

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA**

**“EFECTOS DEL MASAJE TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON
ADICCIONES QUÍMICAS REALIZADO EN EL CENTRO DE
REPOSO SAN JUAN DE DIOS, DURANTE EL PERÍODO
ABRIL – AGOSTO 2015”**

Elaborado por:

SHIRLEY DAYANA VALENZUELA ESPINOSA

Quito, Septiembre 2015

RESÚMEN

Considerando al ser humano como un binomio cuerpo- mente, entendemos la importancia de ofrecer un tratamiento multidisciplinario a los pacientes que presentan enfermedades mentales. Basado en este enfoque los fisioterapeutas en salud mental al ayudar a mejorar el bienestar físico de los pacientes, ayudan a mejorar su bienestar mental ayudando a su pronta recuperación. Una de las técnicas utilizadas para este tratamiento es el masaje terapéutico el cual es utilizado en la presente investigación para la disminución del dolor y la ansiedad que se presenta en los pacientes drogodependientes durante el periodo de abstinencia. Como instrumento de valoración se utilizó la Escala de EVA y la Escala de Hamilton.

ABSTRACT

The human is considerate like binomial psycho- social-bio, for this rason is important offer to the patients with mental diseases a treatment multidisciplinary. Based in this approach the physiotherapist in mental health, when help the physical wellness; help the mental wellness so help the speedy recovery. One the technics in the treatment, is the therapeutic massage in this investigation is used for the decrease pain and anxiety in addicts patients in period of abstinence. The Scale Eva and Scale Hamilton is used like assessment tool.

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis

A Dios porque con su amor me guio y

Me dio la sabiduría en el transcurso de mis estudios

A mi madre por ser la mujer más valiente y luchadora que conozco

A mis hermanos, por el apoyo, consejo y aliento para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Para poder realizar esta investigación fue necesario

El apoyo de muchas personas a las cuales quiero agradecer.

A mi madre por su paciencia y apoyo económico.

A mi mejor amigo y novio Bryan Arroyo, por su amor y apoyo incondicional.

A mis mentores, quienes me guiaron con paciencia y sabiduría.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.1. JUSTIFICACIÓN	5
1.2. OBJETIVOS	7
1.2.1. General	7
1.2.2. Específicos	7
1.3. METODOLOGÍA	8
1.3.1. Tipo de estudio	8
1.3.2. Universo y muestra	8
1.3.3. Fuentes, Técnicas	9
1.3.4. Plan de Análisis de Información	10
Capítulo II. MARCO TEÓRICO	11
2.1. TERAPIA FÍSICA EN SALUD MENTAL	11
2.1.1. Fundamentos de la Fisioterapia en Salud Mental	12
2.1.2. Técnicas de Fisioterapia en Salud Mental	12
2.2. LAS ADICCIONES	16
2.2.1. Factores de riesgo en el consumo de drogas	16
2.2.2. Tipos de drogas	19
2.3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA	21
2.3.1. Síndrome de abstinencia a Cocaína	22
2.3.2. Síndrome de Abstinencia en Alcohol	23
2.3.3. Síndrome de Abstinencia a Opiáceos	24
2.3.4. El Dolor	25
2.3.5. Tipos de dolor	25
2.3.6. El dolor en el período de Abstinencia	26
2.3.7. La Ansiedad	28
2.3.8. Formas de Valoración del Dolor y la Ansiedad	29
2.3.9. Interpretación de los Resultados	30
2.4. EL MASAJE TERAPEÚTICO	31

2.4.1. Beneficios del Masaje Terapéutico	31
2.4.2. Técnicas de Masaje para el Manejo del Dolor	32
2.4.3. El Masaje Terapéutico y el Sistema Dopaminérgico	34
2.5. HIPÓTESIS	35
2.5.1. Operacionalización de variables.....	35
Capítulo III: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
3.1. RESULTADOS	44
3.2. DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Edad de los pacientes atendidos en el Hogar de Reposo San Juan de Dios....	44
Gráfico 2. Tipo de droga consumida por los pacientes del Hogar de Reposo San Juan de Dios	45
Gráfico 3. Nivel de escolaridad de los pacientes atendidos en el Hogar de reposo San Juan de Dios.	45
Gráfico 4. Edad de inicio de consumo de los pacientes atendidos en Hogar de reposo San Juan de Dios.	46
Gráfico 5. Tiempo de consumo de droga de los pacientes atendidos en el Hogar de Reposo San Juan de Dios.....	46
Gráfico 6. Familiares que usan droga de los pacientes atendidos en el Hogar de reposo San Juan de Dios.	46
Gráfico 7. Número de Sesiones de Masaje Terapéutico que recibieron los Pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios.	47
Gráfico 8. Diagrama de tallos y hojas de la Escala EVA antes y después de las sesiones de masaje.	48
Gráfico 9. Box Plott de la escala de EVA antes y después del masaje Terapéutico.....	48
Gráfico 10. . Escala EVA del dolor antes de Masaje Terapéutico.	49
Gráfico 11.Escala de EVA del dolor después del Masaje Terapéutico.	49
Gráfico 12. Diagrama de Tallos y hojas de la Ansiedad Psíquica de los pacientes del Hogar de Reposo San Juan de Dios antes y después del Masaje Terapéutico.....	50
Gráfico 13. Box Plott de la Ansiedad Psíquica de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios antes y después del masaje terapéutico.	51
Gráfico 14. Grado de Ansiedad Psíquica antes del masaje terapéutico.....	51
Gráfico 15. Grado de ansiedad Psíquica, después del masaje terapéutico.	51
Gráfico 16. Diagrama de tallos y hojas de la ansiedad somática de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios antes y después del masaje terapéutico.	53
Gráfico 17. Box Plott de la Ansiedad somática de los Pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios antes y después del Masaje Terapéutica.	53
Gráfico 18. Grado de Ansiedad Somática Antes del masaje terapéutico.	53
Gráfico 19. Grado de Ansiedad somática después del masaje.	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Variables dependientes.....	38
Tabla 2. Variables Independientes.....	40
Tabla 3. Variable Moduladora.	43

INTRODUCCIÓN

La fisioterapia en salud mental a pesar de ser un campo virgen por explorar en nuestro medio, tiene gran auge en países Europeos donde el fisioterapeuta es parte del equipo multidisciplinario de salud, aportando con diferentes técnicas en el tratamiento de estas enfermedades, (Lopez M, Matamorros D, Gomez A, 2012)

Una buena salud mental es fundamental para el bienestar de las personas, familias y comunidades, mientras que una pobre salud mental se identifica como una de las mayores causas de discapacidad, mala calidad de vida, y reducción de la productividad. (Jaswinder K, Masaun M, Bhatia M, 2013). Las adicciones han afectado a la sociedad a lo largo del tiempo ocasionando problemas económicos y sociales, como lo menciona (Cueva, 2012). Las adicciones al igual que otras enfermedades tienen un factor genético de vulnerabilidad de gran importancia, unos autores señalan el 50% mientras que otros señalan el 70 %. (Toxicomanias, 2006) (Uguedo , 2000).

Durante el periodo de abstinencia, la necesidad de consumo de drogas para poder compensar el déficit bioquímico que se generó al empezar a consumir drogas va a producir dolor, ansiedad y depresión en las pacientes drogodependientes. (Ruiz A. , 2012). La correlación entre la mala salud mental y el aumento de enfermedades musculoesqueléticas y múltiples áreas de dolor hace hincapié en la necesidad de un enfoque multidisciplinario eficaz y holístico para el manejo de esta condición. (Association, 2011).

El dolor y ansiedad presentes en el periodo de abstinencia muestran como un trastorno mental afecta directamente al estado físico de la persona y viceversa y es allí donde se centra el fundamento de la intervención fisioterapéutica en salud mental pues esta puede influir directamente en el estado mental del paciente.

En Fisioterapia una de las técnicas más utilizadas para el manejo de los síntomas del síndrome de abstinencia como es el dolor, es el masaje, mismo que ayuda a disminuir niveles de dolor, ansiedad, insatisfacción de la imagen corporal como se comprobó en el estudio de (Lopez M, Matamorros D, Gomez A, 2012)

El Masaje Terapéutico ha sido altamente estudiado como alternativa terapéutica en el manejo del dolor y ansiedad en diferentes patologías; un estudio realizado en mujeres con histerectomía abdominal demostró que la aplicación de masaje terapéutico ayudo a disminuir los niveles de dolor y ansiedad en estos pacientes (Vitale, 2006). No se encuentran estudios que resalten la importancia del masaje terapéutico en pacientes drogodependientes, pero existen un sin número de estudios acerca de los beneficios del masaje terapéutico en la disminución del dolor y ansiedad, como podemos observar en (Lujterburg P, Alessie J, 2015) (Mohaddes A, Purhajari S, Najafi G, Haghani H, 2015) (Negro S, 2009) en los cuales el masaje ayudo a disminuir estos síntomas; esta es la razón por la cual pretendemos con el presente estudio pretende mostrar la efectividad del masaje terapéutico en la disminución del dolor y la ansiedad en los pacientes drogodependientes. Para cualificar este cambio se utilizara la Escala de Hamilton y la Escala de EVA, para valorar el dolor y la ansiedad tanto antes como después del masaje terapéutico.

Capítulo I. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos mentales han sido reconocidos por la Organización Mundial de la Salud como unos de los problemas de salud crónicos más frecuentes en la mayor parte de sociedades desarrolladas. (Lopez M, Matamorros D, Gomez A, 2012).

La drogodependencia constituye un problema de salud que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad, el 15% de la población Ecuatoriana que consume algún tipo de droga sufre de dependencia (Borja.C, 2012), convirtiéndolo en uno de los principales problemas sociales durante el último cuarto del siglo XX, (Enrique, 2009) con una fecha mínima de consumo de 14.3 años en los estudiantes y en mayor porcentaje de consumo el alcohol, marihuana, y nicotina. (Consep, 2012).

Gran cantidad de síntomas físicos aparecen frecuentemente en trastornos psiquiátricos revelando la estrecha interacción existente entre el cuerpo y la mente. Cada trastorno psiquiátrico presenta un conjunto de síntomas físicos propios por ejemplo la anorexia nerviosa se puede observar atrofia muscular e hipotonía, en la abstinencia en los pacientes drogodependientes se presentan cambios a nivel físico, psicológico y comportamental lo cual va a generar signos y síntomas orgánicos y psíquicos, como el dolor y ansiedad (Martínez J, Martín A, Valero M, Salguero M, 2008). Dicho dolor es una manifestación somática que se presenta por la lucha interna que se origina debido a la necesidad de consumo de la droga y se va a presentar principalmente en espalda y piernas.

La ansiedad que presentan los pacientes drogodependientes va ocasionar que se produzca dolor a nivel corporal, el cual va a estar acompañado de tensión muscular, temblores, hormigueo, respiración rápida y superficial (Matamoros, 2009). Este dolor va a impedir una óptima y pronta recuperación del paciente drogodependiente. (Casas M, 2002).

En los tratamientos convencionales se utiliza la psicoterapia para el manejo de la abstinencia pero aún siguen siendo poco exploradas alternativas como el masaje terapéutico u otro tipo de terapia alternativa, para el tratamiento del dolor el cual hace parte de la abstinencia, este dolor va generar altos porcentajes de recaída y suicidio en el paciente como se evidencia en el estudio de (Luengo M, Romero E, Gomez J, 2001) (Grau Lopez, 2012).

En nuestro país la fisioterapia en salud mental es un campo relativamente virgen por explorar, estudiar y desarrollar, a pesar de esto podemos ver que en Latinoamérica se ha venido implementado la participación del terapeuta físico en esta área, (Diaz L, Palucci M, 2010) sin embargo en países tales como Alemania, Holanda y Reino Unido existe gran multitud de fisioterapeutas en lo equipos de salud mental, participando directamente en la evolución de pacientes con trastornos psiquiátricos, mismos que cuentan con organizaciones como la Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud Mental, Consejo Internacional sobre Fisioterapia en Psiquiatría y Salud Mental, Asociación Inglesa de Fisioterapeutas en Salud Mental, los cuales se dedican al trabajo y a la investigación en esta área. (Matamoros C. , 2009)

Adicionalmente se han establecidos técnicas utilizadas por terapeutas físicos en el tratamiento de enfermedades mentales, siendo los abordajes más frecuentemente utilizados en este campo la terapia de la conciencia corporal basal, actividad física adaptada, estimulación multisensorial, masoterapia adaptada, es decir la utilización de masaje terapéutico para el tratamiento de síntomas como el dolor y la ansiedad, misma técnica que ha sido utilizada en el tratamiento de trastornos alimentarios (Lopez M, Matamoros D, Gomez A, 2012). De allí radica la gran importancia de fortalecer el rol de la fisioterapia en el campo de la Salud Mental en nuestra región, como ayuda a otros tratamientos para mejorar la calidad de vida de las personas que presentan una enfermedad mental.

El masaje terapéutico es un método utilizado para el tratamiento del dolor corporal y la ansiedad, logrando mantener un buen estado psicológico, mejorando el estado muscular y aumentando la movilidad en la etapa de abstinencia del paciente drogodependiente (Florit, 2009). Es así como a través de la aplicación del masaje terapéutico se busca disminuir el dolor y por ende la ansiedad presente en los pacientes drogodependientes durante la abstinencia, lo que constituye el objetivo de la presente investigación.

1.1.1. JUSTIFICACIÓN

El paciente drogodependiente durante y después del periodo de abstinencia va a experimentar cambios a nivel físico y psicológico, presentando niveles elevados de dolor y ansiedad ocasionando sentimientos negativos sobre sí mismo, tensión y rigidez muscular, alta activación fisiológica del sistema somático y una actividad desorganizada en cuanto al comportamiento. (Cano Vindel, 2000). Es por ello esencial que se brinde un tratamiento con enfoque biopsicosocial para el manejo del dolor y la ansiedad, ya que dichos síntomas son muy importantes pues coadyuvan a que el paciente recaiga y sea más difícil superar la compulsión. (Ponce, 2012) (Grau Lopez, 2012).

Los centros que utilicen el masaje terapéutico como una alternativa no farmacológica para la disminución de los niveles de dolor y ansiedad podrán ofrecer una gama más amplia para la recuperación exitosa del paciente, teniendo mejores resultados en el comportamiento y colaboración del paciente durante la estancia en el centro hospitalario. Ya que existen pocos estudios que evidencien la importancia del masaje terapéutico en pacientes drogodependientes, es de gran importancia para la ciencia incluir métodos colaterales de tratamiento en áreas poco exploradas en terapia física, a pesar de esto existen estudios que muestra como el dolor disminuyo significativamente en pacientes depresivos después de la aplicación del masaje terapéutico (Falkensteiner, 2011), y aunque el presente estudio se realiza con un grupo de población diferente, consideramos que los niveles de dolor y ansiedad son similares por lo que se incluye el masaje como una técnica adecuada que coadyuva en el tratamiento del dolor y la ansiedad

Los problemas de salud mental afectan a una de cada cuatro personas en algún momento de su vida, ocasionando una carga emocional y financiera para el individuo, su familia y la sociedad. Según la (OMS, Invertir en Salud Mental, 2004) el gasto de los EEUU por trastornos mentales y abuso de sustancias llegaron a \$85 300 millones, mientras que en Canadá existe un gasto de \$6 300 millones en concepto de tratamientos en trastornos mentales, convirtiendo a los problemas de salud mental en una de las condiciones más onerosas en Canadá. Razón por la cual es vital que se implementen terapias como el masaje terapéutico para ayudar al manejo de la sintomatología que producen las

diferentes enfermedades mentales y de esta manera ayudar a la pronta recuperación de estas enfermedades.

El fisioterapeuta en salud mental es un profesional que cuenta con los conocimientos, capacidades y habilidades necesarias para describir, identificar y tratar problemas mentales. Esta es una especialidad de la terapia física que se encuentra en auge en países como Alemania, Holanda, Bélgica, España donde se realizan constantemente investigaciones sobre la efectividad de la fisioterapia en salud mental dejando atrás la tradicional actuación del fisioterapeuta en traumatología y reumatología, para responder a las necesidades asistenciales en la salud mental y formar parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de salud. (Rico, 2011) Estos profesionales cuentan con múltiples técnicas para tratar las diferentes alteraciones mentales siendo una de ellas el masaje, la cual se han sugerido como una alternativa no farmacológica o suplemento a otros tratamientos (Hansen N, Jørgensen T, Ørtenblad L, 2008) lo cual se ratifica con el estudio publicado por (Avila, 2014) donde se demostró que el masaje terapéutico es un tratamiento complementario en el programa de rehabilitación tradicional para mejorar las alteraciones emocionales de la demencia. Siendo la fisioterapia en salud mental una innovadora alternativa terapéutica en el manejo de las enfermedades mentales, es de gran importancia que se realicen en nuestro país investigaciones que aporten al ámbito científico sobre los beneficios que tiene la fisioterapia en la salud mental, siendo la presente investigación un gran aporte en este ámbito.

Al ser la fisioterapia en salud mental un campo virgen por explorar en nuestro país, los profesionales que se dediquen a la investigación y tratamiento en esta área cuentan con un amplio campo laboral, ya que brindan alternativas de tratamiento en campos donde no se visualiza la participación de un terapeuta.

Por todo lo anterior se justifica la realización de la siguiente investigación para disminuir el nivel de dolor y ansiedad en los pacientes drogodependientes.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. General

Describir la efectividad del masaje terapéutico en pacientes con adicciones, para disminuir síntomas relacionados con la abstinencia como el dolor y la ansiedad.

1.2.2. Específicos

- ✓ Aplicar un programa fisioterapéutico de ocho sesiones mediante la aplicación de masaje terapéutico a pacientes drogodependientes.
- ✓ Identificar los cambios corporales que produjo la aplicación del programa de masaje terapéutico en cuanto a dolor y tensión muscular.
- ✓ Identificar el efecto del masaje terapéutico relacionado con la ansiedad que presentan los paciente a través del Test de Hamilton
- ✓ Analizar las diferencias de los resultados obtenidos después de la aplicación del programa fisioterapéutico, relacionados con el Test de Hamilton y el Test de EVA al comienzo y al final del tratamiento.

1.3. METODOLOGÍA

1.3.1. Tipo de estudio

El presente fue un estudio observacional, descriptivo y transversal, que se realizó para detallar las características sociodemográficas de pacientes drogodependientes, tales como (edad, tipo de droga que consume, tipo de escolaridad, edad de inicio del consumo de droga, familiar que use drogas,) así como, efectos que ocasionaron la aplicación del masaje terapéutico en dichos pacientes (disminución de la ansiedad, disminución del dolor y tensión muscular). La investigación se realizó con pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia a sustancias químicas que ingresaron en el Hogar de reposo San Juan de Dios desde abril 2015 hasta mayo 2015, los pacientes se encontraban en diferentes etapas del proceso de abstinencia a los cuales se determinó realizar 8 sesiones de masaje terapéutico en base al libro de (Chiatow.L, Fritz.S, 2013) donde expone que un masaje aplicado dos veces por semana durante un mes es suficiente para tratar el dolor.

1.3.2. Universo y muestra

La muestra la conformaron 13 pacientes con diagnóstico de adicción a sustancias químicas que constituyen el universo de la investigación, los criterios de inclusión fueron: presentar trastorno por dependencia de sustancias químicas, ingresar en el Hogar de reposo San Juan de Dios, que el estado de salud en general este bien sin contar con las condiciones propias de la adicción. Para la intervención fisioterapéutica a través de la aplicación de las sesiones de masaje el paciente debió firmar un consentimiento informado que fue aprobado previamente por el comité ético de la facultad de enfermería, (anexo). Los criterios de exclusión fueron que los pacientes no presenten otra enfermedad mental como demencia, no presentar enfermedades cutáneas y no poseer trastornos agresivos.

1.3.3. Fuentes, Técnicas

Para poder llevar a cabo el estudio se realizó consecuentemente una serie de fases, para la selección del centro, selección de pacientes, recolección de datos, aplicación y tabulación de resultados. En la primera fase de la investigación se buscó un centro que brinde rehabilitación a pacientes drogodependientes, entre las características que debía cumplir el centro para poder ser seleccionado para la investigación se encuentra; los pacientes que pertenecen al centro tenían que estar internados por más de un mes y en condiciones óptimas para la aplicación del masaje terapéutico. El centro de rehabilitación Hogar de reposo San Juan de Dios, fue seleccionado y dio la apertura para el trabajo de terapia física como una terapia alternativa, el Hogar brinda rehabilitación a pacientes drogodependientes de género masculino. Para el trabajo en el hogar, se legalizaron los permisos tanto en el centro terapéutico como en la universidad Católica, y se coordinó con la directora terapéutica del centro los horarios y las condiciones en la que los paciente recibirían el masaje terapéutico.

Se seleccionaron los 13 pacientes en tratamiento del Hogar los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Durante un mes y con sesiones preestablecidas se aplicó a cada paciente el test de Hamilton y la escala de Eva antes y después de la aplicación del programa fisioterapéutico a través de masaje. Con relación al test de Hamilton, este sirvió para valorar la intensidad de la ansiedad en el paciente, se evalúan 14 ítems y cada ítem se califica de 0 a 4, siendo cero no ansiedad y 4 ansiedad elevada, en cuanto a la escala EVA sirvió para valorar de manera subjetiva el grado de dolor y la tensión muscular que el paciente presentaba, cuya calificación va en un rango de 0 a 10 siendo 0 no dolor y 10 dolor máximo.

En la siguiente fase de la investigación se procedió a la aplicación del programa fisioterapéutico a través de masaje, realizado por un periodo de un mes en el cual los pacientes recibieron 8 sesiones, es de anotar que 8 pacientes recibieron 8 sesiones mientras que 5 pacientes recibieron solo 6 sesiones, debido a que los últimos terminaron su periodo de rehabilitación antes que se terminen las sesiones del masaje terapéutico. Los pacientes recibieron dos sesiones de masaje semanales durante un lapso de 20 a 25 minutos, periodo en el cual permanecían sentados y la aplicación del masaje se realizó

en cuello y espalda. Cada sesión de masaje terapéutico se utilizó aceite para la aplicación de diferentes técnicas, se utilizaron las técnicas de masaje de León Chaitow y Sandy Fritz para el manejo del Dolor, por lo cual se iniciaba el masaje con la aplicación de diferentes fuerzas, se inició con la técnica Effurage la cual servía para calentar el musculo antes del trabajo profundo en el tejido, además durante el transcurso del masaje se aplicaron fuerzas como tensión, comprensión y cizallamiento.

La aplicación del Masaje fue de manera rítmica y lenta, la profundidad de presión utilizada fue moderada e intensa con aplicación de compresión de base ancha, sin clavar los dedos, sin fricciones ni aplicación de métodos generadores de dolor. La dirección del masaje varía pero se centra en la movilización de líquidos con el objetivo de mejorar la circulación en el paciente., como lo menciona (Chiatow.L, Fritz.S, 2013) en su libro sobre el masaje terapéutico en el manejo del dolor. Durante el periodo de aplicación del masaje terapéutico se realizó la revisión de las historias clínicas para la recolección de los datos de los pacientes en cuanto a edad, tipo de droga que consume, tipo de escolaridad, edad de inicio del consumo de droga, familiar que use drogas. Al finalizar el tratamiento, se aplicó nuevamente el test de Hamilton y la escala EVA determinando el efecto del programa tanto en la ansiedad como en la tensión muscular y el dolor

1.3.4. Plan de Análisis de Información

Una vez culminada la fase de aplicación y recolección de datos se utilizó una base sencilla en Excel, y se realizó el análisis estadístico con regresión simple, determinando la media, mediana, promedios, valores máximos y mínimos de cada variable.

Capítulo II. MARCO TEÓRICO

2.1. TERAPIA FÍSICA EN SALUD MENTAL

El ser humano puede ser visto como una unidad que se compone de tres aspectos:

- Biológico: Se refiere a los aspectos físicos del cuerpo como los órganos y sistemas que lo conforman y las funciones fisiológicas del mismo
- Psicológico: Comprende todos los aspectos mentales o emocionales del individuo
- Social: Abarca todo lo relativo a la interacción con otras personas (Rico, 2011)

En el ser humano cada una de estas dimensiones o aspectos está relacionada con los demás. De tal manera que un deterioro o un desorden, por pequeño que sea, afectará a los otros, provocando un estado de desequilibrio o enfermedad. Esta estrecha conexión nos revela como un trastorno mental afecta directamente al estado físico de la persona u viceversa, por lo que una intervención fisiorepeutética influiría directamente sobre el estado mental del paciente; encontrando aquí el fundamento de la Fisioterapia en Salud Mental, la cual es considerada como una especialidad de la fisioterapia que abarca un amplio número de técnicas dirigidas directamente a mejorar los trastornos mentales, como lo menciona. (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010) (Matamoros, 2009) (Catalan, 2012)

Los fisioterapeutas que trabajan en salud mental pueden ofrecer un abordaje dirigido a tratar síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto el fisioterapeuta en salud mental es un gran apoyo en la evaluación y tratamiento de pacientes mentales junto con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en el contexto del equipo interdisciplinar. (Donaghy M, Durward B, 2000) (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010)

2.1.1. Fundamentos de la Fisioterapia en Salud Mental

La Fisioterapia en Salud Mental proceden de otras áreas como

- ✓ Psicoanálisis corporal (Freud, Reich, Owen)
- ✓ Escuelas de movimiento (Alexander, Feldenkrais, Pilates)
- ✓ Corrientes filosóficas (Steiner, Husserl)
- ✓ Ares expresivas (Pilates, Feldenkrain, Dunkan)

Dentro del grupo de las enfermedades mentales y psicosomáticas, existen experiencias de la aplicación de la intervención fisioterapéutica en las siguientes enfermedades (Catalan, 2012)

- Esquizofrenia.
- Demencias.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Dependencia y abuso de sustancias.
- Alteraciones de la personalidad.
- Trastornos de la alimentación.
- Síndrome de fatiga crónica.
- Fibromialgia.

2.1.2. Técnicas de Fisioterapia en Salud Mental

La intervención fisioterapéutica puede ser muy variada, ya que se adapta a la sintomatología de cada paciente. Los abordajes más frecuentemente utilizados en este campo son: (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010) (Matamoros, 2009)

- ✓ Terapia de la conciencia corporal basal
- ✓ Masoterapia adaptada
- ✓ Biofeedback
- ✓ Actividad física adaptada
- ✓ Estimulación Multisensorial (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010)

a. Terapia de la conciencia corporal basal (TCC)

Se basa en la realización de movimientos simples en la cual el paciente trabajaba las funciones básicas del movimiento en relación a la postura, con el objetivo de aumentar la conciencia corporal y la realización de movimientos libres de tensión y con máxima funcionalidad.

La TCC se basa en la teoría de las cuatro dimensiones existenciales, las cuales representan una característica esencial del ser humano. Dos dimensiones representan a los aspectos físicos, mientras que las otras dos se refieren a aspectos mentales.

- ✓ **Dimensión física; representa al cuerpo físico incluyendo huesos, músculos, nervios, vasos sanguíneos, etc.**
- ✓ Dimensión fisiológica, representa los procesos fisiológicos vitales como la respiración, la circulación sanguínea, el sistema nervioso central.
- ✓ Dimensión psicológica, representa los pensamientos y sentimientos tanto propios como en interacción con otras personas y la vida autorazonamiento
- ✓ Dimensión espiritual

Existen tres factores principales para la integración de las cuatro dimensiones del movimiento; su función es actuar como puentes uniendo las diferentes dimensiones, estos son equilibrio, respiración libre y conciencia, tres componentes que constituyen la esencia de la TCC (Matamorros, 2007)

b. Masoterapia adaptada

La masoterapia adaptada se basa en que el contacto manual directo de la mano del fisioterapeuta es importante para el desarrollo físico, mental y neurológico del paciente. Considerando a la piel como el órgano más viejo y sensible, que cubre tanto el exterior como el interior del cuerpo humano.

Diversos estudios afirman como el masaje aplicado en pacientes con trastornos mentales, produce una disminución del estrés mediante el descenso del cortisol, y un efecto activador mediante el aumento de serotonina y dopamina.

Un estudio realizado por (Lopez M, Matamorros D, Gomez A, 2012) mostro la efectividad de la masoterapia en pacientes con trastornos alimentarios en la disminución de los niveles de ansiedad, disminución en la insatisfacción corporal, disminución del cortisol, y aumento de la dopamina.

c. Biofeedback

Se define como la técnica que usa aparatos (electrónicos normalmente) para poner de manifiesto eventos fisiológicos internos, normales y anormales, en forma de señales visuales y auditivas, con el fin de enseñar al sujeto a manipular dichos eventos mediante la alteración de las señales visualizadas en el aparato. (Choliz M, Capafons A, 1990).

El Biofeedback se basa en que los impulsos eléctricos producidos por la actividad muscular pueden, desplegados en una pantalla ser transformados en signos audibles o visibles de tal forma que el paciente los reconozca y posteriormente pueda manejarlos a voluntad. (Morales MA, Jalife A, 2005).

d. Actividad física adaptada(AFA)

Se define como todo movimiento, actividad física y deporte en los que se pone especial énfasis en los intereses y capacidades de las personas con condiciones limitantes, como discapacidad, problemas de salud o personas mayores. (Tejero J, Reina R, Sanz D, 2012)

Se puede considerar que la AFA es un cuerpo de conocimientos interdisciplinar dedicado a la identificación y solución de las diferencias individuales en actividad física, adecuándolas al contexto en el que se desarrollan.

Cualquier actividad física puede modificarse o adaptarse según las condiciones específicas de cada persona, las variaciones pueden darse en: (García, 2009)

- ✓ El equipamiento: es decir el ajuste de los diferentes materiales y dispositivos necesarios para cada deporte
- ✓ El entorno: referido a las condiciones del ámbito deportivo (el tamaño de la pista)
- ✓ La tarea: facilitar las actividades o modificar el objetivo (vóleibol en silla de ruedas)
- ✓ Las reglas: adaptación de las reglas específicas de cada deporte.

e. Estimulación Multisensorial

Las personas con discapacidad, demencias, enfermedad mental, pueden presentar alteraciones en el funcionamiento de los diferentes sistemas sensoriales. Estas alteraciones, en muchos de los casos son irreversibles, pero para aumentar la calidad de la relación de la persona con el entorno, podemos proporcionar diferentes estímulos los mismos que deben presentarse adecuadamente en cantidad y calidad, ya que una hiperestimulación es tan nociva para los sistemas funcionales como la ausencia misma de la estimulación. (Etchepareborda M, Abad-Mas L, Pina J, 2003)

Las sensaciones que se ofrezcan a la persona pueden ser propioceptiva, exteroceptiva, o interoceptiva, estas van a ir al Sistema nervioso central y van a producir una respuesta, creando un mayor conocimiento del cuerpo y del entorno. (M, 2012)

2.2. LAS ADICCIONES

Según (OMS, 2003) la farmacodependencia es, un estado en el que el individuo necesita dosis repetidas de un fármaco para sentirse bien o para evitar sentirse mal, este va a afectar al cerebro ocasionando la búsqueda compulsiva de la droga y el comportamiento persiste a pesar de las múltiples consecuencias que este produce; las sustancias adictivas inducen a estados de placer (euforia en la fase inicial) o alivio del dolor por lo cual las recaídas son frecuentes y su tratamiento requiere de un abordaje multifactorial.

La Adicción va a ocasionar múltiples cambios en el cerebro, modificando su estructura y su funcionamiento. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas, además va a producir cambios en el sistema nervioso central, disminuyendo la actividad del mismo y ocasionando alteraciones en la concentración, memoria y coordinación motriz.

2.2.1. Factores de riesgo en el consumo de drogas

Los factores de riesgo son aquellas situaciones personales o ambientales que combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas, las causas del consumo de drogas suelen ser muy diversas por lo cual se considera que las características del individuo pueden contribuir a que se produzca una drogodependencia

Para tratar y prevenir este problema hay que entender y tomar en cuenta los factores de riesgo en el individuo y en nuestro entorno. (J.Hembling, 2012)

Según (Salud, 2008) los factores de riesgo se clasifican en tres grupos:

- ✓ Vinculados a la sustancia.
- ✓ Vinculados a las características del individuo.
- ✓ Vinculados al contexto social.

a. Vinculados a la sustancia.

Las drogas no son un elemento fundamental para el individuo, las mismas van tomando importancia conforme van cumpliendo determinada función para la persona y con el paso del tiempo van marcando una importancia en su consumo. La composición química y la capacidad adictiva de algunas sustancias, hace que su consumo se extrañe. Tal es el caso de la cocaína la cual tras su consumo va a producir, un estado eufórico de corta duración, energía y locuacidad (NIDA, 2013).

La nicotina va a ocasionar una serie de cambios en el cerebro, produciendo una activación de los circuitos cerebrales que regulan los sentimientos de placer, mejor conocidos como las vías de gratificación, según lo menciona (NIDA, Adicción al Tabaco, 2011) .

b. Vinculados a las características del individuo

Las características individuales juegan un importante papel en el inicio y mantenimiento del consumo de las drogas.

Algunos de los factores que son de mayor probabilidad para el consumo de las drogas. Son los siguientes:

✓ Depresión

Según la (OMS, Organización Mundial de la Salud , 2011) depresión es, un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Como menciona (JOHN A. RENNER, Jr, MD y DOMENIC A. CIRAULO, MD, 1995) existe un alto índice que correlaciona la morbilidad de las enfermedades adictivas y la depresión profunda, lo cual ha llevado a que se lo considere un problema clínico común.

✓ Herencia

Un gen es la unidad funcional de la herencia de los seres vivos el cual es considerado como una unidad de almacenamiento de información y de herencia, ya que a través de éste se transmite la información a la descendencia.

Los genes van a codificar las proteínas, las cuales son responsables de la mayor parte de las funciones de un organismo. Una mutación (alteración o cambio en la información genética) o polimorfismo (la existencia de múltiples alelos de un gen presentes en una población) puede producir una proteína disfuncional o alterar sus niveles normales. Uno de los polimorfismos más estudiados es el de las enzimas hepáticas (CYP450), asociados a la vulnerabilidad para la adicción al tabaco, el alcohol y la heroína. (Ruiz, 2010).

Estudios de epidemiología genética (agregación de enfermedades en familias, concordancia de gemelos homocigóticos frente a dicigóticos y estudios de adopción) muestran que en la etiología de las adicciones existe un componente genético muy importante (heredabilidad: 0,30-0,50%), aunque no tan elevado como en otros trastornos mentales tales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (heredabilidad 0,50-0,80%). Estas cifras nos indican que los factores de vulnerabilidad genética incrementan la probabilidad de consumir algún tipo de droga, pero no determinan en su totalidad que una persona consuma o no droga. (Toxicomanías, 2006).

En otro estudio en el cual se observaron familias, parejas de gemelos y de adopción, estudios de genética molecular en humanos y animales de experimentación; demostraron que existe una vulnerabilidad a los factores genéticos entre el 30 y el 70% (Uguedo , 2000).

c. Vinculados al contexto social.

Las personas se encuentran constantemente en relación con el entorno, del cual aprenden diversas conductas, mediante la observación de otros y la gratificación del comportamiento realizado.

El consumo de drogas está influenciado por los ámbitos en que uno se relaciona con los demás: familia, trabajo, grupo de amigos, etc. Las personas independientemente de sus características individuales, se encuentran sometidas a una influencia micro social (ámbito familiar, escolar) y macro social (Sistema colectivo de valores, Publicidad de drogas legales), la cual va a proveer un gran determinante sobre el consumo de las drogas. (Salud, 2008)

2.2.2. Tipos de drogas

En la actualidad se comercializan muchos tipos de drogas y existen diversos criterios para la clasificación de las mismas. Al clasificar las drogas, se debe tomar en cuenta que estas sustancias psicotrópicas generan distintos efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC), debido a las propiedades químicas y farmacológicas que tienen. Una clasificación de gran utilidad es la planteada por la OMS la cual determina que los fármacos pueden tener efectos estimulantes o depresores de las funciones del SNC.

En este sentido, se puede clasificar las drogas en depresoras, estimulantes o alucinógenas:

a. Depresoras

Estas drogas se unen al receptor y bloquean o inhiben las funciones del mismo. Se le llaman sustancias depresoras del sistema nervioso, pues causan efectos tales como disminuir el estado de alerta hacia el ambiente, reducir la respuesta a la estimulación sensorial, reducir el funcionamiento cognitivo, disminuir la espontaneidad y reducir la actividad física. Menciona (Carmen, 1997) que las drogas depresoras no producen tristeza o estados psíquicos de depresión, sino un retardo o disminución de los impulsos. Entre estas se encuentran: alcohol, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, disolventes volátiles y opiáceos como opio, morfina, heroína, entre otros.

b. Estimulantes

Las drogas estimulantes producen excitación directa en las neuronas, lo cual va a ocasionar un incremento de la actividad del sistema nervioso central (Antonio, 2009) cambiando el humor, produciendo euforia, incrementando el estado de alerta, reduciendo la fatiga, produciendo un sentimiento de mucha energía, disminuyendo el apetito y quitando el aburrimiento. Algunos de sus efectos secundarios pueden ser ansiedad, insomnio e irritabilidad. Entre las drogas estimulantes se puede mencionar la cocaína y anfetaminas.

c. Alucinógenos

Estas son sustancias naturales o fabricadas químicamente, las cuales van actuar sobre el SNC produciendo alucinaciones, “Modifican el estado de vigilia, la noción de tiempo y espacio, produce la exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de la vista y del oído” (APTASALUD, 2015).

Los efectos de los alucinógenos, suelen notarse unos veinte o treinta minutos después de haber sido ingeridos, como en el caso de consumir LSD.

2.3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA

El síndrome de abstinencia se define como el conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente, cada grupo de sustancias psicoactivas produce un característico síndrome de abstinencia que es fácilmente diferenciable de los restantes grupos; la intensidad y gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida. (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010)

Según el DSM-IV se define el síndrome de abstinencia sobre la base de tres criterios:

1. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010) (Pichot , 1994)

Según el CIE-10, se describe el síndrome de abstinencia como:

- El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia, por lo que este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.
- El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.
- Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida; los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. (Ustun L; Bertelsen A; Hors D; Drimmelen J; Pull C; Okasha A;, 1999) (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010)

El Síndrome de Abstinencia se va a clasificar dependiendo del tipo de droga de consumo en:

- síndrome de abstinencia del alcohol (F10.3)
- síndrome de abstinencia de anfetamina o éxtasis (F15.3)
- síndrome de abstinencia de cocaína (F14.3)
- síndrome de abstinencia de nicotina (F17.3)
- síndrome de abstinencia de opiáceos (F11.3)
- síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13.3)
- síndrome de abstinencia de otras sustancias o desconocidas (F19.3)

2.3.1. Síndrome de abstinencia a Cocaína

La cocaína es una sustancia natural producida por la planta de la coca, esta tiene dos acciones farmacológicas fundamentales, como anestésico local y como estimulante del SNC , debido a la vida media corta de esta droga sus efectos euforizantes son breves y van seguidos de un estado disfórico muy desagradable esto ocasiona la una autoadministración reiterada y frecuente; el síndrome de abstinencia aparece pocas horas o algunos días después de interrumpir o disminuir el consumo abundante y prolongado de cocaína y se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo disfórico acompañado por dos o más de los siguientes cambios fisiológicos (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010).

- fatiga
- sueños vívidos y desagradables
- insomnio o hipersomnia
- aumento del apetito
- retraso o agitación psicomotores

Esos cambios fisiológicos causan deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. (Alvarado). (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010).

2.3.2. Síndrome de Abstinencia en Alcohol

El síndrome de abstinencia del alcohol se presenta cuando la alcoholemia del sujeto (cantidad de alcohol en la sangre), baja del nivel con el que la persona se ha acostumbrado a funcionar; generalmente ocurre de 24 a 72 horas después de suprimir la ingesta de alcohol. (Alcoholismo, 2009)

Es una de las drogas preferidas por la juventud, siendo el causante de un 30 y 50% de los accidentes mortales, según menciona (Madrid, 2014).

Los síntomas fisiológicos que se van a presentar durante el Síndrome de abstinencia son:

- Pérdida de apetito
- Falta de sueño
- Temblores
- Sudación
- Náuseas
- Agitación
- Vómito con sangre o evacuaciones abundantes o negras.
- Sentimientos de angustia
- Deseo intenso de ingerir alcohol
- Fallas en la memoria
- Síntomas depresivos
- Alucinaciones

Durante el periodo de abstinencia del alcohol, se van a presentar una serie de alteraciones a nivel fisiológico, se va a producir una estimulación de la transmisión dopaminérgica, la cual podría ser responsable de las alucinaciones que presentan las personas durante este periodo, y la estimulación de la transmisión noradrenérgica, lo que contribuye a la hiperactividad simpática. (Rafael Monte Secades, 2011).

2.3.3. Síndrome de Abstinencia a Opiáceos

El síndrome de abstinencia se presenta tras la interrupción o disminución de un consumo abundante y prolongado de opiáceos en la mayoría de los sujetos que son dependientes de drogas de acción corta como la heroína los síntomas de abstinencia aparecen entre las 6 y las 24 horas después de la última dosis, en el caso de drogas de acción más prolongada como la metadona los síntomas pueden tardar 2-4 días en aparecer. (Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M, 2010).

La abstinencia de opiáceos se caracteriza por signos y síntomas como:

- Humor disfórico
- Náuseas o vómitos
- Dolores musculares con frecuencia se localiza en la espalda y las piernas
- Lagrimeo, dilatación pupilar
- Sudoración
- Diarrea
- Bostezos
- Taquicardia
- Palidez
- Fiebre
- Hipertensión arterial
- Insomnio

El dolor y la ansiedad son síntomas presente en el periodo de abstinencia, dichos síntomas van a intervenir en el óptimo proceso de rehabilitación pues producen alteraciones en el comportamiento, tensión muscular, alteraciones biológicas, por lo cual es importante que se les brinde tratamiento durante la etapa de la abstinencia brindando de esta manera un completo abordaje terapéutico.

2.3.4. El Dolor

El dolor es definido como una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial “expresada como si esta existiera”, la percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares, la nocicepción puede estar influida por otros factores (psicológicos) (Astudillo, 2013) (Puebla, 2005).

2.3.5. Tipos de dolor

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso e intensidad.

a. Según su duración

- ✓ Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico y una correlación importante entre la intensidad del dolor y la patología desencadenante, su evolución natural es disminuir progresivamente hasta desaparecer una vez se produce la curación de la lesión subyacente (Ferrandiz, 2009)
- ✓ Crónico: Ilimitado en su duración se extiende más allá del período de curación de una lesión tisular, se acompaña de componente psicológico.

b. Según su patogenia

- ✓ Neuropático: es el resultado de una lesión y alteración de la transmisión de la información nociceptiva a nivel del sistema nervioso central o periférico. Una de sus características es la presencia de alodinia, que es la aparición de dolor frente a estímulos que habitualmente no son dolorosos.
- ✓ Nociceptivo: Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral

- Dolor Somático: Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, músculo esquelético, vasos, etc). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. (Astudillo, 2013)
- Dolor visceral: el dolor se origina por una lesión de un órgano interno que se caracteriza por ser cólico ,suele acompañarse de sintomatología vegetativa, como náuseas, vómitos, sudoración, aumentos de la presión arterial y frecuencia cardiaca un ejemplo es el dolor asociado con apendicitis, colecistitis (Mesas, 2012)

c. Según el curso

- ✓ Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.
- ✓ Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor de corta duración y de moderada a elevada intensidad que aparece en en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.

d. Según la intensidad

- ✓ Leve: Puede realizar actividades habituales.
- ✓ Moderado: Interfiere con las actividades habituales, precisa tratamiento con opioides menores.
- ✓ Severo: Interfiere con el descanso, precisa opioides mayores. (Astudillo, 2013)

2.3.6. El dolor en el período de Abstinencia

El sistema nervioso vegetativo es un ordenador que rige todas las funciones internas del cuerpo con el objetivo de mantener la vida y la salud de las personas, gracias a este es posible mantenerse vivos puesto que controla el corazón, respiración, digestión. En algunas ocasiones se puede meter un “virus” a este ordenar y empieza a funcionar al revés de cómo debería, originando a la larga una enfermedad Psicosomática, significa la actuación de la mente sobre el cuerpo, nuestro pensamiento actúa constantemente sobre el SNV y secundariamente sobre nuestro cuerpo; el dolor Psicosomático se produce por la excitación anormal de nociceptores

somáticos superficiales o profundos que se encuentran en piel, musculo esquelético, vasos; este tipo de dolor es punzante y se irradia siguiendo trayectos nerviosos. (Gallo, 2009).

El SNV tiene conexión con el área anterior o prefrontal del cerebro, que es el área de la afectividad por este motivo emociones intensas pueden ir acompañadas de conmoción del SNV desviándolo hacia sus dos grandes ramas que son el Sistema Nervioso Simpático (ansiedad o estrés) o hacia el S. Nervioso Parasimpático (abulia, falta de expresividad, depresión).

Los centros superiores del SN Vegetativo que recogen los mensajes sobre las necesidades del cuerpo son los que deciden si acelerar o enlentecer el corazón, respirar más deprisa o más despacio, etc. Pero estos mensajes los podemos falsificar con nuestros pensamientos, alterando nuestro “ordenador central”. Por ejemplo, una persona que tenga una gran lucha interior mandará ese mensaje al SN Vegetativo, el cual se preparará para la lucha: taquicardia, aumento de frecuencia respiratoria, aumento de la atención, pero esa persona no tiene que luchar contra nada ni nadie, está en su cama intentando dormirse. (Psicología).

Freud menciona que el dolor es un medio adecuado para que el organismo presente manifestaciones, ante situaciones que ocasionan una gran alteración o confrontación en su ser y descubre como la angustia no puede ser transformada y organizada a través del aparato psíquico ya que sobrepasa sus posibilidades de elaboración mental. Esta sobreexcitación y la falta de los mecanismos mentales producen la descarga en el cuerpo a través de síntomas somáticos como el dolor. (Juan O. , 2006)

Algunos estudios muestran que el dolor, es un síntoma común en la fase de abstinencia de una sustancia, en unas personas persiste y se hace crónico, mientras que en otras desaparece una vez superado ese período (Alvares, 2009)

En los pacientes drogodependientes la posibilidad de no poder seguir consumiendo se interpretaría como una amenaza que produce más ansiedad y va a ocasionar una manifestación de dolor generalizada.

Por lo cual es importante diseñar estrategias seguras y eficaces de alivio del dolor, sin interferir el curso de la enfermedad adictiva, siendo el Masaje Terapéutico una excelente alternativa terapéutica no farmacológica al tratamiento convencional.

2.3.7. La Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa, y definiéndose como la anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento desagradable y de síntomas somáticos de tensión. (Madrid C. d., 2008).

Las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones, en este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica. Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos (Mental, 2009) (Guerron, 2015)

Según menciona (Madrid C. d., 2008) las personas que padecen de ansiedad van a padecer trastornos físicos y mentales. Entre los trastornos físicos las personas van a padecer principalmente.

- ✓ Trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, taquicardia, hipertensión, arritmias, etc.)
- ✓ Trastornos digestivos (colon irritable, úlcera.)
- ✓ Trastornos respiratorios (asma, disnea.)
- ✓ Trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema.)
- ✓ Otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.) (Guerron, 2015)

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con el sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

Entre los síntomas psicológicos y conductuales que va a presentar el paciente que padece de ansiedad se encuentran.

- ✓ Preocupación
- ✓ Aprensión
- ✓ Sensación de agobio
- ✓ Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente

- ✓ Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
- ✓ Irritabilidad, inquietud, desasosiego
- ✓ Conductas de evitación de determinadas situaciones
- ✓ Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones (MSP, 2015)

2.3.8. Formas de Valoración del Dolor y la Ansiedad

- Valoración del Dolor

La Escala EVA tiene su origen en la psicología, donde se utilizaba para valorar el estado de ánimo del paciente, después se la utilizó para la valoración del dolor. Fue introducida por Scott Huskinson en 1976, en esta Escala se mide la intensidad de dolor que presenta el paciente. Es una prueba muy sencilla en la que el paciente en una escala de 1-10 marca la intensidad del síntoma que se le propone, para el resultado se califica de 0-4 dolor bajo, 5-7 dolor moderado y de 8-10 dolor alto.

Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma fiable la intensidad del dolor y su evolución. Por tanto, sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona.

La Escala EVA ha sido utilizada como forma de valoración del dolor en varios estudios como menciona (Briones, 2003) se utilizó en pacientes con dolor obstétrico después de aplicar dos tipos diferentes de medicación.

Además de ser utilizada en la valoración del dolor en pacientes adultos con afecciones cardíacas. (Teniza, 2011).

- ✓ Formas de Valoración de la Ansiedad

La Escala de Hamilton es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.

Consta de un total de 14 ítems que evalúa los aspectos psíquicos y somáticos de la ansiedad, además de un ítem que evalúa específicamente el ánimo deprimido. (Psiconeurocognitiva).

Se califica de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es

aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. (Berrezueta, 2013)(Andalucía).

2.3.9. Interpretación de los Resultados

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

Los puntos de corte recomendados son:

0-5: no ansiedad

6-14: ansiedad leve

>15: ansiedad moderada- grave.

La escala de Hamilton para la evaluación de la ansiedad ha sido utilizada en varios estudios, se menciona en (Alberto, 2007) que la escala se utilizó para diagnosticar ansiedad en 100 pacientes que sufrían de colon irritable.

Además de ser utilizada para evaluar la relación que existe entre la ansiedad y la diabetes mellitus tipos 2 en un Hospital de la Ciudad de Loja. (Castillo, 2012).

2.4. EL MASAJE TERAPEÚTICO

El masaje es probablemente la herramienta terapéutica más antigua que el ser humano utilizó para comunicarse y para proporcionar un recurso natural contra el dolor. (Mora Escalante , 2007).

Hipócrates lo utilizó en la Grecia clásica, Galeno en Roma, Avicena en Persia, Cyriax en Inglaterra, las investigaciones de todos estos afamados médicos han aportado en mayor o menor medida en este campo.

La Real Academia de la lengua Española define al masaje como, la operación consistente en presionar, frotar o golpear rítmicamente y con intensidad adecuada determinadas regiones del cuerpo, principalmente las masas musculares, con fines terapéuticos, deportivos, estéticos. (Donquijote, 2013)

2.4.1. Beneficios del Masaje Terapéutico

El Dr. James B. Mennell, en el siglo XX clasificó los efectos del masaje en dos categorías:

- ✓ Acciones mecánicas
- ✓ Acciones reflejas.

Demostró que el masaje ejerce un efecto mecánico de las siguientes cuatro formas:

- ✓ Ayudando al retorno venoso de la sangre al corazón.

El planteo la teoría de que la aplicación de una presión de masaje en la dirección del flujo venoso es comparable al efecto de exprimir un tubo blando para vaciar el líquido.

- ✓ Favoreciendo el movimiento de salida de la linfa fuera de los tejidos.
- ✓ Estirando el tejido conectivo (tendones, tejido cicatrizar.)
- ✓ Estimulando mecánicamente el estómago, el intestino delgado y el colon.

El Masaje va estimular el peristaltismo intestinal, facilitando el proceso de digestión por estimulación muscular y circulatoria, logrando de esta manera una mejor evacuación de las heces. Mennell también sostenía que ciertas formas de estimulación táctil como por ejemplo las pinceladas o masajes suaves, estimulaban los arcos reflejos y conseguían relajar o contraer los músculos según el tipo de movimientos aplicados. Afirmó que tanto los músculos lisos como los esqueléticos se hallaban bajo el control de esos reflejos. (Fritz, 2001)

2.4.2. Técnicas de Masaje para el Manejo del Dolor

Cuando el Masaje Terapéutico se utiliza para tratar un problema en específico, las técnicas utilizadas serán enfocadas en el objetivo que se desea conseguir en el paciente. Para tratar el dolor, y restablecer un balance neuroendocrino en el paciente, el masaje se debe aplicar dos veces por semana, el cual debe presentar las siguientes características.

a. Profundidad de la presión

La presión que se ejerce sobre las diferentes capas de fascia y musculo deber ser moderada e intensa, evitando el daño de tejidos superficiales y molestias en el paciente, se debe tener cuidado en no clavar los dedos ni aplicar métodos generadores de dolor en el paciente, este tipo de presión en la aplicación del masaje va aumentar los niveles de serotonina y una disminución de la sustancia P.

b. Velocidad

La velocidad es el ritmo con el que se aplica el Masaje, para conseguir un efecto calmante en el paciente la velocidad del Masaje será lento y rítmico, lo cual va a conseguir una disminución del cortisol.

c. Dirección

La dirección del masaje varía pero se va a centrar en la movilización de líquidos con el objetivo de mejorar la circulación del paciente. Existen diferentes tipos de fuerzas mecánicas las cuales aplicadas durante el masaje actúan sobre el cuerpo de manera terapéutica.

d. Effleurage

Este tipo de técnica se utiliza al inicio de la sesión del masaje terapéutico para preparar y calentar al musculo antes del trabajo profundo en el tejido. En este tipo de técnica se ejerce un rozamiento sobre la piel con la aplicación de una presión leve. Por un lapso de 2 minutos a 3 minutos.

e. Tensión

Se produce una fuerza de tensión cuando se estiran de dos extremos de una estructura en sentidos opuestos, en la cual se logra una elongación de músculos acortados y movilización de líquidos corporales.

f. Compresión

Se genera una fuerza de compresión al presionar conjuntamente dos estructuras, la presión que se realiza al aplicar este tipo de fuerza debe ser moderada y leve ya que un exceso en la fuerza puede romper o rasgar el tejido muscular. El objetivo de la fuerza de compresión es actuar sobre la circulación, la estimulación nerviosa y la elasticidad del tejido conjuntivo.

g. Cizallamiento

Este tipo de fuerzas va movilizar el tejido hacia adelante y hacia atrás lo cual va a crear un patrón combinado de compresión y elongación de tejido. La aplicación de esta fuerza va reducir el dolor mediante el mecanismo de analgesia por contrairritación e hiperestimulación, además va a romper las adherencias en el tejido conjuntivo.

El tiempo de aplicación del Masaje para el manejo del dolor según menciona (Chiatow.L, Fritz.S, 2013) debe ser de 45 minutos cuando se realiza en todo el cuerpo, en base a esa referencia en la presente investigación se decidió realizar el masaje por 20 minutos en espalda y cuello.

Son múltiples los beneficios que se han observado con la aplicación de este tipo de técnicas en la reducción del dolor y la ansiedad en los diferentes tipos de patologías, es por ello que basados en las siguientes investigaciones que avalan el masaje como tratamiento del dolor,

se utilizaran las mismas en la realización de la siguiente investigación. Un estudio realizado con pacientes taiwaneses con dolor óseo metastásico, utilizaron el Masaje corporal completo para la disminución del dolor, ansiedad y la relajación fisiológica, en la cual concluyeron que los efectos del masaje terapéutico ayudan al personal sanitario a aplicar al masaje junto con el tratamiento farmacológico para tratar el dolor oncológico. (Chiatow.L, Fritz.S, 2013). En un estudio donde se realizó una revisión sistemática acerca de los beneficios del masaje terapéutico en el tratamiento de la Fibromialgia, observaron que en general la mayoría de los estilos de terapia de masaje mejoraron constantemente la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia (Juan S. , 2014).

2.4.3. El Masaje Terapéutico y el Sistema Dopaminérgico

El Masaje Terapéutico va a ocasionar una serie de Beneficios en las interacciones Neuroendocrinas, al aplicar el Masaje sobre la fascia y el musculo, este va a generar una mayor circulación y por ende mayor liberación de sustancias químicas neuroendocrinas, tales como Dopamina, serotonina, adrenalina, endorfinas, oxitocina, cortisol y hormona del crecimiento. Los Niveles bajos de Dopamina van a ocasionar en la persona ausencia de control motor, torpeza, incapacidad de centrar la atención, ansiedad y aburrimiento. Por lo cual el Masaje Terapéutico ayuda a que se produzca una mayor liberación de Dopamina en el paciente drogodependiente, mejorando de esta manera su estado de ánimo, alegría, disminuyendo los niveles de ansiedad y mejorando la actividad motriz. (Fernandes, 2013)

Las personas que se encuentran en las fases iniciales de la recuperación de una adicción, suelen experimentar a menudo una desconexión entre el cuerpo y la mente. El masaje terapéutico ayuda a restablecer esta conexión y es sin duda es una gran herramienta alternativa en el tratamiento de las Adicciones. (Chiatow.L, Fritz.S, 2013)

2.5. HIPÓTESIS

La aplicación de un programa fisioterapéutico disminuye el dolor y la ansiedad que presentan los pacientes drogodependientes, en diferentes momentos de la adicción por causa de la abstinencia.

2.5.1. Operacionalización de variables

VARIABLES DEPENDIENTES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Dolor y tensión Muscular	<u>Dolor</u> Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del	Se valora con la Escala Eva.	Prueba en la que el paciente en una escala de 1-10 marca la intensidad del síntoma que se le propone. Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma fiable la intensidad del	La efectividad del masaje terapéutico en la disminución del dolor y la tensión muscular se evaluara midiendo. Numero de paciente que presentaron dolor bajo (0-4)/ Total de pacientes que recibieron

	cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas. <u>Tensión Muscular</u> Contracción parcial, pasiva y continua de los músculos		dolor y su evolución. Por tanto, sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona, También se puede aplicar a otras medidas de calidad de vida	masaje terapéutico. Numero de paciente que presentaron dolor moderado (5-7) / Total de pacientes que recibieron masaje terapéutico Numero de paciente que presentaron dolor de alta intensidad (8-10) / Total de pacientes que recibieron masaje terapéutico
Ansiedad	La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio que ayuda a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y	Se valora la ansiedad utilizando la Escala de Hamilton	La Escala de Hamilton sirve para valorar la intensidad del paciente, en ella se valora: ✓ Estado ansioso ✓ Tensión ✓ Miedos ✓ Insomnio ✓ Funciones intelectuales ✓ Estado de ánimo depresivo	La efectividad del masaje terapéutico para disminuir la ansiedad en lo pacientes se califica Número de pacientes que presentan una calificación de 0-5 (no ansiedad)/ sobre el total de pacientes que recibieron masaje terapéutico.

	psicológico. Se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión muscular, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos.		✓ Síntomas somático musculares ✓ Síntomas somáticos generales ✓ Síntomas cardiovasculares ✓ Síntomas respiratorios ✓ Síntomas Gastrointestinales ✓ Síntomas genitourinarios ✓ Síntomas del sistema nervioso autónomo ✓ Conducta en el transcurso del test Cada uno de estos aspectos se valora en una escala de 0 – 4. En la cual 0 es ausente 1 Intensidad ligera 2 Intensidad media 3 Intensidad elevada 4 Intensidad Máxima	Número de pacientes que presentan una calificación de 6-14 (ansiedad leve) / sobre el total de pacientes que recibieron masaje terapéutico. Número de pacientes que presentan una calificación de >15 (ansiedad grave / sobre el total de pacientes que recibieron masaje terapéutico.
--	---	--	--	---

Tabla 1. Variables dependientes

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Masaje Terapéutico	Es una manera de proporcionar un recurso natural contra el dolor, mediante la utilización de diferentes tipos de técnicas manuales.	Técnicas de Masaje Terapéutico en el manejo del dolor. ✓ Effleurage ✓ Tensión ✓ Compresión ✓ Cizallamiento	✓ Effleurage Técnica que se utiliza al inicio de la sesión del Masaje Terapéutico para preparar y calentar al musculo. ✓ Tensión Fuerza que se ejerce cuando se estiran de dos extremos de una estructura. ✓ Compresión Fuerza que se genera al presionar conjuntamente dos estructuras. ✓ Cizallamiento Fuerza que moviliza el tejido	La Efectividad del Masaje Terapéutico, se evaluara. Número de Pacientes que obtuvieron beneficios del Masaje Terapéutico / Total de la población que recibió Masaje Terapéutico

			hacia adelante y hacia atrás lo cual va a crear un patrón combinado de compresión y elongación de tejido.	
Adicción	La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados.	Las Adicciones se clasifican según el DSM- IV en : • dependencia de alcohol (F10) • dependencia de alucinógenos (F16) • dependencia de anfetamina (F15) • dependencia de cannabis (F12) • dependencia de cocaína (F14) • dependencia de fenciclidina (F19.) • dependencia de inhalantes (F18) • dependencia	F10: consumo de alcohol F16: consumo de alucinógenos F15 consumo de anfetaminas. F12 dependencia al cannabis F14 Consumo de cocaína F19 consumo de fenciclidina F18 consumo de inhalantes F17 dependencia de nicotina. F11: consumo de opiáceos F14 consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos F19 consumo de otras sustancias o desconocidas	Número de Pacientes que tiene una adicción de tipo F10/ Total de la población que consume drogas. Número de Pacientes que tiene una adicción de tipo F16/ Total de la población que consume drogas. Número de Pacientes que tiene una adicción de tipo F15/ Total de la población que consume drogas. Número de Pacientes que tiene una adicción de tipo F12/ Total de la población que consume drogas.

		de nicotina (F17) • dependencia de opiáceos (F11) • dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F13) • dependencia de otras sustancias o desconocidas (F19)		Número de Pacientes que tiene una adicción de tipo F14/ Total de la población que consume drogas. Número de Pacientes que tiene una adicción de tipo F19/ Total de la población que consume drogas. Número de Pacientes que tiene una adicción de tipo F18/ Total de la población que consume drogas. Número de Pacientes que tiene una adicción de tipo F17/ Total de la población que consume drogas.
--	--	--	--	---

Tabla 2. Variables Independientes.

VARIABLES MODULADORAS

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	✓ Edad	✓ Edad 20 – 30 30 – 40 40 – 50 50 - 60 Mas 60	Número de pacientes entre 20-30 años/ total de la población Número de pacientes entre 30-40 años/ total de la población Número de pacientes entre 40-50 años/ total de la población Número de pacientes entre 50-60 años/ total de la población Número de pacientes entre >60 años/ total de la población Número de pacientes que consumen alcohol / Total de la población Número de pacientes que

		✓ Tipo de droga de consumo	✓ Tipo de droga de consumo - Alcohol - Marihuana - Nicotina	consumen marihuana / Total de la población Número de pacientes que consumen nicotina / Total de la población Número de pacientes que tienen un nivel de escolaridad primaria / Total de la población Número de pacientes que tienen un nivel de escolaridad secundaria / Total de la población Número de pacientes que tienen un nivel de escolaridad tercer nivel / Total de la población Número de pacientes que iniciaron el consumo antes de
		✓ Nivel de Escolaridad	✓ Nivel de Escolaridad - Primario - Secundario - Tercer nivel	

		✓ Edad de inicio en el consumo de drogas ✓ Familiar usa drogas	✓ Edad de inicio en el consumo de drogas 14 – 20 20 – 30 30 – 40 ✓ Familiar usa drogas Si No	los 20 años / Total de la población Número de pacientes que iniciaron el consumo antes de 30 años / Total de la población Número de pacientes que iniciaron el consumo antes de 40 años / Total de la población Número de pacientes que tiene familiares que utilizan algún tipo de droga / Total de la población. Número de pacientes que no tiene familiares que utilizan algún tipo de droga / Total de la población.
--	--	--	--	---

Tabla 3. Variable Moduladora.

Capítulo III: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS

Mediante la recolección de datos, aplicación del masaje terapéutico, evaluación de Escala de Hamilton y Escala de EVA, fue posible determinar los siguientes resultados.

En la presente investigación se tuvo una muestra de 13 personas, en las cuales existió un amplio rango de edad, la edad máxima de nuestra población fue de 73 años, mientras que la edad mínima fue de 26 años, como lo podemos observar en el Grafico 1.

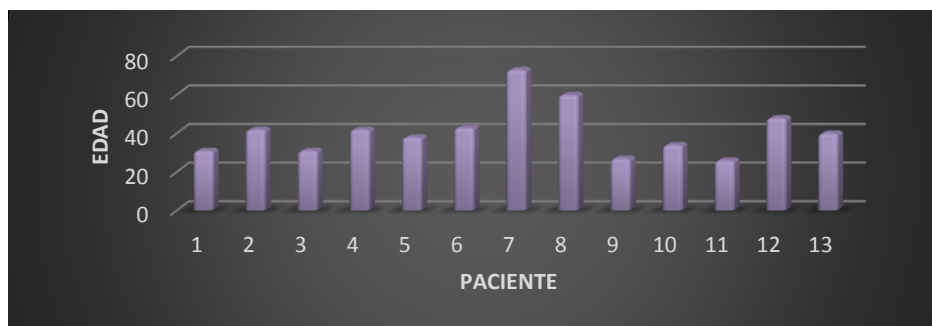


Gráfico 1: Edad de los pacientes atendidos en el Hogar de Reposo San Juan de Dios

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

El tipo de droga preferido por nuestra población es el alcohol (F10) con un porcentaje del 69.23%, un menor porcentaje consume base de cocaína (F14) 23.07% y un mínimo porcentaje de pacientes consumen heroína 7.69%(F11). (Grafico 2.)

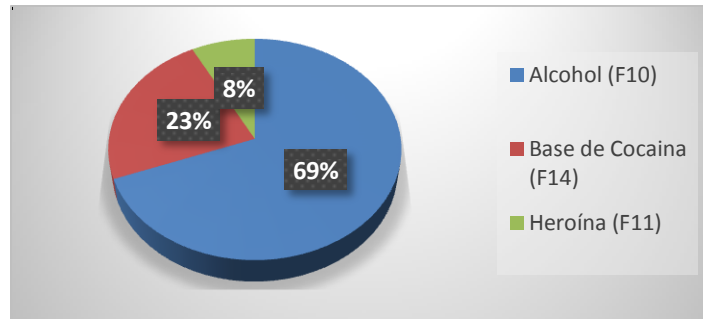


Gráfico 2. Tipo de droga consumida por los pacientes del Hogar de Reposo San Juan de Dios

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

En cuanto al nivel de escolaridad el 69.23% de los pacientes cuentan con un nivel de educación secundaria, mientras que solo el 30.76% cuenta con un nivel de instrucción superior. (Gráfico 3.)

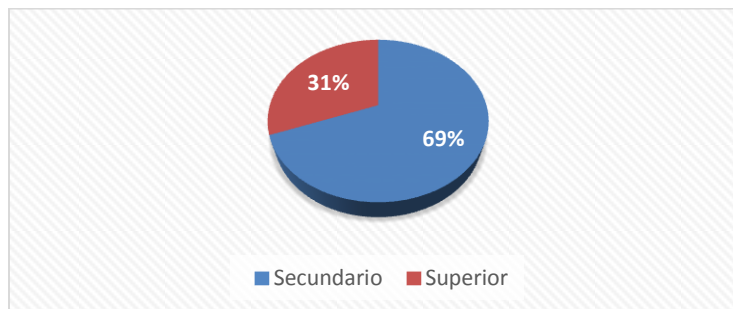


Gráfico 3. Nivel de escolaridad de los pacientes atendidos en el Hogar de reposo San Juan de Dios.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

La edad mínima de inicio de consumo de droga en nuestros pacientes fue de 14 años y la edad máxima de consumo fue de 35 años (Gráfico 4). En nuestra población el mayor tiempo de consumo de droga es de 51 años y el tiempo mínimo de consumo es de 5 años. (Gráfico 5.)

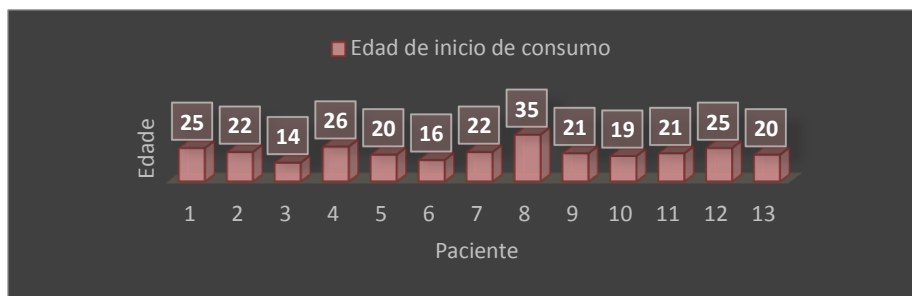


Gráfico 4. Edad de inicio de consumo de los pacientes atendidos en Hogar de reposo San Juan de Dios.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

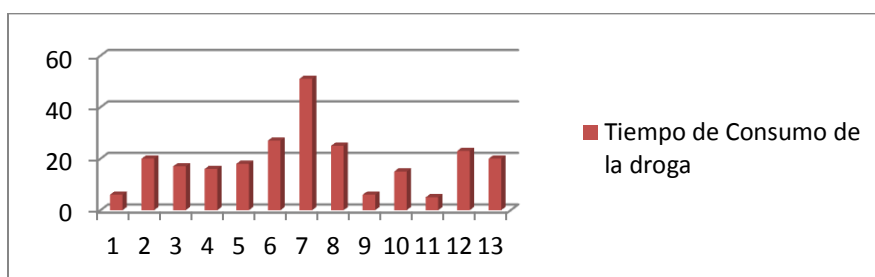


Gráfico 5. Tiempo de consumo de droga de los pacientes atendidos en el Hogar de Reposo San Juan de Dios.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

La Herencia es uno de los factores con mayor incidencia en la población, ya que el 61.53% de nuestros pacientes tienen algún familiar que consume algún tipo de droga. (Grafico 6.)

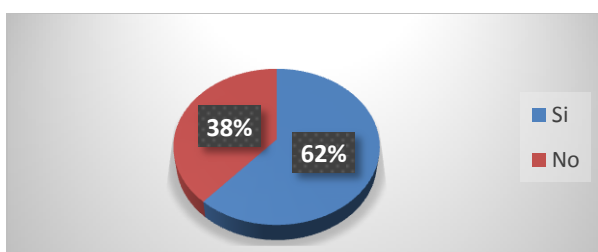


Gráfico 6. Familiares que usan droga de los pacientes atendidos en el Hogar de reposo San Juan de Dios.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

El 61.53% de nuestra población recibieron 8 sesiones de Masaje Terapéutico durante su proceso de recuperación en el Centro de Reposo San Juan de Dios, y el 38.47% recibió 6 sesiones (Grafico7) Con la aplicación del Masaje Terapéutico los pacientes obtuvieron los siguientes resultados:

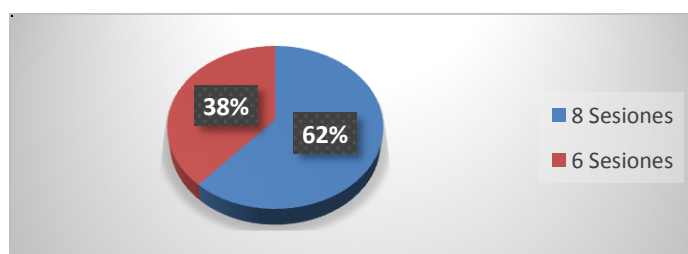


Gráfico 7. Número de Sesiones de Masaje Terapéutico que recibieron los Pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

En la comparación bilateral de la Escala de EVA antes y después de la aplicación del Masaje utilizando el diagrama de Box Plott y el diagrama de Tallos y Hojas (Grafico 8-9), podemos apreciar que existe una distribución asimétrica, entre los rangos de dolor que presentaban los pacientes tanto al inicio como al final del masaje, la población de estudio antes del masaje tenía una mayor tendencia a presentar dolor de rango moderado a alto y después del masaje la población presento una mayor tendencia hacia los rangos de dolor bajo. Presentando un valor máximo antes del masaje de 10 (dolor alto) y después del masaje el valor máximo fue de 2 (dolor leve).

antes del masaje (n=13)			TALLOS	después del masaje (n=13)			
HOJAS				HOJAS			
			0				
			1	1	1	1	1
			2	2	2	2	2
			3	3			
			4				
			5				
			6				
	7	7	7				
8	8	8	8				
			9				
		10	10				

Gráfico 8. Diagrama de tallos y hojas de la Escala EVA antes y después de las sesiones de masaje.

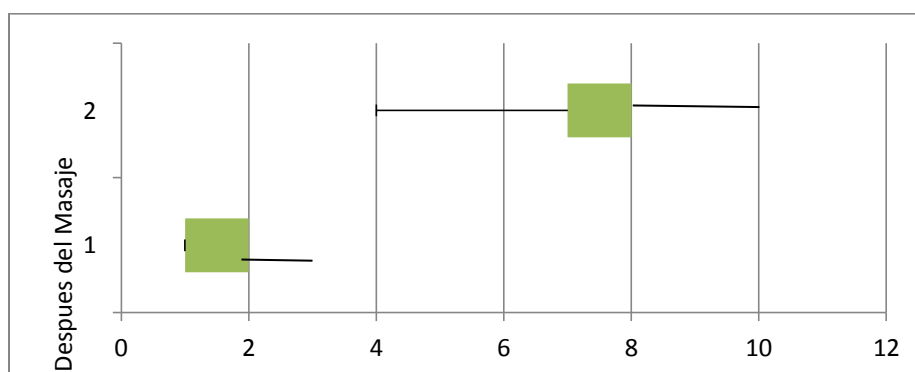


Gráfico 9. Box Plott de la escala de EVA antes y después del masaje Terapéutico.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

El 53. 84% de la población presento antes del Masaje un dolor de alta intensidad, cifra que disminuyó notablemente tras la aplicación del Masaje a presentar en la totalidad de la población (100%) un dolor bajo. (Grafico 10- 11). Este resultado es similar al estudio de (Barrie, 2004) quienes a través del Masaje Terapéutico lograron disminuir el dolor en un 50% en los pacientes oncológicos.

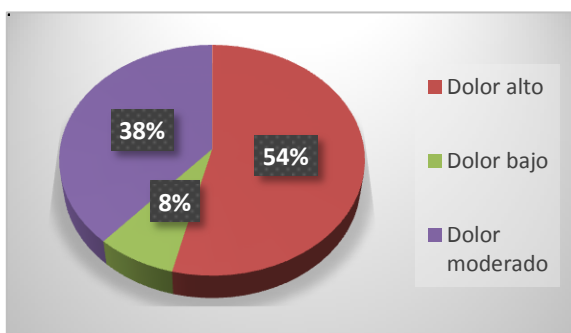


Gráfico 10. . Escala EVA del dolor antes de Masaje Terapéutico.

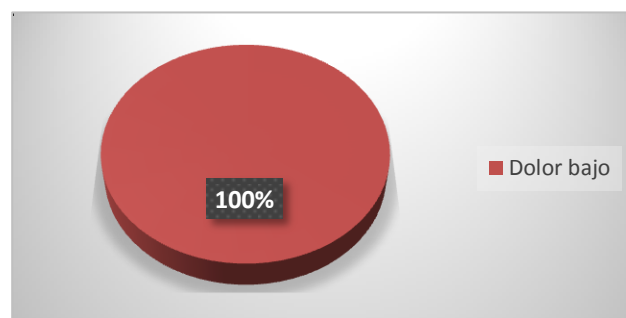


Gráfico 11. Escala de EVA del dolor después del Masaje Terapéutico.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

Para la Valoración de la Ansiedad se utilizó la Escala de Hamilton, la cual mide la ansiedad psíquica y somática clasificándola en tres tipos; el primero corresponde a, no ansiedad, con un valoración de 0- 5, el segundo es la ansiedad leve con una valoración de 6-15 y la ansiedad grave con una valoración de 15-28; en la ansiedad psíquica que presentaban los pacientes antes del masaje podemos encontrar una asimetría en la distribución de los rangos(Grafico12-13) con una mayor tendencia hacia los valores comprendidos entre 11-15 (ansiedad leve) lo cual representa el 46.16% de la población y un 30.77.% presentan ansiedad grave. (Grafico 14).

antes del masaje (n=13)	HOJAS	TALLOS	HOJAS	después del masaje (n=13)
		0	0	
	1	1	1	
		2	2	
		3		
		4		
	5	5		
	6	6		
		7	7	7
		8	8	
	9	9	9	
	10	10	10	
11	11	11	11	
		12		
13	13	13	13	
		14		
	15	15	15	15
	16	16		
		17		
18	18	18		
		19		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		
		25		
		26		
		27		
		28		

Gráfico 12. Diagrama de Tallos y hojas de la Ansiedad Psíquica de los pacientes del Hogar de Reposo San Juan de Dios antes y después del Masaje Terapéutico.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

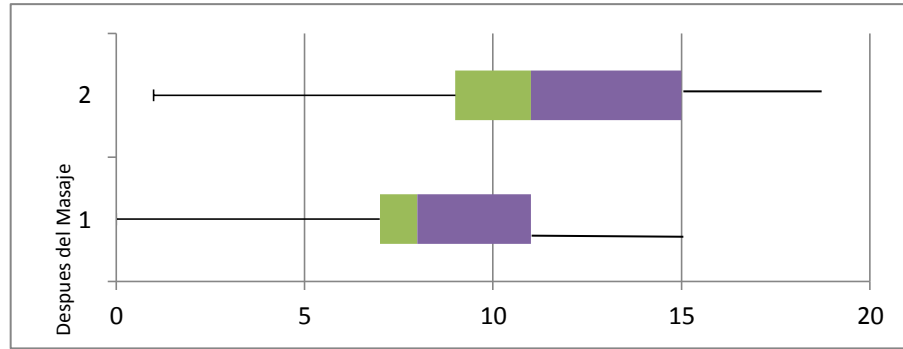


Gráfico 13. Box Plott de la Ansiedad Psíquica de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios antes y después del masaje terapéutico.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

Después de la aplicación del Masaje Terapéutico se observó una amplia variación tanto en los rangos, como en el tipo de ansiedad psíquica que presentaban los pacientes. El 69.24% de los pacientes presentaron ansiedad de tipo leve y el 7.69% de los pacientes presento ansiedad de tipo grave (Gráfico 15)

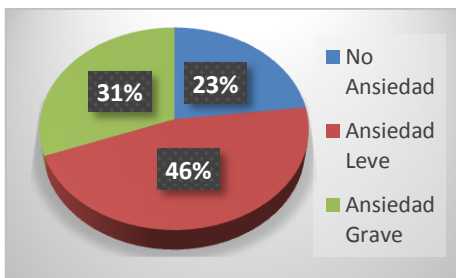


Gráfico 14. Grado de Ansiedad Psíquica antes del masaje terapéutico.

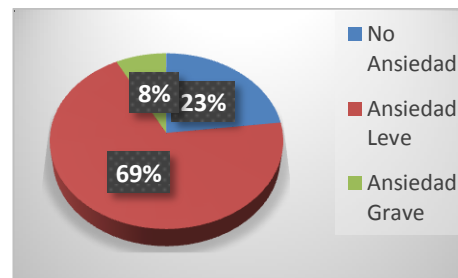


Gráfico 15. Grado de ansiedad Psíquica, después del masaje terapéutico.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

En el diagrama de Box Plott, Tallos y Hojas que representan la ansiedad psíquica después del masaje (Grafico 12-13) podemos observar como existe una asimetría entre la distribución de los rangos teniendo una mayor tendencia hacia los valores comprendidos entre 8 – 11, en la cual el valor máximo que presentaron fue de 15 y el valor mínimo fue de 0.

En la ansiedad somática podemos apreciar una asimetría en la distribución de los datos antes de la aplicación del Masaje, después del Masaje la distribución de los datos es simétrica tanto entre los valores comprendidos entre 3-6 y 6 - 9 (Grafico 16-17) pasando de presentar un 62% ansiedad leve a tener después del masaje un 46% de los pacientes ansiedad leve (Grafico 18-19).

antes del masaje (n=13)		TALLOS	después del masaje (n=13)	
	HOJAS		HOJAS	
		0	0	
	1	1	1	
	2	2	2	
	3	3	3	3
		4		
		5		
	6	6	6	
	7	7	7	7
		8		
	9	9	9	9
	10	10		
		11		
	12	12		
13	13	13		
		14		
		15		
		16		
		17		
		18		
		19		
		20	20	
	21	21		
		22		
		23		
		24		
		25		

26
27
28

Gráfico 16. Diagrama de tallos y hojas de la ansiedad somática de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios antes y después del masaje terapéutico.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

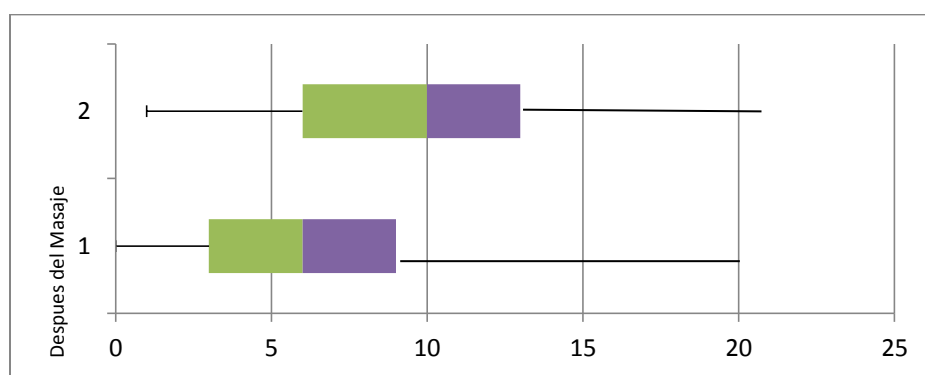


Gráfico 17. Box Plott de la Ansiedad somática de los Pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios antes y después del Masaje Terapéutica.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

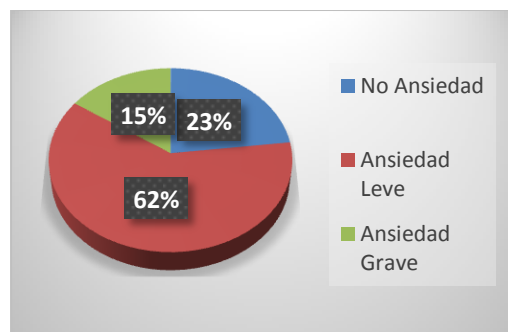


Gráfico 18. Grado de Ansiedad Somática Antes del masaje terapéutico.

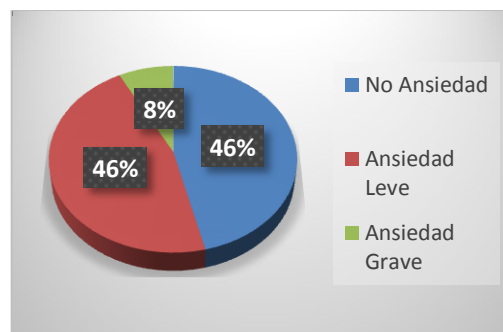


Gráfico 19. Grado de Ansiedad somática después del masaje.

Fuente: Base de datos de los pacientes del Hogar de reposo San Juan de Dios

Elaborado por: Shirley Valenzuela

3.2. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó con una población de 13 pacientes drogodependientes a sustancias químicas, a los cuales se les realizó varias sesiones de masaje terapéutico, con la finalidad de disminuir su dolor y nivel de ansiedad.

Entre la población de estudio la fecha mínima de inicio de consumo de drogas fue de 14 años; edad que es similar a los datos estadísticos del (Consep, 2012), donde la fecha mínima de inicio de consumo en Ecuador es de 14.3 años. En cuanto a las drogas de mayor consumo que refiere el (Consep, 2012) son: alcohol, marihuana, y nicotina, de las cuales solo el alcohol se asemeja al tipo de droga preferida por la población de estudio con un porcentaje del 69% de consumo y en un menor porcentaje la cocaína con el 23%. Según un estudio realizado por (OND, IV Estudio Nacional sobre el uso de Drogas, 2014) el 49% de la población que consume alcohol tiene un nivel de instrucción secundario, en la población seleccionada existe un mayor porcentaje de pacientes que presentan un nivel de instrucción secundaria 69% y un mínimo porcentaje 31% presenta un nivel de instrucción superior.

La herencia como factor predisponente para el consumo de la droga ha sido altamente estudiada por la Epidemiología Genética donde se ha encontrado un factor del 50% de vulnerabilidad para el riesgo de sufrir adicciones (Oñorbe, 2006) en la investigación realizada el factor genético es del 61.53%, porcentaje mayor al encontrado en el estudio realizado por (OMS, Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas), donde el porcentaje de susceptibilidad a la dependencia de alcohol fue del 30%.

El grado de ansiedad y dolor que presentan los pacientes drogodependientes es propio del periodo de abstinencia, (Martínez J, Martín A, Valero M, Salguero M, 2008) por ello es importante que se realicen terapias complementarias como el Masaje Terapéutico, el cual va a ayudar en el proceso de recuperación del paciente ya que si no se controla la ansiedad existe un alto índice de recaída, como se evidencia en el estudio de (Grau Lopez, 2012) donde el 75% recayeron a los 8 meses tras el alta.

Para poder complementar el tratamiento que reciben los pacientes para la disminución de la ansiedad y el dolor en el periodo de recuperación, se realizó la presente investigación.

Obteniendo como resultado un cambio en el dolor que sentían los pacientes, pasando de tener en un mayor número de pacientes dolor de rango moderado-alto, a presentar después del masaje una mayor tendencia a los rangos de dolor bajo, para medir este cambio se utilizó la escala EVA. Misma disminución del dolor también se pudo evidenciar en el estudio realizado por (Jane, 2008) donde la aplicación del masaje terapéutico se realizó a pacientes Taiwaneses que presentaban dolor óseo metastásico, siendo un excelente complemento del tratamiento farmacológico. Al igual que el estudio realizado en cuarenta adultos que fueron admitidos en la unidad de cuidados intensivos después de someterse a cirugía cardíaca, el masaje terapéutico resultó ser una terapia alternativa de bajo costo que puede administrarse de forma segura en el tratamiento del dolor. (Boitor, 2015).

Se demuestra que mediante la aplicación de masaje terapéutico disminuye el nivel de dolor y ansiedad en pacientes drogodependientes. A pesar que no se encuentran estudios que puntualicen los beneficios del masaje en pacientes drogodependientes, existen múltiples estudios que recalcan los beneficios de dicha terapia en el tratamiento de diferentes patologías, como la reducción de la respuesta de emergencia y el nivel de ansiedad de los pacientes cardiovasculares antes de ser sometidos a la intervención coronaria percutánea, para este estudio se utilizó un grupo control y un grupo de intervención, donde los segundos al complementar su tratamiento con masaje terapéutico tuvieron los beneficios antes mencionados. (Peng, 2015).

Por medio de la utilización de la Escala de Hamilton, se obtuvieron los resultados de la medición de ansiedad antes y después del manejo terapéutico, este método mostró eficacia y certeza al contrastar los resultados lográndose comprobar los beneficios del masaje en la disminución de la ansiedad, no se reportan estudios de masaje para el tratamiento de drogodependencia, tampoco estudios similares que midan el nivel de ansiedad en pacientes con dicha enfermedad, sin embargo la prueba de Hamilton ha sido utilizada para evaluar la relación que existe entre la ansiedad y la diabetes mellitus tipos 2 en un Hospital de la ciudad de Loja. (Castillo, 2012).

En cuanto al efecto del masaje terapéutico en la disminución de la ansiedad podemos ver que un 69% de la población presentaba ansiedad psíquica de tipo leve y el 31% ansiedad de tipo grave, después de la aplicación del masaje terapéutico estos valores disminuyeron a

presentar un 69% ansiedad leve y tan solo el 8% presento ansiedad grave, con estos valores podemos ratificar los beneficios que produce la aplicación del masaje terapéutico en la disminución de la ansiedad en los pacientes drogodependiente. Este beneficio es similar al estudio de (Mohaddes, 2015) en el cual la disminución de la ansiedad en pacientes con quemaduras disminuyo de 83.03% a 52.02%.

En el estudio existieron dos pacientes que incrementaron su nivel de ansiedad después del masaje terapéutico a pesar de registrar un cambio significativo en el nivel de dolor que presentaban. El primer paciente recibió 8 sesiones y aumento su ansiedad psíquica, en el segundo paciente aumento su ansiedad somática tras recibir 6 sesiones. Los dos pacientes a pesar de presentar ansiedad leve antes y después del Masaje, cambio su puntuación de 9 a 13 y de 13 a 11 respectivamente. En vista de esto resultados atribuimos el incremento en la puntuación de su ansiedad a factores externos, pues no se evidencia ningún componente significativo que justifique este incremento.

Hubiera sido importante conocer las diferencias en los niveles de ansiedad en un grupo de pacientes más amplio y diverso, ya que consideramos que se hubieran encontrado un mayor contrastes en los resultados, es necesario continuar con los estudios que relacione el manejo de patologías mentales con métodos terapéuticos por terapia física. En nuestra investigación no pudimos medir la disminución de la dopamina después de la aplicación del masaje, debido al alto costo, a los permisos del centro y a que es muy invasivo para el paciente. Por lo cual dejamos abierta la puerta para que se realice un trabajo de investigación donde se midan los niveles de aumento de dopamina tras recibir masaje terapéutico, teniendo como premisa que el masaje terapéutico ayuda a que se produzca una mayor liberación de dopamina en el paciente drogodependiente, mejorando de esta manera su estado de ánimo, alegría, disminuyendo los niveles de ansiedad y mejorando la actividad motriz (Fernandes, 2013), también como lo reporta (Field, 2005) podemos observar un incremento del 31% del nivel de dopamina después de recibir masaje terapéutico.

CONCLUSIONES

Existe efectividad en la aplicación de un programa fisioterapéutico consistente en un plan de masaje en pacientes drogodependientes, lo que permitió disminuir el dolor y la ansiedad que presentaban los pacientes por causa de la abstinencia presente, estudios similares justifican la intervención de dicha población con terapias alternativas como las que brinda la disciplina de la terapia física. Se consideró altamente significativo la aplicación del masaje terapéutico como complemento eficaz de las terapias que habitualmente reciben los pacientes drogodependientes durante el periodo de abstinencia.

A pesar que la ansiedad es un síntoma psicológico presente en pacientes con enfermedad mental, se puede mejorar a través de actividades terapéuticas de tipo motor que inciden en el estado emocional y de tranquilidad de las personas. Las personas que tienen una intervención terapéutica pueden tener mejor asertividad en el tratamiento de las adicciones. A diferencia de los pacientes drogodependientes que no reciben masaje terapéutico como complemento de su tratamiento, van a permanecer con dolor lo cual va a impedir la recuperación exitosa del mismo, de la misma manera si no disminuye su nivel de ansiedad van a ser más propensos a sufrir una recaída. En la presente investigación se ratifica la eficacia de la Escala de Eva y la Escala de Hamilton, como métodos para cuantificar tanto el nivel de dolor y ansiedad que presentan los pacientes, como ha sido demostrado en varias investigaciones que utilizaron estas escalas como método de valoración del dolor y la ansiedad. Estos resultados en general nos hacen pensar que los altos niveles de ansiedad y dolor que presenta el paciente drogodependiente pueden disminuir de manera efectiva al aplicar terapias manuales como método alternativo al tratamiento farmacológico. Por ello creemos que un trabajo interdisciplinario en el que el rol del terapeuta físico, tenga igual importancia que el resto de terapias impartidas por los profesionales ayudaría a ofrecer mejores tratamientos de recuperación donde el paciente sea visto de manera holística.

RECOMENDACIONES

Al comprobar que el masaje terapéutico ayudo de manera efectiva a disminuir el nivel de ansiedad y dolor de los pacientes drogodependientes del Hogar de Reposo San Juan de Dios, recomendamos que se implemente en más centros la participación interdisciplinaria del terapeuta físico para la aplicación de terapias complementarias como el masaje terapéutico, con el fin de ayudar a la pronta y exitosa recuperación del paciente.

Se recomienda la utilización de la Escala Eva y Hamilton rutinariamente en los centros de rehabilitación como estrategia en la medición de los niveles de dolor y ansiedad y determinar intervenciones que apoyen el manejo de la abstinencia y la superación de la drogodependencia en dichos pacientes.

Es necesario continuar con futuras investigaciones en el área de fisioterapia en salud mental para poder adquirir un mayor conocimiento en este campo y así poder ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y desarrollar o mantener el nivel de autonomía posible, convirtiéndose este en el objetivo de la fisioterapia en salud mental.

Algunas de las preguntas que como investigadores nos hemos planteado tras el término de la investigación es el saber; que hubiera pasado si la aplicación del masaje terapéutico se realizaba con crema analgésica en lugar de aceite? o que hubiera sucedido si se hacía el masaje en camilla en lugar de sentados? por lo cual sugerimos este tipo de interrogantes como temas para investigaciones futuras, con lo cual se ampliaría el conocimiento sobre la efectividad del masaje terapéutico como terapia complementaria en el tratamiento de patologías mentales. Basados en la premisa que las adicciones ocasionan un desorden mental provocando síntomas como la ansiedad y el dolor en el periodo de abstinencia, sería de gran utilidad para la ciencia el conocimiento de la efectividad que tiene el masaje en el tratamiento de otro tipo de adicciones, como el tabaquismo, la ludopatía o la ninfomanía.

BIBLIOGRAFÍA

- Hansen N, Jørgensen T, Ørtenblad L. (2008). **Massage and touch for dementia**. *JohnWiley & Sons, Ltd.*
- Alberto, M. (2007). **Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable**. *Medigrafic*.
- Alcoholismo, C. d. (2009). **Guia para el Manejo Psiquiatrico del sindrome de abstinencia del paciente alcoholico**. *Consejo Nacional contra las Adicciones*.
- Alvarado, S. (s.f.). **Rehab in Mexico**. Recuperado el 22 de 07 de 2015, de <http://www.adicciones.org/diagnostico/criterios.html>
- Alvares, N. (2009). **Deshabituaación en drogodependientes y dolor crónico**. *Psicothema*.
- Andalucia, J. d. (s.f.). **Junta de Andalucia** . Recuperado el 19 de 05 de 2015, de http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf
- Antonio, D. T. (2009). **Las drogas estimulntes**. *Caja españa*.
- APTASALUD. (2015). **Clasificacion de las Drogas** .
- Association, A. P. (2011). **Salud Mental y Fisioterapia**. *APA*.
- Avila, C. (2014). **Masoterapia en las alteraciones conductuales de ancianos con demencia**. *Elsevier*.
- Borja.C. (27 de 01 de 2012). *Scribd*. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/79522764/La-Drogadiccion-en-El-Ecuador#scribd>
- Briones, M. (2003). **Estudio comparativo entre bupivacaina + fentanyl vs. Bupivacaina sola por vía peridural para el control del dolor obstétrico**. *Anestesiólogo. Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil - Ecuador*.
- Cano Vindel, A. (2000). **El afrontamiento de la ansieda en las drogodependencias** . *anales de psicologia* .
- Carmen, H. (1997). **Clasificacion de las Sustancias por sus efectos y posibles consecuencias**.
- Casas M, G. J. (2002). **Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo**. *Adicciones*.
- Castillo, Y. (2012). **Repositorio Nacional de la Universidad de Loja**. Recuperado el 2015, de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6682>
- Catalan, D. (2012). **Terapia de la conciencia corporal** . *Universidad de Murcia*.

- Chiatow.L, Fritz.S. (2013). **Guía de Masaje Terapeutico par el manejo del dolor** . España: Masson.
- Choliz M, Capafons A. (1990). **Analisis y modificacion de conducta**. Valencia.
- Consep. (2012). **Cuarta encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años** . Consep.
- Cueva, G. (2012). **VIOLENCIA Y ADICCIONES: PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA**. Peru Med Exp Salud Publica.
- Diaz L, Palucci M. (2010). **El papel de los profesionales en centro de atencion en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogota, Colombia**. Latino-Am. Enfermagem.
- Donaghy M,Durward B. (2000). **A rept on the cinical effectiveness physioterapy in mental health**. Chartered Society of Physiotherapy.
- Drogas, O. n. (2012). **Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años**.
- Enrique, L. (2009). **Las drogas como problema social** . Reis.
- ESTRUCH, R. (2002). **Efectos del alcohol en la fisiología humana**. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clinic. Barcelona.
- Etchepareborda M, Abad-Mas L, Pina J. (2003). **Estimulación multisensorial**. Revista de Neurologia.
- Falkensteiner, M. (2011). **The Use of Massage Therapy for Reducing Pain, Anxiety, and Depression in Oncological Palliative Care Patients**. International Scholarly Research Network.
- Fernandes, F. (2013). **Quiro Masaje Pedemonte**. Recuperado el 18 de 05 de 2015, de <http://quiromasajespedemonte.blogspot.com/2013/02/4-efectos-fisiologicos-del-masaje.html>
- Ferrandiz, M. (2009). **FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR**. Unidad del dolor Hosital de Santa Creu.
- Florit, J. (2009). **EFISIOTERPIA**. Obtenido de <http://www.efisioterapia.net/articulos/bases-cientificas-del-masaje-como-terapia>
- Fritz, S. (2001). **Fundamentos del Masaje Terapeutico**. Barcelona: Paidotribo.
- Gallo, H. (2009). **Fenomeno Psicomatico ente el Cuerpo y el Dolor**. UNAL.
- Garcia, L. (2009). **Aproximacion conceptual a la Actividad Fisica Adaptada**. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Grau Lopez, L. (2012). **Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicacion hospitalaria**. Adicciones.

- ICPPMH. (s.f.). **ICPPMH**. Recuperado el 24 de 06 de 2015, de <http://www.icppmh.org/Conferences.html>
- J.Hembling, J. (2012). Obtenido de http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/5_DayOne_Hembling.pdf
- Jaswinder K, Masaun M, Bhatia M. (2013). **Role of Physiotherapy in Mental Health Disorders**. *Psychophysiotherapy*.
- Jira. (2011). **Las drogas, sus efectos físicos y psicológicos y la salud**. Jira.
- JOHN A. RENNER, Jr, MD y DOMENIC A. CIRAULO, MD. (1995). **Consumo de Drogas y Depresión**. *Revista e Toxicomanías* .
- Juan, O. (2006). **El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática**. *Aperturas Psicoanalíticas*.
- Juan, S. (2014). **Effectiveness of different styles of massage therapy in fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis**. *PubMed*.
- Lopez M, Matamorros D, Gomez A. (2012). **Estudio piloto sobre la efectividad de una intervención fisioterapéutica en pacientes con trastornos alimentarios**. *Elsevier*.
- Luengo M, Romero E, Gomez J. (2001). **Analisis de la Eficacia y Prevencion de recaidas en el consumo de drogas**. Editorial Compostela .
- Lujiesterburg P, Alessie J. (2015). **La terapia de masaje tiene beneficios a corto plazo para las personas con trastornos muesculoesqueleticos comunes en comparacio con ningun tratamiento**. *Journal sistematica de Physiotherapy*.
- M, C. (2012). **Estimulacion Multisensorial espacios Snoezelen**. APASA.
- Madrid, C. d. (2008). **Guia de parctica clinica para el manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atencion Primaria** . Cege.
- Madrid, M. d. (2014). **El alcohol y la conduccion** . *Direccion General de Trafico*.
- Martines J, Martin A, Valero M, Salguero M. (2010). **Sidrome de Abstinencia**. Recuperado el 18 de 07 de 2015, de Medynet: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf>
- Martínez J, Martin A, Valero M, Salguero M. (2008). **SINDROME DE ABSTINENCIA**. *HOSPITAL REGIONAL CARLOS HAYA*.
- Matamoros, C. (2009). **La fisioterapia en Salud Mental: su efectiidad y situacion actual**. *Elseier*.
- Matamoros, D. (2009). **La Fisioterapia en Salud Mental**. *Elsevier*.

- Matamorros, D. (2007). **Fisioterapia en Trastornos Alimentarios**. Malaga-Madrid.
- Mental, I. N. (2009). **Trastornos de Ansiedad** . NIH .
- Mesas, A. (2012). **Dolor** . *Hospital Universitario Vall d'Hebrón*.
- Mohaddes A, Purhajari S, Najafi G, Haghani H. (2015). **The effect of shiatsu massage on underlying anxiety in burn patients**. *PubMed*.
- Mora Escalante , E. (2007). **Beneficios del masaje terapeutico aplicado durante el baño en cama** . *Enfermeria en Costa Rica*.
- Morales MA, Jalife A. (2005). **Biofeedback EMG en el tratamiento de incontinencia fecal por lesión quirúrgica mínima**. *Revista Mexicana de Coloproctología*.
- Negro S. (2009). **Masaje de silla para el taratmiento de la ansiedad en lospacientes que se retiraron de las drogas psicoactivas** . *PubMed*.
- NIDA. (2011). **Adiccion al Tabaco**. *Departamento de Salud y Servicios Humanos*.
- Nida. (2013). **Abuso de la Marihuana**. *NIDA*.
- NIDA. (2013). **National Institute on Drug Abuse**. Obtenido de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/drug_facts_cocaine_spanish_final_06.06.13_0.pdf
- NIH. (2005). **Abuso de la Marihuana**. *NIH*.
- OMS. (2003). **Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia**. *Organizacion Mundial de la Salud*.
- OMS. (2004). **Invertir en Salud Mental**. *OOMS*.
- OMS. (2011). **Organizacion Mundial de la Salud** . Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OND. (2013). **Estudio Sobre Mortalidad Relacionada con Drogas en la Poblacion Ecuatoriana**. *Observando*.
- Pichot , P. (1994). **DSM IV**. Barcelona: MASSON.
- Ponce. (2012). **Universidad InterAmericana de Puerto Rico**. Obtenido de http://ponce.inter.edu/cai/plan_control/princ_guias.pdf
- Psicologia, G. d. (s.f.). **Psicologos en Madrid**. Recuperado el 16 de 06 de 2015, de <http://psicologosenmadrid.eu/dolor-psicosomatico/>
- Psiconeurocognitiva, C. d. (s.f.). **AIDYNE**. Recuperado el 19 de 05 de 2015, de <http://www.aidyne16.tizaypc.com/contenidos/contenidos/4/ENPSFicha4-4.pdf>

- Puebla, F. (2005). **Dolor**. *Instituto Madrileño de Oncología*.
- Rafael Monte Secades, R. R. (2011). **Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica**. *Sociedad Galega de Medicina Interna*.
- Rico, G. (2011). **Fiioterapia en psiquiatria**. *Psiquiatria*.
- Ruiz, A. (2010). **El cerebro, las drogas y los genes**. *Salud Mental*.
- Ruiz, A. (2012). **El cerebro adicto**. *Med UV*.
- Salud, M. (2008). **Pagina de salud pblica del ayuntamiento de Madrid**. Obtenido de <http://www.madridsalud.es/serviciopad/descargas/factoresRiesgo.pdf>
- SM. (s.f.).
- Tejero J, Reina R, Sanz D. (2012). **La Actividad Física Adaptada para personas con discapacidad en España**. *Universidad Católica San Antonio de Murcia España*.
- Teniza, D. (2011). **Valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular**. *MediGrafhic*.
- Toxicomanias, S. E. (2006). **Genetica de las Adicciones**.
- Uguedo , L. (2000). **Inheritance genetic influence in drug dependence**. *Elsevier*.
- Ustun L; Bertelsen A; Hors D; Drimmelen J; Pull C; Okasha A;. (1999). **Libro de casos de la CIE-10**. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Vitale. (2006). **El efecto de Reiki en dolor y ansiedad en mujeres con histerectomias abdominales**. *PubMed*.
- Volkow, N. D. (2005). **Abuso de la Marihuana**. *Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas*.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a los pacientes que son atendidos en el Hogar de reposo San Juan de Dios, a los cuales se les invita a participar en la investigación sobre, Efectos del masaje terapéutico en personas con Adicciones.

Introducción

Soy Shirley Valenzuela, estudiante de la carrera de Terapia Física en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estoy realizando un proyecto de investigación sobre los Efectos del masaje terapéutico en personas con Adicciones. Se le propiciará información e invitará a participar de esta investigación.

Propósito

Esta investigación busca demostrar el efecto que puede presentar el Masaje Terapéutico dentro del proceso de recuperación de las personas con Adicciones, el cual está enfocado en el aumento de dopamina y disminución del cortisol, lo cual se va a ver reflejado en una disminución de los niveles de ansiedad y depresión presentes en el paciente con adicciones debido a su proceso de recuperación. Además se le brindará al fisioterapeuta una herramienta más para realizar su labor de la mejor manera.

Tipo de Intervención de investigación

Este proyecto de investigación incluirá ocho sesiones de trabajo con el paciente. En la primera y última sesión el paciente va a llenar el Test de Hamilton, resultados que van a ser comparados al finalizar las sesiones de Masaje Terapéutico. Durante cada sesión se le va a realizar la aplicación del Masaje al paciente.

Selección de participantes

Se ha invitado a participar en esta investigación a pacientes hombres que presenten adicciones a sustancias tóxicas, los cuales se encuentren en proceso de recuperación en el Hogar de reposo San Juan de Dios. El único criterio de exclusión que se utilizará será el tipo de adicción que presente el paciente.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que recibe en el centro de reposo San Juan de Dios y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

Como se ha mencionado antes, en la primera y última sesión el paciente va a llenar el Test de Hamilton, resultados que van a ser comparados al finalizar las sesiones de Masaje Terapéutico. Durante cada sesión se le va a realizar la aplicación del Masaje al paciente.

Posteriormente a haber recolectado la información, se realizará una comparación de los datos obtenidos de cada individuo en el Test de Hamilton, con el fin de determinar qué variaciones hubo entre las mediciones de ansiedad y depresión presentes en el proceso de recuperación del paciente con Adicciones a Sustancias Tóxicas antes y después de realizar el Masaje Terapéutico.

Duración

El proyecto de investigación durará alrededor de un mes desde abril a mayo del 2015. Durante este tiempo, la investigadora acudirá al Centro de Reposo San Juan de Dios dos veces por semana a realizar el masaje terapéutico a cada paciente con adicción a sustancias tóxicas.

Efectos Secundarios

No hay efectos secundarios provocados por la realización del Masaje Terapéutico.

Molestias

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias durante la liberación de puntos gatillos ubicados en la espalda o cuello.

Beneficios

Si usted participa en esta investigación, podrá disminuir sus niveles de cortisol y aumentar sus niveles de dopamina, los cuales se van a ver reflejados en su depresión y ansiedad.

Confidencialidad

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será expuesta a usted y a los investigadores que tendrá acceso ella.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos al realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación y una copia al finalizar el proyecto de investigación lo tendrá la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos como paciente serán respetados en el Hogar de reposo San Juan de Dios.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas:

- Kinesióloga Fisiatra Gisela Toledo
- Investigadora a cargo Shirley Valenzuela

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Numero de Cedula_____

Firma del Participante _____

Fecha _____

FICHA DE REGISTRO DE LOS PACIENTES

Número de cédula	
Edad	20 – 30 30 – 40 40 – 50 50 - 60 Mas 60
Grado de Estudios	Primaria Secundaria Tercer nivel
Tipo de droga que consume	Alcohol Marihuana Nicotina
Algún familiar consume drogas	SI NO
Edad de inicio de consumo de la droga	14 – 20 20 – 30 30 - 40
Fecha de Inicio del Masaje terapéutico	
Fecha de Finalización del Masaje Terapéutico	
Numero de sesiones del Masaje Terapéutico	
Puntuación de la Escala de Hamilton antes del Masaje Terapéutico	
Puntuación de la Escala de Hamilton al finalizar el Masaje Terapéutico	
Puntuación para la rigidez y dolor según la Escala EVA antes del Masaje Terapéutico	
Puntuación para la rigidez y dolor según la Escala EVA después del Masaje Terapéutico	

Escala de Ansiedad de Hamilton

Número de Cédula: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems.

0 Ausentes

1 Intensidad ligera

2 Intensidad media

3 Intensidad elevada

4 Intensidad máxima

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud, expectativa de catástrofe, aprensión, irritabilidad					
2	Tensión. Sensación de tensión, fatiga, imposibilidad de estar quieto, llanto fácil, sensación de incapacidad para esperar.					
3	Miedos. A la oscuridad, a lo desconocido, a quedarse solo, a los animales, la muchedumbre.					
4	Insomnio: Dificultad de conciliación, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penoso, pesadillas					
5	Funciones Intelectuales: Dificultad de concentración, falta de memoria.					
6	Estado de Ánimo: Perdida de interés, no disfruta del tiempo libre, depresión, insomnio de madrugada.					
7	Síntomas somáticos musculares. Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, sacudidas clónicas, rechinar de dientes.					

8	Síntomas somáticos generales. Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor o frío, sensación de debilidad				
9	Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, sensación pulsátil en vasos, sensaciones de baja presión o desmayos,				
10	Síntomas respiratorios. Opresión pretorácica, sensación de ahogo o falta de aire, suspiros, disnea				
11	Síntomas gastrointestinales: dificultad de evacuación, gases, dispepsia, dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón, náuseas, vómitos, contricción epigástrica, cólicos, diarrea, estreñimiento.				
12	Síntomas genitourinarios: micción frecuentes, micción imperiosa, amenorrea (falta de periodo menstrual), metrorragia (hemorragia genital), frigidez, eyaculación precoz, impotencia, ausencia de erección.				
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo. Boca seca, acceso de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefalea.				
14	Conducta en el transcurso del test: tendencia al abatimiento, agitación, manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos, inquietud, temblor en las manos, rostro preocupado, aumento del tono muscular, traga saliva, eructos, taquicardia, sudoración, ritmo respiratorio acelerado				

Ansiedad Psíquica	
Ansiedad Somática	