener en cuenta que ya sufren una barrera de incompreensión por parte del resto de la sociedad que los profesionales debemos ayudar a derribar. Por ello, es importante que tanto la sociedad como los profesionales sanitarios eliminen todo tipo de actitud preconcebida hacia estos enfermos.³⁰

³⁰ Nuevos significados en los cuidados de enfermería de salud mental. (aeesme.org). Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Madrid. 2015(citado 17 junio 2017); 255-261. Disponible en : <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/32%20Burgos-2015.pdf>

Conclusiones

La discapacidad intelectual es una condición que involucra diversos ámbitos como la salud, lo cultural, lo social, entre otros. Como se mostró en esta tesina la discapacidad intelectual es una desadaptación intelectual, conductual y en el entorno. Con base a ello se cuenta con diferentes apoyos y ayudas en lo educativo, realizando actividades y materiales didácticos donde se les facilite el aprendizaje. Por otra parte se pueden dar apoyos con respecto a la salud y la rehabilitación, además de presentar apoyos para un desarrollo social y laboral. Con estos apoyos y ayudas a las personas con discapacidad intelectual tendrán una mejor calidad de vida y una autodeterminación para así poder integrarse a la sociedad. Sabemos que las causas de esta condición se deben por varios factores donde algunos se pueden prevenir y otros por desgracia no se pueden evitar, esto hace que personas sanas desarrollen la discapacidad intelectual en cualquier momento. Es importante conocer su clasificación ya que se puede dar los apoyos adecuados para cada persona y así poder ayudarlos a formar parte de la sociedad siendo capaces de tomar sus propias decisiones. Las y los enfermeros de salud mental son profesionales importantes dentro de la discapacidad intelectual por sus aportaciones funcionales, docentes, asistenciales y de atención domiciliaria ya que cuentan con los conocimientos necesarios para cuidar y dar intervenciones adecuadas a las diferentes personas que cursan con discapacidad intelectual. En función a lo anterior, España cuenta con una extensa información sobre la discapacidad intelectual, guías y manuales para enfermería de este tema. Con respecto a México se cuenta con información insuficiente de la discapacidad intelectual y de enfermería en salud mental, esto se puede mejorar realizando más investigaciones y aportaciones de la discapacidad intelectual para proporcionar a nuestra comunidad que presentan esta condición, una mejora en su desarrollo con la finalidad de mejorar la calidad de vida y su continuo de salud. Esta área es una oportunidad para el gremio de enfermería ya que se puede realizar cuidados integrales a pacientes con esta condición, además de capacitar a los familiares sobre el trato y la atención que se les debe de proporcionar a las personas con discapacidad intelectual, logrando así un aprendizaje significativo para contribuir en

el alcance de una mejor calidad de vida y el continuo de salud. Finalmente he de mencionar mi experiencia en mi servicio social en CADI, ha hecho que tenga otro panorama acerca de la discapacidad intelectual, además de crecer en lo profesional y en lo personal. Ya que al tener contacto con este tipo de pacientes tienes otra perspectiva y de saber que enfermería poder ser parte fundamental para satisfacer sus necesidades y educar en la prevención de alteraciones en su salud, por medio de programas sobre la salud y atención primaria como ministración de medicamentos, somatometria, toma de signos vitales, entre otras actividades. Lo más importante de haber realizado mi servicio social dentro de este centro es el haber aprendido a valorar, a respetar, a tratar y entender a pacientes con discapacidad intelectual. Esta población es vulnerable a presentar maltratos, discriminaciones por su condición, pero los profesionales de enfermería poder ser la diferencia en ayudar a pacientes con discapacidad intelectual para su mejora de salud y su aceptación dentro de la sociedad o seguir ignorándolos como hasta ahora.

Sugerencias y Aportes para el gremio de Enfermería

Para el gremio de enfermería sería de gran importancia capacitar a las y los enfermeros de este país sobre la discapacidad intelectual con la finalidad de obtener los conocimientos necesarios para proporcionar cuidados integrales y atender de manera adecuada a pacientes con discapacidad intelectual que se encuentren en el medio hospitalario. Por otra parte enfermería puede contribuir en la atención domiciliaria otorgando atención primaria para la salud a las personas con discapacidad intelectual que presenten algún factor que dificulte presentarse a centros de salud o en su defecto que los familiares de esta población no cuenten con los medios económicos para llevarlos a centros de capacitación integral o de salud. En función a lo anterior para los profesionales de enfermería este campo sería una gran oportunidad el poder colaborar a mejorar su calidad de vida y contribuir con el continuo de salud, además de satisfacer sus necesidades desde el punto de vista biopsicosocial de las personas con discapacidad intelectual, dando como resultado una autonomía e integración a la sociedad.

También sería adecuado que en los hospitales proporcionaran cursos al personal de enfermería sobre la atención a pacientes con discapacidad intelectual en centros hospitalarios y centros de integración, atención domiciliaria y cuidados e intervenciones a pacientes con discapacidad intelectual. Se debería de incluir dentro de plan de estudios una optativa o una materia obligatoria sobre la salud mental enfocada a pacientes con discapacidad intelectual. Además de realizar ferias de la salud para estas personas en diferentes comunidades y ejecutar cursos para los familiares con respecto a la atención y trato que deben de brindar a esta población. Por otro lado el personal de enfermería puede laborar en centros de capacitación y de integración.

Asimismo dentro de la especialidad en Enfermería en Salud Mental se debería impartir diplomados sobre la discapacidad intelectual, además de realizar conferencias y congresos con la finalidad de seguir capacitando al personal de enfermería y a los especialistas en salud mental, además de desarrollar la parte de investigación acerca de este tema y así seguir colaborando en este campo para ayudar a la población con esta condición ya que es vulnerable a presentar

alteraciones de salud, pero el personal enfermería puede ayudar a mejorar su estado de salud y atendiendo a estas personas de una manera holística y sin discriminación. Con base a lo anterior se puede mencionar que este campo es una gran oportunidad para la libre profesión en enfermería.

Referencias bibliográficas

1. Rey de Sola M. Caminos Aragón M. García Pérez M. Cabrera Medina M. Alonso Dosouto H. Voluntariado con Personas con Discapacidad Intelectual. uma.es. Madrid. Fundación Juan Cuidad. Marzo 2016 (citado 1 Junio 2017); 11-13. Disponible en:
https://www.uma.es/media/tinyimages/file/Voluntariado_con_Personas_con_Discapacidad_Int.pdf
2. Fernández Gabalón. La Discapacidad Intelectual en la sociedad Percepción e integración social.diposit.ub.ed.2016(citado 1 Junio 2017);15-19,Disponible en:http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/53928/1/Clara_Fernandez_Gabalón.pdf
3. Necesidades Educativas Especiales Asociadas a Retraso Del Desarrollo y Discapacidad intelectual. especial.mineduc.cl. 5 edición. 2011 (citado 3 Junio 2017).Disponible en:
<http://especial.mineduc.cl/wpcontent/uploads/sites/31/2016/08/GuiaIntelectual.pdf>
4. Allen Leigh B. Estudios sobre Discriminación y Discapacidad mental e intelectual (conapred.org.mx). México. Diciembre 2009 (citado 1 Junio 2017); 16-34. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E06-2009.pdf
5. Vergés Planagumá L. Novell Alsina R._La salud de las personas con discapacidad intelectual: ¿qué debemos tener en cuenta? Guía práctica para profesionales de la salud. (feaps.org). Barcelona. Dincat (Discapacitat Intelectual Catalunya) 2013 (citado 17Junio 2017); 9- 15 .Disponible en:
http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc_download/537-.html
6. Antequera Maldonado M. Bachiller Otero B. Calderón Espinosa M. Cruz García A. Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de Discapacidad Intelectual. adaptaciones curriculares.com. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Educación. 2011 (citado 3 Junio 2017); 8-10. Disponible en:
<http://www.adaptacionescurriculares.com/Otras%2011.pdf>

7. Alonso F. Carratala A. Fandiño C. Ferrer Consol, Flores M. Gorricho C. Las personas con discapacidad intelectual y las familias ¿Hemos avanzado en calidad de vida? (dincat.cat). Madrid. Tamarit Javier. Diciembre 2015 (citado 10 Junio); 14-36. Disponible en: <http://www.dincat.cat/las-personas-con-discapacidad-intelectual-y-las-familias-hemos-avanzado-en-calidad-de-vida-21220.pdf>
8. Montes Aguilar M. Las familias de personas con discapacidad intelectual ante el reto de la autonomía y la independencia (cite2011.com). México. 2011(citado 10 Junio 2017); 3-14. Disponible en: <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Familias/214.pdf>
9. Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con Discapacidad Intelectual en Aragón. atades.com. España. Abay analistas económicos y sociales. Noviembre 2013 (citado 8 Junio 2017); 7-31. Disponible en: <http://www.atades.com/wp-content/uploads/2013/12/Primer-panel-de-indicadores-de-calidad-de-vida-de-personas-con-discapacidad-intelectual-en-Aragon-ATADES.pdf>
10. García Fonticiella V. Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento. Diginuo.uniovi.es. Iglesias García María Teresa. Junio 2015(citado 8 Junio 2017). Disponible en:http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/31396/3/TFM_Graciela%20Fonticiella%20Victorero.pdf
11. Maños Zotikos F. Verdugo Alonso M. Canal Medina R. Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. infoautismo.es. Primera edición. Madrid. Ministerio de sanidad. Política Social e Igualdad. Secretaria General de Política Social y Consumo. 2011(citado 8 Junio 2017); 17,18 -126. Disponible en: http://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/04_Libro.pdf

12. Peralta López F. Arellano Torres A. La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual: situación actual en España. redalyc.org. Medellín Colombia. Universidades CES. 2 Julio- Diciembre 2014 (citado 10 Junio 2017):7(2); 1-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539424006.pdf>
13. Peralta López F. Arellano Torres A. Siglo Cero. researchgate.net. España. Ediciones Universales Salamanca. Julio-Septiembre 2015 (citado 10 Junio 2017): 46 (3); 7-25. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/293649083Autodeterminacion_personal_ydiscapacidad_intelectual_un_analisis_desde_la_perspectiva_de_las_familias
14. Echauri L. Lobera Gracida J. Discapacidad intelectual Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. educacionespecial.sep.gob.mx. Primera edición. México. Consejo Nacional de Fomento Educativo. 2010 (Citado 10 Junio 2017); 13-14, Disponible en: http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documents/Atencion_educativa/Intelectual/2discapacidad_intelectual.pdf
15. Valdespino Echauri L. Lobera Gracida J. Discapacidad intelectual Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. educacionespecial.sep.gob.mx. Primera edición. México. Consejo Nacional de Fomento Educativo. 2010 (citado 10 Junio 2017); 13-14. Disponible en: http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documents/Atencion_educativa/Intelectual/2discapacidad_intelectual.pdf
16. Caminero Luna P. Castelo Sardina C. _Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica. (aesme.org). Madrid. Plaza Zamora Pablo. 2010-2011(citado 14 Junio 2017); 8-47. Disponible en: <http://www.aesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>

17. Nuevos significados en los cuidados de enfermería de salud mental (aeesme.org). Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Madrid. 2015(citado 17 Junio 2017); 255-261. Disponible en:
<http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/32%20Burgos-2015.pdf>
18. Alonso Dara. El desarrollo de la autodeterminación a través del proceso creativo de las personas con discapacidad intelectual (e-revistas.uji.es). Madrid. Septiembre 2016 (citado 8 Junio 2017), (5); 1-89. Disponible en:
<http://www.e-revistas.uji.es/index.php/artseduca/article/view/2233/1909>
19. Tenorio M. Arroyo J. Rosas R. Identificación de la Discapacidad Intelectual ¿Qué nos falta para alcanzar el estándar internacional? (ceppe.cl), Chile. Centro de Estudios de Políticas y Prácticas en Educación. Junio 2013 (citado 8 Junio 2017); 1-6. Disponible en:
<http://www.ceppe.cl/images/stories/recursos/notas/nota-14-2.pdf>
20. Falero Latúa M. Calidad de vida e jóvenes con discapacidad intelectual que viven en un hogar de tiempo completo (sifp1.psico.edu.uy). Montevideo. Falero Beatriz. Octubre 2016(citado 8 Junio 2017); 10-13. Disponible en:
<http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfglucianafalero.pdf>
21. Vega Córdova V. Jenaro Río C. Flores Robania N. Cruz Ortiz M. Artaza C. Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile desde la perspectiva de los proveedores de servicios. (redayc.org). Bogotá Columbia. Julio- Septiembre 2013 (citado 8 Junio 2017), vol. 12(3); 1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64730275022.pdf>
22. Discapacidad intelectual y salud mental. Guía para atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento. (junta de Andalucía. es). Sevilla. Junta de Andalucía. Servicios Andalucía de Salud. 2016 (citado 10 Junio 2017); 16-28. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/648/pdf/Guia_DlySM_Andalucia_2016.pdf

- 23.** Fonticiella Victoreri G. Calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento. (digibuo.uniovi.es). España. Junio 2015 (citado 8 Junio 2017); 9-24. Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/31396/3/TFM_Graciela%20Fonticiella%20Victorero.pdf
- 24.** Cruz Ortiz M. Jenaro Rio C. Pérez Rodríguez M. Landeros López M. La necesaria discusión del modelo de atención psiquiátrica en México. (index-f.com). México. Agosto 2009(citado 14 Junio), vol. 17 (7); 312-315. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/17pdf/17-312.pdf>
- 25.** 2º Encuentro Extremo de Enfermeras de Salud Mental- ANES SM, XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental y 2º Conferencia Internacional organizado por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), (index-f.com), España, 4de Marzo 2015 (citado 14 Junio 2017). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n21/p-noticias.php>
- 26.** Plan Estratégico de Salud Mental. (aesme.org). Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. 2010-2014 (citado 14Junio 2017); 69-79. Disponible en: http://www.aesme.org/wpcontent/uploads/docs/Plan_salud_mental_Madrid.pdf
- 27.** Márquez Caraveo M. Sanabria Salcedo M. Díaz Pichardo J. Arciniega Buenrostro L. Aguille García E. Pérez Barrón V. Guía clínica Retraso Mental (sap.salud.gob.mx). México 2014 (citado 17Junio 2017); 3-9. Disponible en: http://www.sap.salud.gob.mx/media/61202/nav_guias9.pdf
- 28.** Marre D. Monnet N. San Ramón B. El acompañamiento de personas con discapacidad intelectual: Las dimensiones del cuidado. (ddd.uab.cat). Barcelona. AFIN Grupo de Investigación. Febrero 2015 (citado 17Junio 2017); 1-6. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/afin/afinSPA/afin_a2015m2n69iSPA.pdf
- 29.** Reinés Fermina J. Portells Miralles M. Valoración de enfermería para una persona con discapacidad intelectual severa y profunda. Revistas.um.es. España. Universidad de Murcia. Mayo 2004 (citado 19 agosto 2017); 4; 1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/592/614>