



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA
PROFESIÓN DE TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN Y LA INTENCIÓN DE
CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE
CONSULTA EXTERNA Y PERSONAL PROFESIONAL
ASISTENCIAL, DEL CENTRO DE SALUD DE MARIANO
MELGAR, AREQUIPA. MARZO – AGOSTO DE 2016.**

José Carlos Rojas Mamanchura

AREQUIPA – PERÚ

2016



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PROFESIÓN DE TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN Y LA INTENCIÓN DE CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA Y PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL, DEL CENTRO DE SALUD DE MARIANO MELGAR, AREQUIPA. MARZO – AGOSTO DE 2016.

José Carlos Rojas Mamanchura

Tesis Presentada a la Universidad Alas Peruanas como requisito parcial para la obtención del Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación.

Asesor Principal: Lic. Susan Sylma Villena Medina.

AREQUIPA – PERÚ

2016

Rojas J. 2016 **RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PROFESIÓN DE TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN Y LA INTENCIÓN DE CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA Y PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL, DEL CENTRO DE SALUD DE MARIANO MELGAR, AREQUIPA. MARZO – AGOSTO DE 2016./Universidad Alas Peruanas. Páginas 116.**

Nombre del Asesor: **Lic. TM Susan Sylma Villena Medina**

Disertación académica para la licenciatura en Tecnología Médica – UAP 2016.

José Carlos Rojas Mamanchura

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PROFESIÓN DE TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN Y LA INTENCIÓN DE CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA Y PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL, DEL CENTRO DE SALUD DE MARIANO MELGAR, AREQUIPA. MARZO – AGOSTO DE 2016.

“Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciado en Tecnología Médica, por la Universidad Alas Peruanas”

Mg. Juan Jose Velásquez Alvarado – Presidente _____

Lic. Luis A. Ibarra Hurtado – Secretario _____

Lic. Jonatan Benavente Díaz – Miembro _____

Arequipa, Perú. 2016

Se dedica este trabajo a la niña que me robó el corazón, incluso antes de que supiera que existía yo ya tenía su nombre. Mi hija Gianella Yushel

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a los docentes de la Universidad Alas Peruanas por guiarme en el desarrollo del proyecto, a mis asesores, al personal profesional asistencial del centro de salud de Mariano Melgar, los pacientes que colaboraron y me dieron su apoyo. Principalmente a mi hija por darme unas horas de su tiempo para poder realizar mi tesis.

“El secreto en la terapia física y rehabilitación para que un paciente mejore es tratarlo a diario sin excepciones y con calidad humana”

J.CARLOS ROJAS

RESUMEN

La presente investigación se realizó para determinar la relación del nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica; Aplicando una encuesta en el centro de salud de Mariano Melgar en pacientes de consulta externa y personal profesionales asistencial se llegó a las siguientes conclusiones PRIMERO: Que el nivel conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación es BAJA en ambos géneros, en todos los grupos etarios y en los niveles de educación primaria y secundaria. Asimismo es media en el nivel de educación superior técnica y alta en el nivel de educación superior universitaria. SEGUNDO: Que la intención de consulta fisioterapéutica es NUNCA, en ambos géneros, todos los grupos etarios y en educación primaria, secundaria y superior técnica. Asimismo es SIEMPRE en el nivel de educación superior universitaria. Y TERCERO: Que el nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación tiene relación directa y significativa con la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de Mariano Melgar; quedando validada la hipótesis de estudio.

Palabras Clave: Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación, intención de consulta fisioterapéutica, nivel de conocimiento.

SUMMARY

This research was conducted to determine the relationship of the level of knowledge about the profession of Medical Technologist Physical Therapy and Rehabilitation physiotherapy and intent of consultation; Applying a survey of the health center Mariano Melgar in patients external and personal consultation healthcare professionals reached the following FIRST conclusions: That knowledge level on the profession of Medical Technologist in Physical Therapy and Rehabilitation is low in both genders, in all age groups and levels of primary and secondary education. It is also average in the high level of technical and higher education at the level of university education. SECOND: That the intention of physiotherapy consultation is NEVER in both genders, all age and primary education, secondary and higher technical groups. It is also always at the level of university education. AND THIRD: That the level of knowledge about the profession of Medical Technologist in Physical Therapy and Rehabilitation has a direct and significant relationship with the intention of physiotherapy consultation in outpatient and professional care, the health center Mariano Melgar; It is validated the study hypothesis.

Keywords: Medical Technologist in Physical Therapy and Rehabilitation, physiotherapy intention to consultation, knowledge level.

LISTA DE CONTENIDOS

Pág.

Ficha Calcográfica	
Hoja de Aprobación	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Epígrafe	
Resumen	
Abstract o resumen en lengua extranjera	
Lista de Contenidos	
Lista de Tablas	
Lista de Graficas	
Introducción	14
CAPITULO I: MARCO TEORICO	15
1.1. Problema de Investigación:	15
1.1.1. Descripción de la realidad Problemática	15
1.1.2. Formulación del Problema	17
A. Problema Principal	
B. Problema Secundarios	
1.1.3. Horizonte de investigación	17
1.1.4. Justificación	18
1.2. Objetivos:	19

1.2.1. Objetivo General	19
1.2.2. Objetivos Específicos	19
1.3. Variables:	19
1.3.1. Identificación de Variables	19
1.3.2. Operacionalización de Variables	20
1.4. Antecedentes investigativos	21
1.5. Base Teórica	27
1.6. Marco conceptual	70
1.7. Hipótesis	74
1.7.1. Hipótesis Principal	74
1.7.2. Hipótesis Secundarias	75
CAPITULO II: MARCO METODOLOGICO	76
2.1. Nivel, Tipo y Diseño de la Investigación	76
2.1.1. Nivel de la Investigación	76
2.1.2. Tipo de investigación	76
2.1.3. Diseño de Investigación	77
2.2. Población, Muestra y Muestreo	78
2.2.1. Población	78
2.3. Técnicas e Instrumentos	79
2.3.1. Técnica	79
2.3.2. Instrumento	79
2.4 Técnicas de Procesamiento y análisis de datos	79
2.4.1. Matriz de base de datos	79

2.4.2. Sistematización de cómputo	79
CAPITULO III: RESULTADOS	80
3.1. Resultados de la población	80
3.2. Resultados de la variable 1	84
3.3. Resultados de la variable 2	87
3.4. Resultados del Problema de Investigación	92
4. Conclusiones	90
5. Recomendaciones y sugerencias	93
6. Referencias Bibliográficas	94
7. Anexos	96
Anexo 1: Mapa de ubicación	96
Anexo 2: Glosario	97
Anexo 3: Instrumento: Encuesta	98
Anexo 4: Protocolo del instrumento	99
Anexo 5: Charla sobre la profesión de tecnólogo medico	107
Anexo 6: Matriz de Base de datos del instrumento	112
Anexo 7: Matriz de Consistencia	115

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia de la Población por Género	80
--	----

Tabla 2: Frecuencia de Grupos Etarios por Población	82
Tabla 3: Frecuencia de la Población por Nivel de Educación	83
Tabla 4: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Género.	84
Tabla 5: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Grupo Etario.	85
Tabla 6: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Nivel de Educación.	86
Tabla 7: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Género.	87
Tabla 8: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Grupo Etario	88
Tabla 9: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Nivel de Educación.	89
Tabla 10: Relación del nivel de conocimiento de la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica.	90
Tabla 11: Relación de la intención de consulta fisioterapéutica y del nivel de conocimiento de la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación.	91
Tabla 12: Comparación de la Intención de Consulta Fisioterapéutica Antes y Después de la Charla.	110

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1: Frecuencia de la Población por Género	81
Grafica 2: Frecuencia de Grupos Etarios por Población	82
Grafica 3: Frecuencia de la Población por Nivel de Educación	83
Grafica 4: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Género.	84
Grafica 5: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Grupo Etario.	85
Grafica 6: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Nivel de Educación.	86
Grafica 7: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Género.	87
Grafica 8: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Grupo Etario	88
Grafica 9: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Nivel de Educación.	89
Grafica 10: Relación del nivel de conocimiento de la profesión de Tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica.	90
Grafica 11: Relación de la intención de consulta fisioterapéutica y del nivel de conocimiento de la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación.	91

INTRODUCCIÓN

El nivel de conocimientos sobre una profesión y la confianza en la asistencia profesional son necesarias para incrementar y sostener la intención de consulta e incrementar la demanda de un grupo profesional, y en ese contexto es importante presentar el siguiente estudio en tres capítulos.

En el capítulo I del presente trabajo se desarrolla el problema de investigación: ¿Cuál es la relación del nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de Mariano Melgar, Arequipa. Marzo - Agosto de 2016?, los objetivos, variables, el marco teórico y la hipótesis de estudio. Asimismo en el Capítulo 2 se propone el planteamiento metodológico y operacional, donde principalmente se define la muestra y se construye el instrumento de investigación; luego en el Capítulo 3 se presentan los resultados, descripción e interpretación de los mismos y finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. Problema de Investigación:

1.1.1. Descripción de la realidad Problemática

El presente trabajo pretende responder y aportar información a la comunidad de la salud y los pacientes en relación a los niveles de conocimiento de las personas sobre el perfil profesional, las funciones y los roles que desempeña el tecnólogo médico del área de terapia física y rehabilitación. Nosotros somos profesionales de la salud con una sólida formación científica y humanística, en la que se asienta un conocimiento profundo del movimiento humano y de los agentes físicos, naturales y artificiales, y sus aplicaciones en la prevención de las enfermedades y discapacidades, promoción y recuperación de la salud, y

rehabilitación de la persona así como el diagnóstico y pronóstico fisioterapéutico, elabora, ejecuta y monitoriza protocolos, programas y planes de fisioterapia con calidad y eficiencia, participa en programas de salud comunitaria y en la estrategia de atención primaria de la salud, incluyendo la educación para la salud; investiga en su campo de acción profesional y participa en equipos de investigación inter y multidisciplinarios; gerencia y gestiona servicios de salud y de fisioterapia públicos y privados, y empresas relacionadas con su función como profesional, desarrolla y mantiene permanentemente una conducta ética en su labor profesional, respetando la dignidad y los derechos de la persona, familia y comunidad, contribuyendo a conservar y mejorar su calidad de vida.

Durante la práctica se observa un desconocimiento de la población al momento de referirse al tecnólogo médico y esto nos da el sustento para desarrollar este trabajo de investigación formulado.

1.1.2. Formulación del problema

A. Problema Principal.

¿Cuál es la relación del nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de Mariano Melgar, Arequipa. Marzo - Agosto de 2016?

B. Problemas Secundarios.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial?
- ¿Cómo es la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de Mariano Melgar, Arequipa. Marzo - Agosto de 2016?

1.1.3. Horizonte de la investigación:

- a) Campo :Gestión en salud
- b) Área :Tecnología Médica
- c) Línea :Gestión de Servicios de Tecnología Médica

1.1.4. Justificación:

El presente trabajo de investigación es de actualidad por el incremento de la oferta asistencial de tecnólogos médicos en el área de terapia física y rehabilitación y su acceso a los centros asistenciales de los diferentes niveles de atención en nuestra localidad. Y la utilidad radica en que los resultados obtenidos del presente servirán al tecnólogo médico como información válida para implementar sistemas de difusión y posicionamiento social de la tecnología médica en especial de la terapia física y rehabilitación, así también es trascendente por que otros profesionales en el campo de la salud utilizaran esta información con el mismo propósito.

La pertinencia del presente trabajo se sustenta en que pertenece al campo de la Gestión en salud, el área de Tecnología Médica y la Línea de Gestión de servicios de tecnología médica, y consecuentemente es pertinente para mi titulación. Y asimismo es factible por las facilidades que me brindan en el Centro de Salud Mariano Melgar para su ejecución.

1.2. Objetivos:

1.1.1 Objetivo General:

Determinar la relación del nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de Mariano Melgar, Arequipa. Marzo - Agosto de 2016.

1.1.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar el nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial.
- b) Analizar la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial.

1.3. Variables

1.3.1. Identificación de variables

A. **Variable Independiente:** Nivel de conocimientos sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación.

B. **Variable Dependiente:** Intención de consulta fisioterapéutica.

1.3.2. Operacionalización de Variables

Variable	Dimensión	Indicador	Item	Cuestionario
<p>Variable 1:</p> <p>Nivel de conocimientos sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación</p>	Conocimientos	Alta Media Baja	1,2,3,4,5, 6,7,8,9,10,	Cuestionario
<p>Variable 2:</p> <p>Intención de consulta fisioterapéutica</p>	Percepción	Nunca Poco probable Muy probable Siempre	11,12,13,14	Cuestionario
<p>Variables Caracterizacionales:</p> <p>Persona</p>	Epidemiológica	Género Edad Grupo Etario Grado de Instrucción	15,16,17.	Cuestionario

1.4. Antecedentes Investigativos

1.4.1. A Nivel Internacional

A. Chozas Vinuesa S. Estudio del grado de conocimiento sobre fisioterapia en atención primaria en alumnos de 3º de la diplomatura de fisioterapia y en la población general. La Mancha. Universidad de Castilla; 2005.

El presente artículo tiene como objetivos primero el determinar el grado de conocimiento sobre Fisioterapia en Atención Primaria que tienen los alumnos de 3.º de la Diplomatura antes y después de cursar la asignatura Fisioterapia en Atención Primaria; Segundo el compararlo con la población general, tercero el detectar qué factores influyen en ese mayor o menor conocimiento. Se empleó una encuesta sobre nociones básicas de Fisioterapia en Atención Primaria que rellenaron los alumnos el primer día de la asignatura y 4 meses después de finalizarla, así como 24 personas elegidas al azar como grupo control. Si bien el grado de conocimiento fue en general bajo, sin diferencias significativas entre población general y estudiantes al inicio de curso, cuatro meses después de finalizarlo la puntuación de los alumnos mejoró considerablemente y superó a la de la población general. Respecto a las variables influyentes, sólo la edad fue significativa tomando toda la muestra, ya que la puntuación obtenida por los grupos de menor edad fue muy baja, y al analizar por separado

el grupo de los más jóvenes se vio que poseer un familiar o conocido del ámbito sanitario hacía incrementar su puntuación. De los resultados se desprende un escaso conocimiento de la Fisioterapia en Atención Primaria por parte de la población general y de los fisioterapeutas recién titulados, sólo susceptible de solucionarse mediante estrategias educativas: incluyendo la asignatura Fisioterapia en Atención Primaria en los planes de estudio de la Diplomatura y realizando para la población general Programas de Educación para la Salud específicos. (1)

B. González Gutiérrez M. ¿Sabe realmente la población general cuándo puede acudir a un fisioterapeuta? 2012.

La fisioterapia es una profesión joven que se está abriendo camino en el proceso rehabilitador de muchas de las especialidades médicas, con este trabajo se intenta valorar cuál es el conocimiento de la población entorno a los diferentes campos de actuación de la fisioterapia, especialmente los más novedosos y si existen diferencias entre la población general y los sanitarios.

Los resultados constatan que los nuevos campos de actuación como la neuromiostática, la terapia con animales, el drenaje linfático manual, se desconocen y que incluso dentro de los campos más comunes se desconocen muchas de las posibilidades que ofrece la fisioterapia.

Es necesaria una divulgación de la profesión que nos dé a conocer y acerque a la población y una buena formación en diferentes

especialidades junto con la colaboración entre profesionales que nos permita ofrecer un tratamiento integral y global.

Siendo los objetivos primero el describir cuál es el conocimiento sobre fisioterapia de una población de ámbito urbano, sanitaria y no sanitaria mediante una encuesta. Segundo el Identificar si la población vinculada a la sanidad conoce más sobre la profesión. Y tercero el determinar cuál es el conocimiento de la fisioterapia según la edad.

Siendo las conclusiones que a pesar de que la figura del fisioterapeuta se conoce y estima, no así, los diferentes campos de actuación y por tanto todos los beneficios que podemos ofrecer. Asimismo para darnos a conocer considero fundamental que a través de los Colegios de Fisioterapeutas y Escuelas se realicen programas de promoción de la salud y prevención de enfermedad. A través de programas o jornadas que resulten atractivos y estimulantes para la población y permita un acercamiento a la profesión. Para ello, es interesante que desde las universidades se hiciera uso de medios de comunicación locales, que proporcionan un fácil acceso a la población más cercana al entorno de una escuela universitaria. Y a nivel personal es imprescindible una buena formación en diferentes especialidades de modo que seamos capaces de proporcionar una oferta variada, tratamiento integral y global, sin miedo a la colaboración entre profesionales, ya sean fisioterapeutas, enfermeras, nutricionistas, médicos, preparadores físicos, matronas, dentistas, homeópatas. Finalmente con este estudio queda patente la necesidad de cubrir determinadas áreas de salud,

desde el punto de vista fisioterapéutico, que puede tomarse en cuenta a la hora de abrir una clínica y los servicios ofertados. (2).

1.4.2. A Nivel Nacional

A. Muro Moquillaza A. Nivel de satisfacción al tratamiento fisioterapéutico en pacientes post operadas de cirugía mamaria del Servicio de Rehabilitación Oncológica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perú INEN; 2015.

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar el Nivel de Satisfacción de las pacientes post cirugía mamaria con la Fisioterapia recibida en el Servicio de Rehabilitación Oncológico en el INEN durante los meses Julio – Agosto 2015. Es de naturaleza observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. La población y muestra estuvo conformada por 60 pacientes. Para la obtención de los datos se utilizó un cuestionario tipo Likert de opción múltiple. El instrumento de recolección estuvo distribuido por 20 ítems con una amplitud de escala de cinco categorías resumiéndose en los niveles ordinales de satisfecho y no satisfecho. La validez y confiabilidad del instrumento se realizaron según el coeficiente de alfa de Cronbach. En relación a los resultados, se observó que de manera general el 84,17% se sienten satisfechas y el 15,83% se sienten no satisfechas. En el análisis de la dimensión Científico Técnico se observó que el 90,28% se sienten satisfechas y el 9,72% se sienten

no satisfechas, en la dimensión relación interpersonal se observó que el 74,26% se sienten satisfechas mientras que el 25,74% se sienten no satisfechas, y en la dimensión comodidad de las instalaciones se percibió que el 92,78% se sienten satisfechas y el 7,22% se sienten no satisfechas. La conclusión del presente estudio demuestra que las pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación Oncológica se sienten satisfechas con la atención recibida por el Fisioterapeuta. Palabras Claves: Nivel de Satisfacción, Fisioterapeuta. (4).

B. Cruz Torres G. Conocimientos y prácticas de profesionales de enfermería sobre las técnicas de fisioterapia respiratoria postoperatoria en la prevención de complicaciones respiratorias en la UCI. Perú, Clínica Ricardo Palma; 2013.

El objetivo fue determinar los conocimientos y prácticas del profesional de Enfermería sobre las técnicas de fisioterapia respiratoria post operatoria en la prevención de complicaciones respiratorias en la UCI - Clínica Ricardo Palma 2013. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 35 enfermeras. Las técnicas fueron la encuesta y la observación, los instrumento un cuestionario y una lista de chequeo, que se aplicaron previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (35), 63%(22) desconoce y 37%(13) conoce, 57%(20) tienen practicas inadecuadas y 43%(15) practicas adecuadas. Conclusiones. El mayor porcentaje de

las enfermeras desconoce que el drenaje postural es la técnica que se usa con mayor frecuencia, las diferentes técnicas de fisioterapia respiratoria y las técnicas respiratorias para prevenir las complicaciones post operatorias, mientras un porcentaje significativo conocen la importancia de la capacitación del personal de enfermería en las técnicas de fisioterapia respiratoria y que las complicaciones respiratorias en el post operatorio pueden ser prevenibles. Por otro lado la mayoría tiene practicas inadecuadas, referidos a que la enfermera no realiza la revisión de HC, tipo de cirugía y antecedentes, no realiza el drenaje postural a los pacientes por 15' con vibraciones torácicas en la fase inhalatoria, ni efectiviza la toma de rayos x de control, ni registra el procedimiento en las anotaciones de enfermería seguido de un porcentaje significativo tienen practicas adecuadas ya que la enfermeras aspira secreciones si el paciente está en ventilación o por oro faringe, registra las características de las secreciones, monitoriza signos vitales, facilita al paciente un espirómetro y demuestra los ejercicios espiratorios. (3).

1.4.3. A Nivel Local

No se encontró antecedentes locales de trabajos relacionados o similares al tema del proyecto.

1.5. Base Teórica

I. Profesional de Salud Tecnólogo Médico

El Tecnólogo Médico es un profesional de las ciencias de la salud, con cinco años de formación universitaria, con mención en el área de su especialidad. Estas áreas son: Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, Radiología, Terapia Física y Rehabilitación, Terapia Ocupacional, Terapia del Lenguaje y Optometría. El trabajo del Tecnólogo Médico se inserta en el proceso de atención integral de salud de la persona y constituye, por su complejidad y responsabilidad, un aporte esencial para el desarrollo social y económico del país (Art. 3º Ley N° 28456). El Tecnólogo Médico está preparado en tres aspectos: Científicamente conoce y comprende los fundamentos biológicos, bioquímicos y biofísicos del ser humano, tiene capacidad analítica y de síntesis, de manera tal que pueda asumir, construir y reconstruir el conocimiento mediante la aplicación de métodos científicos. En el aspecto tecnológico, conoce los últimos avances, los cuales utiliza, adecua y aplica de acuerdo a los requerimientos del sistema de salud. Está preparado para desarrollar habilidades, destrezas y actitudes propias de la actividad de la Tecnología Médica. En su preparación humanística, es consciente de su contexto sociocultural, y aporta sus conocimientos a las necesidades, intereses y expectativas del grupo social al cual

pertenece, bajo la base ética y deontológica. Propicia y promueve el acercamiento a la comunidad mediante acciones de proyección social, de esta manera alcanza un propósito educativo fundamental y de comprensión de su propia cultura; integrando al individuo a su medio social.

El Colegio Tecnólogo Médico del Perú, se remonta a 1966, fecha en que nace la Tecnología Médica como carrera universitaria en la Universidad Particular Ricardo Palma. Al año siguiente, se inician las actividades académicas en las Facultades de Medicina, en San Marcos en 1967 y en la Universidad Villarreal en 1969, como escuela de Tecnología Médica, seguida por la Universidad Particular Cayetano Heredia. En 1969 mediante Ley N° 17437 en la U.N.M.S.M. se constituye como Programa Académico de Tecnología Médica y en 1970 mediante R.R. N° 55861 con fecha 5 de Agosto en la U.N.F.V. Estos cambios generan la necesidad tecnólogos médicos, con mayor preparación científica y tecnológica como integrantes del equipo de salud. En 1976 se funda la Asociación Peruana de Tecnólogos Médicos, iniciándose el camino para la creación del Colegio Tecnólogo Médico del Perú. En 1977 el consejo Universitario de la U.N.F.V. reconoce el nombre original de la carrera con el Título de Tecnólogo Médico. En 1980 en la U.N.M.S.M. se aprueba el proyecto de Reestructuración académico administrativo del Programa de Tecnología Médica, mediante R.R. N° 62550 elevando a 5 años de

Formación profesional otorgándoseles el Grado de Bachiller y el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica. El 25 de diciembre de 1983 se promulga la Ley Universitaria N° 23733 en la cual la organización académica y administrativa pasa al sistema de facultades, creándose la facultad de Tecnología Médica en la U.N.F.V. el 14 de agosto de 1984 por R. R. N° 14595-84-U.N.F.V. La dación de la Ley 24921 se da el 11 de junio de 1985 y con fecha 19 de julio y en mérito al Art. 193 de la Constitución Política del Perú, manda a que se comunique al Ministerio de Salud su publicación y cumplimiento. El 7 de agosto de 1985, el Dr. David Tejada de Rivero, Ministro de Salud ordena su publicación y cumplimiento. El 10 de agosto de 1985, se publica en el diario Oficial el Peruano, la Ley N° 24291, Ley de Creación del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, como entidad autónoma de derecho público representativo de la profesión de Tecnología Médica en todo el territorio de la República. En 1986 se aprobaron los estatutos del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, siendo la colegiación requisito indispensable para el ejercicio de la profesión en todo el territorio nacional.

Áreas de la Tecnología Médica

Tomando como referencia al Colegio Tecnólogo Médico del Perú, el Tecnólogo Médico en Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica es un profesional independiente, altamente especializado y capacitado,

desarrolla, planifica, evalúa y supervisa métodos, técnicas y procedimientos - de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos - aplicados en sistemas orgánicos e inorgánicos con la finalidad de identificar y/o cuantificar sustancias, organismos, tejidos y componentes celulares, emitiendo un diagnóstico de laboratorio y coordinando e interactuando con el equipo transdisciplinario de salud.

El Licenciado en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación, conocido a nivel internacional como Fisioterapeuta, es un profesional, altamente capacitado para realizar evaluación, diagnóstico físico-funcional, programación y tratamiento de los pacientes desde el inicio hasta el final de la evolución de su discapacidad, dentro del equipo interdisciplinario de salud.

El Licenciado Tecnólogo Médico en Terapia De Lenguaje, conocido en el ámbito internacional con los nombres de Fonoaudiología, Logopedia y/o Terapia De Lenguaje es el Profesional de la Salud que interviene en el proceso de evaluación, diagnóstico funcional, programación y tratamiento para la promoción, prevención, habilitación y rehabilitación en deficiencias, discapacidades y minusvalías en los procesos de comunicación humana en las áreas de audición, habla, voz y lenguaje.

El Tecnólogo Médico en Terapia Ocupacional, es un profesional de la salud altamente calificado, que interviene en la rehabilitación y reinserción socio-laboral haciendo uso del conocimiento del proceso de desarrollo de la actividad humana, las relaciones interpersonales e

interfamiliares y el ambiente en el que se desenvuelve, como instrumento terapéutico y agente rehabilitador .

El profesional Tecnólogo Médico aplica sus conocimientos de física médica, así como de anatomía y fisiología, utilizando radiaciones ionizantes y no ionizantes para la obtención de imágenes de ayuda diagnóstica y/o tratamiento, así como cualquier otra aplicación relacionada al uso de las radiaciones, investigación y/o seguridad radiológica.

El Tecnólogo Médico en el área de Optometría, conocido a nivel internacional como Optómetra, es el profesional que examina el proceso visual en sus aspectos funcionales y de comportamiento, conocidos como métodos objetivos y subjetivos, valiéndose de las leyes de la óptica-física, de la fisiología ocular y de todos los medios instrumentales útiles que la evolución técnico-científica pone a disposición con el fin de realizar prevención, detección y solución de trastornos visuales. (5).

Área de Terapia Física y Rehabilitación

El Licenciado en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación, conocido a nivel internacional como Fisioterapeuta, es un profesional, altamente capacitado para realizar evaluación, diagnóstico físico-funcional, programación y tratamiento de los pacientes desde el inicio hasta el final de la evolución de su

discapacidad, dentro del equipo interdisciplinario de salud. Estudia, previene y trata los disturbios cinético-funcionales, presentes en órganos y sistemas del cuerpo humano, generados por alteraciones genéticas, por traumas o dolencias adquiridas.

El profesional actúa en:

- Deficiencias, discapacidades y minusvalías.
- Patologías diversas que afecten el normal funcionamiento muscular corporal, tanto de origen neurológico como ortopédico.
- Parálisis de origen congénito (como la parálisis cerebral infantil); de origen adquirido (como hemiplejías, paraplejías, cuadriplejías).
- Retardos del desarrollo psicomotor.
- Problemas ortopédicos como desviaciones de columna, pie plano y sus secuelas como son la lumbalgia, ciática, cervicalgias.
- Fisioterapia Respiratoria.
- Fisioterapia Cardiovascular
- Fisioterapia neonatológica y pediátrica.
- Fisioterapia geriátrica y gerontológica
- Fisioterapia gineco-obstétrica
- Fisioterapia Estética
- Terapias holísticas

Como profesional de Salud, participa en:

ASISTENCIAL

En lo asistencial el Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación ejerce su profesión interactuando con las siguientes especialidades:

Reumatología, Traumatología y Ortopedia: Tratamiento de fisioterapia y rehabilitación en estados traumáticos, patológicos y afecciones funcionales y estructurales del aparato locomotor que provoquen alteraciones del movimiento con o sin presencia de sintomatología asociada.

Neurología y Neurocirugía: Tratamiento especializado de las secuelas discapacitantes funcionales de lesiones del Sistema Nervioso Central, Periférico y Autónomo, así como de las patologías intrínsecas del tejido muscular, reeducación muscular, neurológica, corporal y orofacial.

Neumología: Fisioterapia y rehabilitación respiratorio en afecciones pulmonares, de vías aéreas y otras condiciones que conlleven a una alteración de la función respiratoria.

Cardiología y Cirugía Cardiovascular: en el mantenimiento y /o recuperación a través de la fisioterapia en afecciones cardiacas y vasculares.

Pediatría, Neuropediatría y Neonatología: Tratamiento integral en alteraciones del desarrollo psico – neuro – sensorio motriz, provocadas por diversos factores o enfermedades congénitas y/o adquiridas, estimulación temprana y reeducación neurológica.

Geriatría y Gerontología: Mantenimiento y/o rehabilitación de las alteraciones propias de la 3ra. Edad que afectan el sistema neuromuscular y locomotor en el geronte, así como de las secuelas de patologías que provocan deficiencias y discapacidades.

Gineco – Obstetricia: gimnasia pre – parto, acondicionamiento y educación muscular para la facilitación del parto. Tratamiento post – parto de reacondicionamiento físico.

En otras especialidades como: Cirugía plástica y reparadora, salud ocupacional, salud mental, UCI, Oncología, Cirugía General, Urología, Medicina, Interna, Psiquiatría, etc.

El Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación realiza la función asistencial considerando las siguientes funciones típicas:

PREVENTIVO – PROMOCIONAL

Campañas Generales de Salud, junto a otros profesionales, según características de la población.

En su área específica participa organizando y coordinando programas preventivo – promocionales en la comunidad.

Capacita a miembros de la comunidad como promotores para la prevención y/o manejo de sus problemas específicos físico-funcionales utilizando sus propios recursos.

En el ámbito laboral e industrial, intervino en el campo de la Salud Ocupacional ofreciendo soluciones biomecánicas y ergonómicas para la prevención, y/o control de lesiones del sistema músculo-esquelético provocadas por las condiciones físicas del trabajo.

En el área deportiva trabajando conjuntamente con el educador físico al prevenir lesiones deportivas.

Durante el tratamiento en todos los niveles preventivos de salud.

EVALUACION INICIAL

Realiza una evaluación físico-funcional de la persona de acuerdo a sus antecedentes, para la programación del tratamiento, al inicio y durante el mismo; y en el caso de ejercer en un ambiente hospitalario considerando la historia clínica.

Elabora un informe para la historia clínica general, asumiendo su responsabilidad profesional; así como un a historia específica de su especialidad.

Elige, norma y adecua, los variados métodos, técnicas y procedimientos de examen y evaluación que sean necesarios utilizando los medios, materiales e instrumentos de acuerdo con la realidad en la que se desempeña y que garanticen la precisión y objetividad de los resultados.

Maneja protocolos internacionales estandarizados con respecto a la evaluación y el tratamiento.

De acuerdo a la evaluación fisioterapéutica se deriva, si así lo requiere el paciente a un especialista.

PLANIFICACION Y PROGRAMACION

Planifica, prescribe, dirige y ejecuta el programa de tratamiento, para el logro de los objetivos basado en la evaluación del paciente, estableciendo objetivos de mantenimiento y/o recuperación generales y específicos, a corto mediano y largo plazo así como metas a alcanzar.

INTERVENCION

Intervienen a partir de un amplio conocimiento del caso y/o programas para utilizar los métodos,, técnicas y procedimientos más adecuados, estableciendo los objetivos a corto, mediano y largo plazo.

DIAGNOSTICO

Establece el diagnóstico físico - funcional y psico – sensoriomotriz que determina las características de la deficiencia o discapacidad neuro - sensoriomotriz

Establece un pronóstico inicial de recuperación y/o mantenimiento, basado en la evaluación integral y el análisis de los hallazgos físicos del paciente.

TRATAMIENTO

Formula, prescribe y utiliza las ayudas biomecánicas que sean necesarias para el tratamiento mejora y mantenimiento de la condición del paciente.

El Fisioterapeuta logra sus objetivos terapéuticos haciendo uso de métodos, recursos, técnicas y procedimientos propios de la especialidad, probados científica y clínicamente. Entre estos destacan los siguientes:

Ejercicios terapéuticos específicos, de reacciones neurológica anómalas estimulación y/o facilitación neurosensorial y neuromuscular, reeducación motora y funcional.

Utilizaron de los efectos fisiológicos de agentes físicos como calor, frío, electricidad, electromagnetismo, ultrasonido, y medios como el agua, entre otros.

Confecciona ayudas biomecánica para el aparato locomotor como: prótesis provisionarias y demás ayudas para el desplazamiento, sostén inmovilización y corrección.

CONTROL DE LA EVOLUCION

Efectúa un seguimiento constante del estado del paciente, evaluando la respuesta al tratamiento, realizando la reprogramación e introduciendo los cambios necesarios a fin de optimizar la atención.

Elabora el informe de la evolución del paciente en las historias fisioterapéutica y clínico general bajo su responsabilidad, así como un informe periódico en la historia general.

COORDINACION CON EL EQUIPO DE SALUD

Realiza una permanente coordinación e interactúa con los demás miembros del equipo transdisciplinario de salud para el planeamientos y logro de los objetivos de tratamiento. Participa activamente en las presentaciones de casos clínicos, exponiendo su opinión profesional y tomando en cuenta las observaciones pertinentes hechas por los miembros del equipo.

Actúa conjuntamente con los profesionales, ofreciendo a la persona una alternativa global de sus necesidades en los aspectos físico, biológico, menta, social y laboral.

Participa activamente en los programas que ejecuta la institución de acuerdo a la Política Nacional de Salud.

EVALUACION FINAL, TRANSFERENCIA Y ALTA DEL TRATAMIENTO

Previa evaluación final del paciente, el fisioterapeuta determina la transferencia y/o término del tratamiento y el alta fisioterapéutica. Asimismo, establece el seguimiento periódico del paciente si el caso lo amerita.

ASEGURAMIENTO DE CALIDAD

Establece criterios básicos de normatividad que aseguren la práctica profesional y la optimización de resultados; formulando alternativas que mejoren la calidad de atención.

Estudia las necesidades de equipos, material y de recursos humanos; realizando los requerimientos mediante la programación anual, así como el control respectivo de los mismos.

PREPARACION DE MATERIAL DE ESTUDIO E INVESTIGACION

Selección de casos clínicos y preparación de instrumentos para poder realizar estudios de investigación.

DOCENCIA

El Tecnólogo Médico del área de Terapia Física y Rehabilitación participa en las actividades de formación profesional de pre y post – grado como director, coordinador y docente de asignaturas de ciencias básicas, aplicadas, y de cursos de especialidad

Elabora, promueve y organiza programas de estudio de pre y post grado para Tecnología Médica, especializaciones, maestrías y doctorados de acuerdo a la Ley Universitaria 23733..

Promueve el aprendizaje del alumno de Terapia Física y Rehabilitación mediante métodos didácticos, transmitiendo conocimientos actualizados de la especialidad y brinda preparación teórico-práctica con bases científicas, tecnológicas y humanísticas, necesarias para el buen desempeño del futuro Tecnólogo Médico.

En las Instituciones de Salud, interviene en la formación profesional capacitando y asesorando a los internos en su desempeño profesional, para que desarrollen sus habilidades, destrezas y actitudes y propias de la actividad profesional de Tecnólogo Médico en Terapia Física.

Actúa como elemento generador de experiencia y aprendizaje en estudiantes, profesionales afines, trabajadores del sector salud y de la misma comunidad..

Desarrolla el sentido crítico y analítico para la comprensión de la problemática de la salud local y nacional.

INVESTIGACION

Realiza trabajos de investigación en las ciencias básicas y aplicadas utilizando el método científico, en calidad de autor,

colaborador o asesor técnico. Dirige y asesora en la elaboración de Tesis.

Diseña protocolos de investigación en el ámbito de su competencia y en otras áreas.

Elabora proyectos de investigación científica y desarrollo comunal.

Elabora, redacta, publica y difunde artículos científicos en publicaciones especializadas (textos, separatas, folletos, boletines, etc.) nacionales e internacionales.

Actúa en calidad de organizador, expositor, moderador y asistente en certámenes científicos nacionales e internacionales.

ADMINISTRATIVA

El Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación participa en la planificación, ejecución evaluación, supervisión y sistematización de programas y proyectos de asistencia, promoción y prevención en salud.

Participa en el diseño, planificación, vigilancia y evaluación de políticas de salud a nivel institucional, local, regional. y nacional.

Ejerce jefaturas y direcciones, conduciendo y administrando Unidades Orgánicas de su especialidad, en Instituciones de Salud públicas y privadas, en todos los niveles de atención

Ejerce el control y evaluación de los recursos humanos y materiales; estableciendo requerimientos mínimos para el funcionamiento del gabinete.

Aplica conocimientos de gerencia y gestión empresarial para realizar, planificar, organizar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar acciones administrativas en Entidades de Salud y otros. Participa como parte del equipo de Unidades de Epidemiología, Salud Pública, Capacitación, entre otras, de acuerdo a sus competencias. (5).

Perfil del Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación

El Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación, es un profesional independiente, altamente capacitado, con espíritu crítico, que actúa directamente con las personas, realizando la evaluación, diagnóstico físico – funcional, programación y tratamiento para la promoción y prevención, mantenimiento y/o restablecimiento funcional en problemas de salud relacionados con deficiencias, discapacidades y minusvalías buscando optimizar las capacidades fisiológicas y psico – neuro - sensorio motrices de la persona en relación con su entorno familiar, socio cultural y laboral; teniendo como objetivo de la reinserción físico - funcional. Interactúa con el equipo transdisciplinario de profesionales de salud para el logro de los objetivos de tratamiento.

Funciones del Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación

El Tecnólogo Médico en el Área de Terapia Física y Rehabilitación se desempeña:

AMBITO ADMINISTRATIVO – ASISTENCIAL

En todos los niveles de atención en Salud, en Instituciones públicas y privadas: Centros de Salud, Hospitales, Institutos Especializados, Clínicas, entidades Prestadoras de Salud (EPS). Interviene en los Programas de Salud.

Instituciones de Salud Mental y Centros de Rehabilitación de fármaco dependencia y centros para la tercera edad.

Centros de Rehabilitación Profesional.

Centros de Rehabilitación de Alteraciones Sensoriales.

AMBITO EDUCATIVO

En Centros Educativos pre – escolares y escolares, programa, dirige, evalúa y realiza el tratamiento.

En Centros de Educación Especial, organiza, programa, evalúa y realiza tratamiento.

En Programas Especiales del Ministerio de Educación: Programa de Intervención Temprana (PRITE), PRONOEI, Wawa-wasi, realiza

estimulación temprana, psicomotricidad y tratamiento de deficiencias neuro - sensorio motrices.

En Universidades Públicas y Privada, realiza labor docente, docente – asistencial y administrativa.

AMBITO EMPRESARIAL

En Empresas públicas y privadas, como asesor, consultor, promotor e investigador en entidades productoras, distribuidoras y/o comercializadoras de equipos o aditamentos usados en el desempeño profesional.

AMBITO LEGAL

Como Perito Judicial en el campo de su especialidad.

AMBITO PARTICULAR

En la práctica privada independiente de atención domiciliaria.

En la práctica privada independiente en su propio establecimiento.

AMBITO DEPORTIVO

En Instituciones Deportivas públicas y privadas, realiza actividades de: Prevención, evaluación y tratamiento de lesiones deportivas, brindando asesoría y coordinación de programas de potenciación

muscular y entrenamiento en actividad deportiva para atletas normales y de alto rendimiento.

II. Conocimientos

El conocimiento desde el punto de vista conductista

El Conductismo aparece a mediados de 1910-1920 como reacción frente a la psicología de la introspección. Los defensores de esta teoría piensan que es necesario cambiar el objeto de estudio; en lugar de la conciencia éste debería ser la conducta observable.

Uno de los objetivos principales que se persigue con el Conductismo, es hacer de la psicología una Ciencia Natural, y como tal, debería tener métodos que permitan observar y medir variables.

Las bases epistemológicas del conductismo están en el empirismo, ya que se considera que "el conocimiento es una copia de la realidad". Por otro lado, según esta teoría, el hombre es una "tabula rasa", o sea una "tabla en blanco" en el cual se imprimen los datos de la realidad.

El conductismo es una corriente de la psicología inaugurada por John B. Watson (1878-1958) que defiende el empleo de procedimientos estrictamente experimentales para estudiar el comportamiento observable (la conducta) y niega toda posibilidad de utilizar los métodos subjetivos como la introspección. Su fundamento teórico está basado en que a un estímulo le sigue una respuesta, siendo ésta el resultado de la interacción entre el

organismo que recibe el estímulo y el medio ambiente. Considera que la observación externa es la única posible para la constitución de una psicología científica.

El enfoque conductista en psicología tiene sus raíces en el asociacionismo de los filósofos ingleses, así como en la escuela de psicología estadounidense conocida como funcionalismo y en la teoría darwiniana de la evolución, ya que ambas corrientes hacían hincapié en una concepción del individuo como un organismo que se adapta al medio (o ambiente).

El conductismo desde un principio se inspiró en los trabajos realizados por el Ruso Iván Pavlov sobre reflejos condicionados y sobre los estudios acerca del aprendizaje realizados por Thordike (Cf. Hilgard y Bower, 1975).

John B. Watson (1878-1958)

Psicólogo estadounidense, nacido en Greenville, Carolina del Sur, y formado en las universidades Furman y Chicago. Fue profesor y director del laboratorio de Psicología de la Universidad Johns Hopkins de 1908 a 1920.

Sus escritos incluyen, entre otros, Educación animal (1903), Conducta, una introducción a la psicología comparativa (1914), El conductismo (1925) y El cuidado psicológico del niño pequeño (1928).

El manifiesto de Watson:

La psicología, tal como el conductista la ve, es una rama puramente objetiva y experimental de las ciencias naturales. Su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta. La introspección no es parte esencial de sus métodos ni depende el valor científico de sus datos de la prontitud con la que se presten a interpretación en términos de conciencia. El conductista, en sus esfuerzos por lograr un esquema unitario de la respuesta del animal, no reconoce divisoria entre el hombre y éste. La conducta del hombre, con todos sus refinamientos y complejidad, es sólo una parte del esquema total de investigación del conductista. (Watson, 1913, p. 158).

El inicio de la terapia conductista como disciplina científica aplicada a la comprensión y tratamiento de los problemas psicológicos se ubica a comienzos del siglo XX.

Como ya se ha mencionado, John B. Watson fue el primer investigador que trabajó con lo que él mismo denominó "conductismo". En aquel entonces, en la psicología predominaba el estudio de los fenómenos psíquicos internos mediante la introspección, método muy subjetivo. Watson no negaba la existencia de los fenómenos psíquicos internos, pero insistía en que tales experiencias no podían ser objeto de estudio científico porque no eran observables.

Podemos distinguir dos aspectos en el conductismo de Watson. En primer lugar, el conductismo metafísico por el cual sostenía que la mente no existe y que toda actividad humana incluyendo pensamientos y emociones, se pueden explicar a través de

movimientos musculares o secreciones glandulares. Por otra parte, Watson negaba el papel de la herencia como determinante del comportamiento ya que consideraba que la conducta se adquiere casi exclusivamente mediante el aprendizaje.

Watson propuso un método para el análisis y modificación de la conducta, ya que para él, el único objeto de estudio válido para la psicología era la conducta observable. Quiso hacer científico el estudio de la psicología empleando sólo procedimientos objetivos como los de las ciencias naturales para el estudio de los comportamientos humanos. De esta manera, sentó las bases de lo que hoy conocemos como "conductismo metodológico", que se fue desarrollando con el correr del tiempo.

Aunque actualmente el conductismo no se limita al estudio de fenómenos observables sino que también incluye sucesos internos (pensamientos, imágenes), se mantiene el criterio de relacionar los postulados teóricos con la conducta manifiesta mediante un enfoque experimental.

Podemos decir que el verdadero despegue de la terapia del comportamiento se produce después de la Segunda Guerra Mundial, desarrollándose lo que se conoce como "neoconductismo". Estas nuevas orientaciones conductistas difieren en cierto grado de sus antecesores pero, al mismo tiempo, toman muchos elementos de teóricos del aprendizaje anteriores como Pavlov y Thorndike.

A partir de la década del '30, se desarrolló en Estados Unidos el "condicionamiento operante", como resultado de los trabajos realizados por B. F. Skinner y colaboradores. El enfoque de este psicólogo, filósofo y novelista, conocido como conductismo radical, es semejante al punto de vista de Watson, según el cual la psicología debe ser el estudio del comportamiento observable de los individuos en interacción con el medio que les rodea.

Los Trabajos de Skinner

El enfoque de este psicólogo, filósofo y novelista, conocido como conductismo radical, es semejante al punto de vista de Watson, según el cual la psicología debe ser el estudio del comportamiento observable de los individuos en interacción con el medio que les rodea. Skinner, sin embargo, difería de Watson en que los fenómenos internos, como los sentimientos, debían excluirse del estudio. Sostenía que estos procesos internos debían estudiarse por los métodos científicos habituales, haciendo hincapié en los experimentos controlados tanto con animales como con seres humanos.

Sus investigaciones con animales, centradas en el tipo de aprendizaje -conocido como condicionamiento operante o instrumental- que ocurre como consecuencia de un estímulo provocado por la conducta del individuo, probaron que los comportamientos más complejos como el lenguaje o la resolución de problemas, podían estudiarse científicamente a partir de su relación con las consecuencias que tiene

para el sujeto, ya sean positivas (refuerzo positivo) o negativas (refuerzo negativo).

En la década del '50 surgen en distintos lugares y como resultado del trabajo de investigadores independientes, corrientes de pensamiento que luego confluirán. Una de ellas es la de Joseph Wolpe en Sudáfrica que trabajaba con el modelo del "condicionamiento clásico" o pavloviano.

Wolpe demostró cómo podía desaprenderse o inhibirse la ansiedad condicionada. Partiendo de los trabajos de Hull (1884-1952) y de los resultados obtenidos con sus propias "neurosis experimentales", estableció el importante principio de la inhibición recíproca.

Otro investigador que trabajó desde la perspectiva del condicionamiento clásico es H.J. Eysenck, quien abordó con mucho rigor científico el estudio de la personalidad.

A partir de los años sesenta, se desarrolla el "aprendizaje imitativo" u observacional que estudia bajo qué condiciones se adquieren, o desaparecen, comportamientos mediante el proceso de imitación. Esto fue introducido por Bandura y Walters quienes describen un modelo de aprendizaje que tiene una base "mediacional": el individuo aparece como un intermediario activo entre el estímulo y la respuesta. Esta orientación mediacional adquiere gran relevancia en las décadas del '60 y '70 y en el desarrollo de corrientes cognitivas ya que, a partir de los sesenta, varios autores comienzan a trabajar aplicando la metodología conductista a los procesos psicológicos subjetivos.

Los trabajos pioneros en esta línea corresponden a Albert Ellis, que desarrolló una forma de psicoterapia llamada "Terapia Racional Emotiva" (TRE). Más adelante fue complementado y ampliado por varios autores como Aaron Beck quien propuso un modelo psicopatológico de base cognitiva y una "terapia cognitivo-conductual de las depresiones"; Martín Seligman que trabajó sobre el fenómeno depresivo y propuso el modelo de la "desesperanza aprendida"; Donald Meichenbaum que desarrolló un procedimiento conocido como "entrenamiento autoinstruccional"; etc.

Todos estos modelos interactúan para determinar la multiplicidad de comportamientos humanos, conformando procesos de aprendizaje complejos.

Influencia del conductismo

La influencia inicial del conductismo en la psicología fue minimizar el estudio introspectivo de los procesos mentales, las emociones y los sentimientos, sustituyéndolo por el estudio objetivo de los comportamientos de los individuos en relación con el medio, mediante métodos experimentales.

El conductismo actual ha influido en la psicología de tres maneras: ha reemplazado la concepción mecánica de la relación estímulo-respuesta por otra más funcional que hace hincapié en el significado de las condiciones estimulares para el individuo; ha introducido el empleo del método experimental para el estudio de los casos individuales, y ha demostrado que los conceptos y

los principios conductistas son útiles para ayudar a resolver problemas prácticos en diversas áreas de la psicología aplicada.

Escuelas conductistas

Estructuralismo

En la primera década del siglo XX, Wundt y su discípulo Titchener discuten con un grupo de psicólogos de la universidad austriaca de Würzburg acerca del número de elementos últimos de la mente y ciertas condiciones del método de la introspección científica.

El objeto de estudio de esta escuela es la conciencia, mediante la introspección o autoobservación controlada.

La mente o conciencia inmediata no es algo sustancial, sino un proceso. Los elementos simples e irreductibles sobre los que descansa toda la actividad mental son: sensación, sentimiento e imagen.

La escuela de Würzburg distingue un cuarto elemento: las actitudes inconscientes o pensamiento. Esta escuela además enfatiza el carácter activo de la mente, que regula el curso del pensamiento y dirige la decisión. (Tradicionalmente se venía aceptando que el proceso de pensar, pasar de un contenido a otro, venía determinado por la ley de asociación: por contigüidad, semejanza y contraste.).

Gestalt

Max Wertheimer es considerado como el fundador del gestaltismo o psicología de la gestalt y sus dos máximos representantes son

Wolfgang Koehler y Kurt Koffka. Esta escuela no se opuso, como lo hizo el conductismo, a que la conciencia y la mente fueran el estudio de la psicología, ni tampoco la utilización de la introspección como método científico. Sin embargo si se opuso a las teorías reduccionistas y atomicistas, pues considera que la conciencia o la mente es un tema demasiado amplio para ser estudiado a partir de sus elementos más simples, pues esto destruiría su unidad fundamental y el hecho de que es una totalidad organizada. De hecho Gestalt significa forma, pauta o estructura.

Esta corriente se centra en el estudio del modo como se organiza la percepción y el pensamiento en términos de un todo, y no en elementos aislados. Asume que la percepción es una totalidad: percibimos a los objetos como un todo organizado y no como un agregado de sensaciones individuales. Esta percepción es innata.

El fundamento básico de la gestalt, es que un todo es diferente a la suma de sus partes, por ejemplo, los anuncios eléctricos nos presentan elementos que parecen moverse; pero en realidad, nada se mueve. Simplemente se apagan y se encienden luces a un determinado ritmo, solo que no percibimos las luces aisladas, sino que percibimos un todo bien sincronizado.

Su objeto de estudio es la conducta entendida en forma global, pues consideran que el todo es más que la suma de las partes, no lo reducen a elementos fisiológicos disgregados y desconectados.

La clave de explicación está no en la experiencia sino en la reorganización del campo perceptivo, es decir, en la configuración dinámica de esa experiencia consciente. Plantean que es la interpretación o representación que hace la persona del ambiente, lo que influye en la conducta y no viceversa.

Su método de estudio es a través de la introspección, de la experimentación y de la fenomenología. Rechazan la primacía de la cuantificación o los datos estadísticos, ya que hay muchas experiencias que no pueden cuantificarse o reducirse a datos numéricos.

La psicología contemporánea todavía se encuentra influenciada por esta corriente y utiliza muchos de sus descubrimientos.

Principios de la Psicología de la Gestalt:

1) Isomorfismo: entre la experiencia y los procesos fisiológicos subyacentes, existe la misma relación que entre un mapa y el territorio que representa (se trata de realidades distintas, aunque el uno sirve como guía del otro).

2) Totalismo: la experiencia se ha de estudiar tal y como se nos ofrece, sin dividirla en sus partes constituyentes.

Funcionalismo

Aportaciones de Dewey 1) Incorporó la psicología al darvinismo: la mente y la conducta son funciones adaptativas, mediante las cuales el organismo realiza los fines de la supervivencia individual y de la especie. 2) Rechazó el asociacionismo atomista (ya que divide la

actividad mental y conductual en unidades artificiales) y la psicología del contenido (es incapaz de reconocer que una misma sensación tiene diferentes significados, dependiendo del contexto conductual). 3) Hace de la acción o conducta el punto central de la psicología. Como Darwin, James pensaba que lo que la conciencia contiene es menos importante que lo que hace.

La función principal de la conciencia es elegir, orientándose siempre hacia un fin, el primero de los cuales es la supervivencia mediante la adaptación al medio ambiente. Principio básicos de James que influyeron en la posterior psicología:

Funcionalismo (psicología), también conocida como psicología funcionalista, es la escuela psicológica que subraya el estudio de la mente como una parte funcional, esencialmente útil, del organismo humano. La actitud funcionalista fue consecuencia lógica de la propagación del darwinismo y su doctrina de la "supervivencia de los más aptos".

El funcionalismo psicológico insistía en la importancia de técnicas como los tests de inteligencia, y las experiencias controladas para medir la capacidad de los tests de inteligencia, y las experiencias controladas para medir la capacidad de los animales para aprender y resolver problemas. Este tipo de investigación representaba una clara ruptura con los métodos introspectivos utilizados por los primeros psicólogos del siglo XIX.

Entre los representantes más destacados de esta corriente se cuentan los filósofos William James y John Dewey, el primero que enseñó formalmente la doctrina funcionalista. Desde 1890 hasta 1910, el funcionalismo fue el movimiento más importante en la psicología académica anglosajona y, en muchos sentidos, el precursor del conductismo. El funcionalismo no ha continuado como una doctrina psicológica independiente: sus puntos de vista han sido incorporados a la corriente general del pensamiento psicológico contemporáneo, sobre todo a la psicología aplicada y, en concreto, a la medida de la inteligencia y las aptitudes básicas.

Psicoanálisis

Fundada por Sigmund Freud (1856-1939), conocido como el padre del psicoanálisis, también son sus representantes Alfred Adler y Carl Jung, los cuales se separaron de Freud y crearon sus propias corrientes conocidas como la psicología analítica y la psicología individual, respectivamente.

Psicoanálisis, nombre que se da a un método específico para investigar los procesos mentales inconscientes y a un enfoque de la psicoterapia. El término se refiere también a la estructuración sistemática de la teoría psicoanalítica, basada en la relación entre los procesos mentales conscientes e inconscientes

El psicoanálisis intenta explicar tanto la conducta normal como la anormal. Busca esencialmente, evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y pensamientos.

Las técnicas del psicoanálisis y gran parte de la teoría psicoanalítica basada en su aplicación fueron desarrolladas por el neurólogo austriaco Sigmund Freud. Sus trabajos sobre la estructura y el funcionamiento de la mente humana tuvieron un gran alcance, tanto en el ámbito científico como en el de la práctica clínica.

Conductismo

Corriente de la psicología que defiende el empleo de procedimientos estrictamente experimentales para estudiar el comportamiento observable (la conducta), considerando el entorno como un conjunto de estímulos-respuesta.

El enfoque conductista en psicología tiene sus raíces en el asociacionismo de los filósofos ingleses, así como en la escuela de psicología estadounidense conocida como funcionalismo y en la teoría darwiniana de la evolución, ya que ambas corrientes hacían hincapié en una concepción del individuo como un organismo que se adapta al medio (o ambiente).

El conductismo se desarrolló a comienzos del siglo XX; su figura más destacada fue el psicólogo estadounidense John B. Watson. En aquel entonces, la tendencia dominante en la psicología era el estudio de los fenómenos psíquicos internos mediante la introspección, método muy subjetivo. Watson no negaba la existencia de los fenómenos psíquicos

internos, pero insistía en que tales experiencias no podían ser objeto de estudio científico porque no eran observables. Este enfoque estaba muy influido por las investigaciones pioneras de los fisiólogos rusos Iván Pávlov y Vladimir M. Bekhterev sobre el condicionamiento animal. Watson propuso hacer científico el estudio de la psicología empleando sólo procedimientos objetivos tales como experimentos de laboratorio diseñados para establecer resultados estadísticamente válidos. El enfoque conductista le llevó a formular una teoría psicológica en términos de estímulo-respuesta.

Según esta teoría, todas las formas complejas de comportamiento -las emociones, los hábitos, e incluso el pensamiento y el lenguaje- se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas. Watson sostenía que las reacciones emocionales eran aprendidas del mismo modo que otras cualesquiera.

La teoría watsoniana del estímulo-respuesta supuso un gran incremento de la actividad investigadora sobre el aprendizaje en animales y en seres humanos, sobre todo en el periodo que va desde la infancia a la edad adulta temprana.

A partir de 1920, el conductismo fue el paradigma de la psicología académica, sobre todo en Estados Unidos. Hacia 1950 el nuevo movimiento conductista había generado numerosos datos sobre el aprendizaje que condujo a los nuevos psicólogos experimentales estadounidenses como Edward C. Tolman, Clark L. Hull, y B. F.

Skinner a formular sus propias teorías sobre el aprendizaje y el comportamiento basadas en experimentos de laboratorio en vez de observaciones introspectivas.

Humanismo

Surge como reacción a las visiones reduccionistas y mecanicistas hacia el ser humano.

En esta corriente se agrupan todos aquellos movimientos que guían su estudio desde una perspectiva fenomenológica e ideográfica y no aceptan que la psicología se incluya dentro de las ciencias biológicas, ya que dicen que sus métodos no son de fácil comprensión para el hombre como persona.

Sus máximos representantes son: Allport, Rogers, Maslow; tienen como meta humanizar la psicología. Consideran que el hombre es quien forja su vida y su comportamiento de acuerdo a objetivos y propósitos libremente escogidos.

Por eso el estudio de esta psicología es estudiar al hombre como totalidad y en relación con la naturaleza. Se interesan por la vida psíquica y sus diversas manifestaciones.

Plantean que el hombre está orientado hacia la autorrealización y para ello cuenta con el libre albedrío (capacidad de decidir libremente).

No poseen un único método. Consideran sin embargo, importante para su estudio apoyarse en el análisis de escritos, estudios de casos

y reflexión crítica. Estos métodos no deben prevalecer sobre el método a investigar.

El más reconocido es Abraham Maslow formado bajo la corriente psicoanalista y denominó a la Psicología humanista como la tercera fuerza, la cual se opone a dos de los grandes sistemas psicológicos que son el psicoanálisis y el conductismo. Para la corriente humanista el hombre es un ser libre que dirige su destino sin estar atado a motivaciones inconscientes, como afirma el psicoanálisis, o a reaccionar por medio de estímulos, base del conductismo.

Las características básicas de la psicología humanista son que cada hombre percibe una realidad desde su punto de vista y subjetividad. El hombre crece, se desarrolla y se reproduce porque esa es su naturaleza, posee conciencia de sí mismo y se reconoce como diferente a los demás y su libertad es mayor dependiendo de las circunstancias.

Cognoscitiva.

Lo cognoscitivo se deriva del latín y significa "conocer". La psicología cognoscitiva se ocupa de estudiar el proceso de conocimiento humano, mediante el cual, el hombre percibe la realidad que lo rodea y su manera de utilizarla para relacionarse. La principal influencia de esta corriente es la gestalt y se oponen, como ella, a las teorías mecanicistas y atomista del conductismo.

El representante más importante de esta corriente es Jean Piaget, quien cree que la inteligencia participa de forma activa en el individuo y es una forma de adaptación biológica que tiende al equilibrio. El hombre organiza y reorganiza estructuras cognoscitivas a través del desarrollo, donde nuevas formas superan y se integran a las anteriores, transformándose cada vez más en estructuras más complejas.

Piaget estudió del desarrollo de las capacidades cognitivas con una base orgánica-biológica, lo que se conoce como epistemología genética identifica y diferencia cuatro periodos en el desarrollo intelectual, del nacimiento hasta la edad adulta.

Piaget planteó una teoría, no una ley, por lo tanto, un niño, como ser único e individual que es, se desarrolla a su propio ritmo.

Según Piaget el desarrollo es el resultado de tres funciones, las cuales no cambian a través del tiempo.

El desarrollo cognoscitivo constituye para Piaget una serie ordenada de formas de conocimiento que reflejan el cúmulo de experiencias tenidas por el individuo, no obstante, sus rasgos característicos posibilitan hablar de una forma general de etapas secuenciales invariables.

El trabajo empírico de Piaget ha estado dedicado, en buena medida, a descubrir esos cambios en cada individuo, y ha propuesto que los momentos claves del desarrollo ontogenético son:

Interiorización progresiva de la conducta (se piensan acciones y consecuencias antes que actuar a ciegas).

Diferenciación, cada vez mayor de esquemas (aumento de la capacidad del sujeto).

Integración de esquemas jerárquicos (produce más estabilidad y control de la conducta).

Piaget distingue tres grandes períodos que se corresponden con tres tipos de inteligencia o estructuras cognoscitivas y de formas de pensamiento que entran en el curso del desarrollo cognoscitivo del niño y el adolescente.

Los principales aportes de la psicología cognoscitiva son:

Introducción de nuevos conceptos

Se entiende al sujeto activo

Defensa del constructivismo (el sujeto elabora un conocimiento a partir de la experiencia).

El conocimiento desde el punto de vista constructivista.

El Constructivismo es la Teoría del Aprendizaje que destaca la importancia de la acción es decir del proceder activo en el proceso de aprendizaje.

Inspirada en la psicología constructivista, se basa en que para que se produzca aprendizaje, el conocimiento debe ser construido o reconstruido por el propio sujeto que aprende a través de la acción,

esto significa que el aprendizaje no es aquello que simplemente se pueda transmitir.

Así pues aunque el aprendizaje pueda facilitarse, cada persona (estudiante) reconstruye su propia experiencia interna, por lo que el aprendizaje no puede medirse, por ser único en cada uno de los sujetos destinatarios del aprendizaje.

Esta teoría es del aprendizaje, no una descripción de cómo enseñar. Los alumnos construyen conocimientos por sí mismos. Cada uno individualmente construye significados a medida que va aprendiendo.

Tres son los representantes de esta teoría del aprendizaje centrada sobre todo en la persona en si, sus experiencias previas que le llevan nuevas construcciones mentales, cada uno de ellos expresa la construcción del conocimiento dependiendo de si el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento,(Piaget); si lo realiza con otros (Vigotsky) o si es significativo para el sujeto (Ausubel).

III. Conductas

Relación de la conducta y el conocimiento

Las bases de la conducta humana son fisiológicas y psicológicas: porque el hombre es un compuesto de cuerpo y alma. El cuerpo constituye el soma y el alma el psique. Por eso decimos que el hombre es una realidad someto-síquica. Las funciones propias del cuerpo las estudia la fisiología y las funciones propias del alma las estudia la

psicología. Sería un burdo error materialista el pretender, que la conducta humana solo depende de los fenómenos fisiológicos. Pues siendo el hombre una realidad someto-síquica la conducta del mismo depende de factores psicológicos y de factores fisiológicos.

La realización misma de la vida de cada sujeto, no la vida biológica simple, sino la vida que realiza como miembro de un grupo social, constituye la expresión de su personalidad, hecho que se conoce con el nombre de conducta.

La conducta es, entonces, la expresión de todas las características personales, es la manera como cada uno realiza su propia cualidad, como se manifiesta lo que es. Todo lo que la personalidad tiene de íntimo, la conducta lo tiene de externo: es la misma personalidad, pero manifiesta; es la manera de ser, mostrada al exterior. Consecuentemente, al considerar la personalidad y la conducta como hechos correlativos (pues cada manera de ser corresponde una manera de manifestarse, o mas claramente, todo ser se manifiesta), la cuestión de cómo investigar la personalidad, como peculiaridad de cada uno de los sujetos, se resuelve al considerar que, siendo la conducta la proyección de la personalidad, el estudio de aquella es el camino para el conocimiento de esta. Así, por ejemplo, el estudio de las manifestaciones de la inteligencia nos permite apreciarla en su cantidad; el conocimiento de las actitudes de los sujetos nos lleva a descubrir sus intereses, etc. El estudio de la personalidad se hace a través del estudio de la conducta.

Claro está que, al hablar de un estudio de la personalidad a través de la conducta, nos referimos al aspecto psicológico de la personalidad, pues aunque ésta está constituida no tan solo por elementos psíquicos, sino también somáticos y funcionales, estos últimos constituyen una realidad concreta que se puede apreciar directamente, como el peso, la estatura, el rigor, las agudezas sensoriales, etc. El estudio de la conducta nos proporciona pues, el conocimiento de algunos rasgos psicológicos de la personalidad.

La motivación de la conducta

En términos generales, tanto los animales como los seres humanos entran en actividades movidas por algún resorte. La vida es un proceso de interacción constante entre el ser y el medio en que vive. Toda conducta está, pues, determinada por dos clases de factores: externos unos, como los estímulos o situaciones externas, e internos otros, como la condición en que se encuentran los órganos y tejidos del ser vivo en un momento dado.

Otros resortes de la conducta humana

Estudiar los resortes de la conducta animal es bastante fácil, y se ha hecho en los laboratorios de psicología con notables resultados. Pero la conducta humana es enormemente más complicada que la conducta animal. Además de los imperativos fisiológicos, y por sobre ellos, el hombre es también movido por incentivos morales y sociales.

Así, por ejemplo, el deseo de obtener la admiración y el respeto de sus conciudadanos, la ambición de conquistar fama y gloria, los sentimientos de honor, de justicia, etc., actúan a menudo como potentes resortes de la acción humana.

Los seres humanos se ven colocados frecuentemente en situaciones muy complejas, en que intervienen muchos de esos resortes de la acción, a veces incompatibles entre sí, son situaciones de conflicto.

Factores que intervienen en la conducta humana

Entre los factores que intervienen en la conducta humana, aparecen dos básicos, que son:

Los Factores biológicos

Los factores ambientales y de socialización

Factores Biológicos:

Entre todas las posibilidades genéticas de dos, cada ser humano que nace hace su propia combinación de genes los cuales influyen en el desarrollo biológico y determina en parte la conducta. A ese elemento lo llamamos genotipo.

Sobre esta estructura genética actúan otros factores como son los externos (alimentación, medicinas ingeridas durante el embarazo, estados emocionales durante este periodo, cómo aconteció el parto, etc.). A la unión de estos factores se les denomina fenotipo.

Factores Ambientales y de Socialización:

El medio ambiente es todo lo que nos rodea y todos los elementos ambientales son necesarios para el desarrollo físico e intelectual normal. La socialización se refiere a los modelos de conducta que adoptamos en los grupos, como son: la familia, la escuela, los amigos, etc. (6).

Relación de la percepción y su influencia en las conductas.

A la hora de abordar el estudio de la personalidad en el contexto de la salud, numerosos estudios (Bermúdez, 1999; Booth-Kewley y Vickers, 1994; Marshall et al, 1994; Van Heck, 1997) coinciden en señalar que es necesario tener en cuenta tanto los aspectos estructurales de la personalidad, como las unidades intermedias relacionadas con los procesos que originan la conducta

Tomando como punto de referencia la vertiente más estructural de la personalidad, un modelo que ha recibido una atención creciente, por su adecuación para representarla de manera comprensiva (Marshall et al., 1994), es el modelo de los Cinco Factores (Norman, 1963; McCrae y Costa, 1985). De acuerdo con este paradigma, la personalidad estaría configurada en cinco dimensiones amplias, que implicarían tendencias estables y consistentes de respuesta (John, 1990). Estas dimensiones son la Extraversión, que implica aspectos como la asertividad y el dinamismo; la Afabilidad, que supone la

capacidad de ser compasivo y confiado; el Tesón, el cual incluye la tendencia a la organización y la eficiencia; el Neuroticismo, que equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos; y la Apertura a la Experiencia, que refleja el mantenimiento de valores e ideas no convencionales, y la amplitud de intereses. McCrae y Costa (1987,1997) han obtenido evidencia respecto de estos factores empleando muestras de diferentes nacionalidades, e instrumentos de medición diversos. De otro lado, la comprensión de la personalidad a partir de unidades de nivel intermedio, organizadas en procesos de mayor dinamismo (Cantor, 1990; Van Heck, 1997), puede ampliar el conocimiento acerca de las conexiones entre la personalidad y la salud, al contemplar la influencia del contexto donde ocurre la conducta. En particular, la percepción de autoeficacia constituye un tipo de proceso con una clara influencia sobre la realización de la conducta (Bandura, 1989). En los términos propuestos por Bandura (1977; 1997), la expectativa de autoeficacia hace referencia a la estimación personal de que se es capaz de llevar a cabo una conducta específica. Otros autores (Baessler y Schwarzer, 1996; Schwarzer, 1993) han planteado esta creencia de forma más global, refiriéndola a la confianza que se tiene en la capacidad para solventar las situaciones de estrés y considerándola como una expectativa de autoeficacia generalizada (AEG). Finalmente, desde una óptica más intermedia, Wallston y colaboradores (Smith, Wallston y Smith, 1995) han sugerido la competencia percibida en salud (CPS),

designando con ella el nivel de autoeficacia que se percibe en relación con los problemas y asuntos relativos a la salud. (7).

1.6. Marco Conceptual:

El conocimiento

Es lo que nos permite tomar decisiones y actuar . Su materia prima es la información, pero ésta no permite actuar hasta que se convierte en conocimiento, está integrado por información (necesitamos pues tener la información memorizada, o en un papel o pantalla, o viendo a una persona haciendo alguna actividad, pero no basta con tener la información). El conocimiento es una información dirigida a la realización de una actividad, a solucionar un problema, es un "saber hacer". Características:

El conocimiento no es un objeto, es intangible, invisible... a veces hasta inocnscente. El conocimiento no es un objeto, es una estructura neuronal (está en el cerebro de cada uno). No se puede transmitir como un objeto de una persona a otra (se puede memorizar información, pero no conocimiento); solo se adquiere cuando "se aprende haciendo" (a menudo

varias veces) una determinada actividad, generando las correspondientes estructuras neuronales.

Es una estructura neuronal generada tras largos procesos de aprendizaje. No se puede transferir, solamente lo podemos adquirir las personas cuando "aprendemos". El conocimiento siempre es aprendido.

Cuando quien tiene un conocimiento lo escribe, se convierte en información para los demás. La información Sí se puede almacenar y transferir.

La persona inteligente es la que sabe elegir bien. Y así se adapta bien al medio o lo transforma. Para ello debe contar con la información necesaria. Cuando ante una situación nueva no la tiene, se inicia el proceso de aprender.

Es propiedad de las personas, que no podemos vivir sin conocimiento.

Muchas veces las prisas del día a día no nos dejan tiempo para reflexionar. Y sin reflexionar no hay aprendizaje. Con ello estamos más expuestos a repetir errores y perdemos oportunidades de mejorar..

El cerebro nos ayuda de 2 maneras a ser inteligentes:

- Sacar partido de lo que sabemos.
- Registrar, sistematizar, almacenar lo que aprendemos.

El conocimiento siempre es una elaboración personal, fruto de las asociaciones que nuestro cerebro es capaz de hacer a partir de su

experiencia, de la información que ya tenemos, y de la que hemos seleccionado y analizado. El conocimiento se elabora para dar respuesta a alguna cuestión de nuestro interés. Por lo tanto siempre supone más que la información de la que hemos partido para construirlo, tiene una funcionalidad.

Las personas construimos continuamente conocimientos útiles para afrontar las situaciones que se nos presentan a partir de la información de que disponemos en la memoria y de la que podemos encontrar en nuestro entorno. En la sociedad actual, que pone a nuestro alcance cantidades ingentes de información de todo tipo, una de las competencias básicas de todos los ciudadanos debe ser saber aprovechar esta información para construir conocimientos, y para ello deben:

- Saber determinar la información que necesitamos en cada situación.
- Saber buscarla y encontrarla
- Analizarla, relacionarla, valorarla, seleccionarla y ordenarla en función de lo que pretendemos
- Aplicarla para elaborar los conocimientos que necesitamos (8)

Nivel de conocimientos

Capacidad de una persona de definir y describir con sus criterios y experiencias sobre un tema en particular.

Nivel alto de Conocimientos; Capacidad cognitiva amplia para definir y describir sobre un tema en particular.

Nivel Medio de Conocimientos; Capacidad cognitiva regular para definir y describir sobre un tema en particular.

Nivel Bajo de Conocimientos; Capacidad cognitiva deficiente para definir y describir sobre un tema en particular.

Intención de consulta fisioterapéutica; Pensamiento consiente para la toma de una decisión que involucra asistir al servicio de fisioterapia.

Intención Nunca; Pensamiento negativo para tomar una decisión de asistir a la consulta fisioterapéutica.

Intención Poco Probable; Pensamiento indeciso con carácter negativo para tomar la decisión de asistir a la consulta fisioterapéutica.

Intención Muy Probable; Pensamiento positivo para tomar la decisión de asistir a la consulta fisioterapéutica.

Intención Siempre; Pensamiento firme frente a la decisión de asistir a la consulta fisioterapéutica. (9)

1.7. Hipótesis:

1.7.1. Hipótesis Principal

Si, el conocimiento sobre las áreas de ejercicio, perfil profesional, y funciones del tecnólogo médico del área de terapia física y rehabilitación son fundamentales para el paciente y personal profesional de un centro de salud, ya que con ello pueden consultarlo según sus necesidades de atención para prevenir patologías y disfunciones del sistema musculo esquelético, así como buscar una evaluación y tratarse adecuadamente o referir al paciente con el profesional indicado.

Entonces, el nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación tendría relación directa y significativa con la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de Mariano Melgar, Arequipa. Marzo - Agosto de 2016.

1.7.2. Hipótesis Secundarias

- A. Entonces, el nivel conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, es medio.

- B. Entonces, la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, poco probable.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1. Nivel, Tipo y Diseño de la Investigación:

2.1.1. Nivel de la Investigación:

El nivel de investigación es de tipo relacional.

2.1.2. Tipo de Investigación:

El tipo de investigación es aplicada, por que resuelve un problema práctico.

Figura N° 1 – Cuadro de Relación (según Pearson)

Relación
$R_{12} = \frac{S_{12}}{S_1.S_2}$

2.1.3. Diseño de la Investigación:

El diseño es Transversal, porque se aplica el instrumento una sola vez a las unidades de estudio.

2.2. Población, Muestra y Muestreo

2.2.1. Población

La población fue de:

11 profesionales asistenciales (4 médicos generales, 2 Traumatólogos, 1 Geriatras, 2 Ginecólogos y 2 Obstétrices).

Y 42 pacientes atendidos por consulta externa entre Marzo - Agosto de 2016.

2.2.2. Muestra

A criterio del investigador y cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión se ha considerado trabajar no con una muestra sino con la población (11 profesionales asistenciales y 42 pacientes) del centro de salud de Mariano Melgar.

2.3. Técnicas e Instrumentos:

2.3.1. Técnicas

C. Variable 1: Nivel de conocimientos sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación.

La técnica utilizada para el trabajo de investigación es la encuesta.

D. Variable 2: Intención de consulta fisioterapéutica.

La técnica utilizada para el trabajo de investigación es la encuesta.

2.3.2. Instrumentos

- A. Variable 1: Nivel de conocimientos sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación.
- B. Variable 2: Intención de consulta fisioterapéutica.

Para ambas variables de estudio y la variable caracterizacional se usó el cuestionario de conocimientos de perfil y funciones del Tecnólogo Médico Fisioterapéutica. (Ver anexo 3).

2.4. Técnicas de Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y el análisis de datos se utilizó:

- Ingreso de datos obtenidos en las encuestas a programas estadísticos Microsoft Excel 2016.
- El análisis e interpretación de los resultados obtenidos en las encuestas se ingresaron según los indicadores de cada variable y el problema principal.

2.4.1. Matriz de base de datos

Para el desarrollo de la matriz de base de datos se considero

- Género masculino (M) y femenino (F)
- Grupo Etario (según corresponda su edad, se dividió en 5 grupos etarios, entre 20-30, 31- 40, 41- 50, 51-60, 61-70, para así analizar el conocimiento y la intención según cada grupo)
- Grado de Instrucción: primaria, secundaria, superior técnica y superior universitaria.
- Nivel de conocimientos sobre la profesión del Tecnólogo Médico en terapia Física y Rehabilitación; alta, media y baja

- Intención de consulta fisioterapéutica: Nunca, poco probable, muy probable y siempre.

2.4.2. Sistematización de computo

Para el procesamiento de la información del trabajo se utilizó la siguiente sistematización.

- Par los textos e información del trabajo de investigación se utilizó el programa Microsoft Word 2016.
- Ordenamiento y codificación de datos con programas estadísticos Microsoft Excel 2016.
- Análisis e interpretación de los resultados de acuerdo a los indicadores de cada variable y el problema principal.

2.4.3. Pruebas Estadísticas

Según el número de unidades de estudio (población) se desarrollaron cuadros de frecuencia y contingencia para la construcción de resultados de investigación y no corresponde pruebas estadísticas de significancia.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. Resultados de la variable caracterizacional:

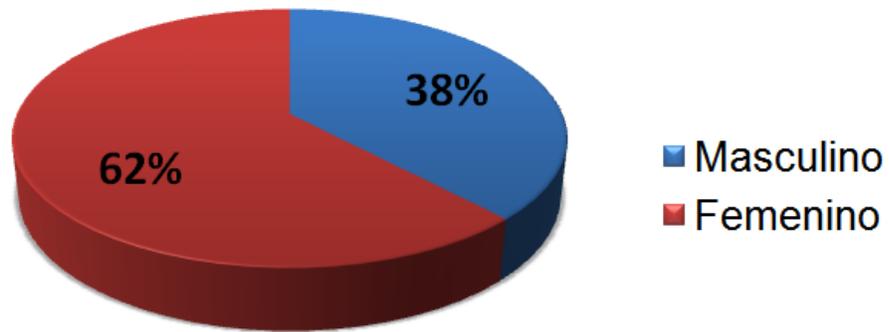
3.1.1. Indicador: Persona

Resultado 1

Tabla 1: Frecuencia de la Población por Género

GENERO	POBLACIÓN	
	fi	%
MASCULINO	20	38
FEMENINO	33	62
TOTAL	53	100

Grafico 1: Frecuencia de población por género



Descripción e Interpretación

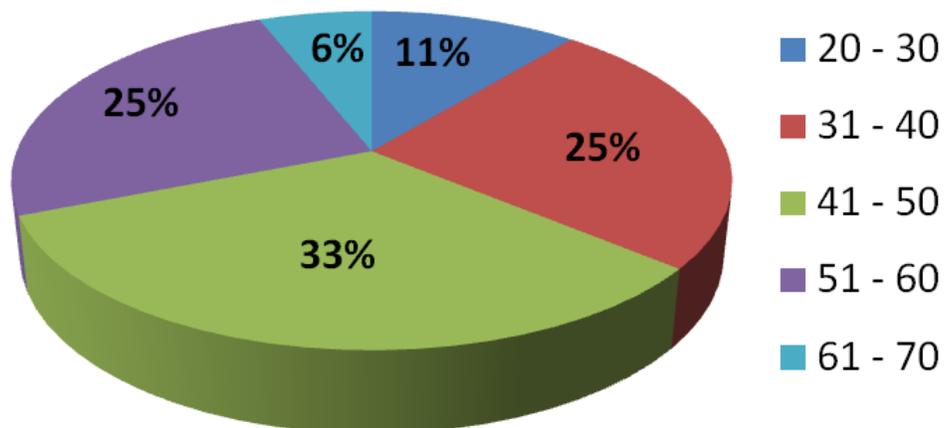
La tabla y grafico 1 muestra la frecuencia de la población por género, siendo que el género femenino es el más frecuente con 33 casos (62%), y el masculino con 20 casos equivale al 38%.

Resultado 2

Tabla 2: Frecuencia de la población por Grupos Etarios.

GRUPO ETARIO	POBLACIÓN	
	Fi	%
18 - 30	6	11
31 - 40	13	25
41 - 50	18	33
51 - 60	13	25
61 - 70	3	6
TOTAL	53	100

Grafico 2: Frecuencia de la población Grupos Etarios.



Descripción e Interpretación

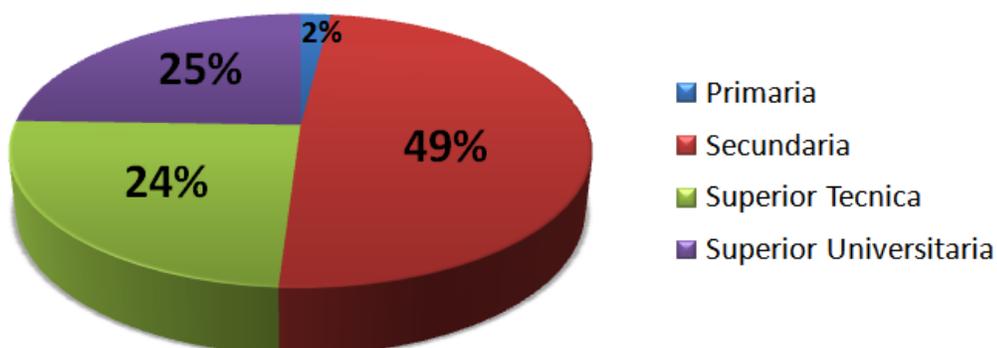
La tabla y gráfico 2 muestra la frecuencia de la población por grupo etario, siendo que de las 53 unidades de estudio el 33% (18 casos) son de 41 a 50 años, seguido del grupo de 51 a 60 y 31 a 40 años con 13 casos cada uno (25%), y el grupo menos frecuente es el de 61 a 70 años con 3 casos (6%).

Resultado 3

Tabla 3: Frecuencia de la Población por Grado de Instrucción

GRADO DE INSTRUCCION	POBLACIÓN	
	fi	%
Primaria	1	2
Secundaria	26	49
Superior Técnica	13	24.5
Superior Universitaria	13	24.5
TOTAL	53	100

Grafico 3: Frecuencia de la Población por Grado de Instrucción



Descripción e Interpretación

La tabla y gráfico 3 muestra la frecuencia de la población por grado de instrucción, siendo que de las 53 unidades de estudio el 49% (26 casos) tienen educación secundaria, seguido de los grupos con educación superior técnica y superior universitaria con 13 casos cada uno (24.5%) y el grupo menos frecuente es el que tiene educación primaria con 1 caso (2%).

3.2. Resultados de la Variable 1:

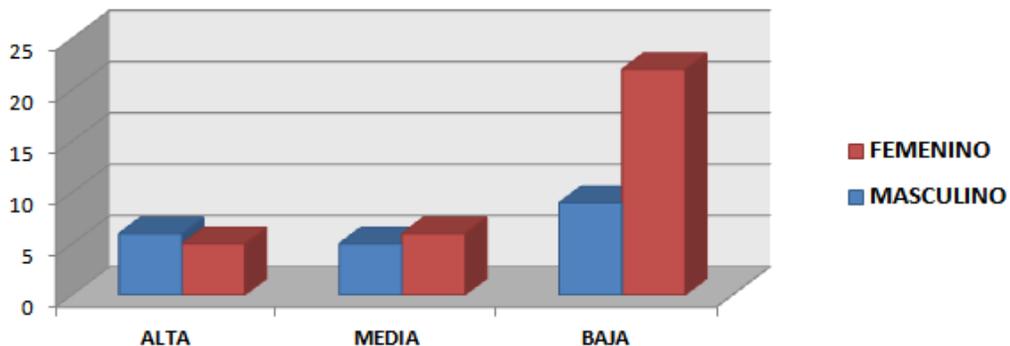
3.2.1. Indicador 1: Conocimiento

Resultado 4

Tabla 4: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Género.

GENERO	Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación			TOTAL	
	Alta	Media	Baja	fi	%
MASCULINO	6	5	9	20	38
FEMENINO	5	6	22	33	62
TOTAL	11	11	31	53	100

Grafico 4: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Género.



Descripción e Interpretación

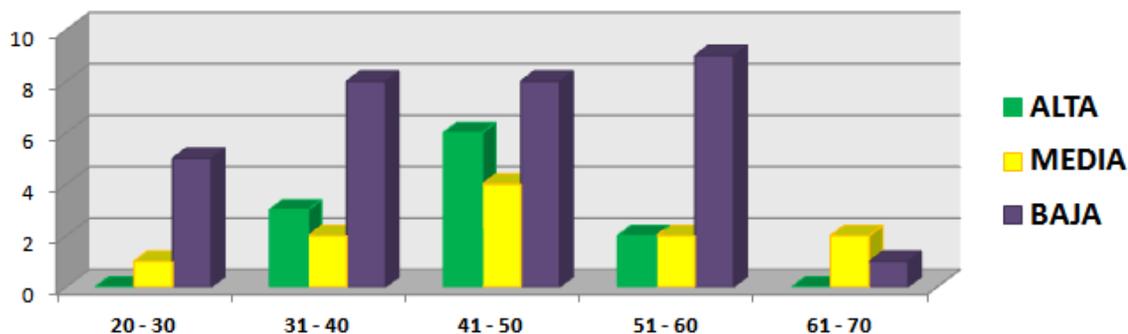
La tabla y grafico 4 muestra la distribución del nivel de conocimientos sobre la profesión de tecnólogo médico en terapia física y rehabilitación por género, siendo que el bajo nivel de conocimientos es el más frecuente en ambos géneros con 9 casos para el género masculino y 22 casos para el género femenino. Es importante señalar que el medio y alto nivel de conocimientos se observa igual en ambos géneros.

Resultado 5

Tabla 5: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Grupo Etario.

GRUPO ETARIO	Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación			TOTAL	
	Alta	Media	Baja	Fi	%
20 - 30	0	1	5	6	11
31 - 40	3	2	8	13	25
41 - 50	6	4	8	18	33
51 - 60	2	2	9	13	25
61 - 70	0	2	1	3	6
TOTAL	11	11	31	53	100

Grafico 5: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Grupo Etario.



Descripción e Interpretación

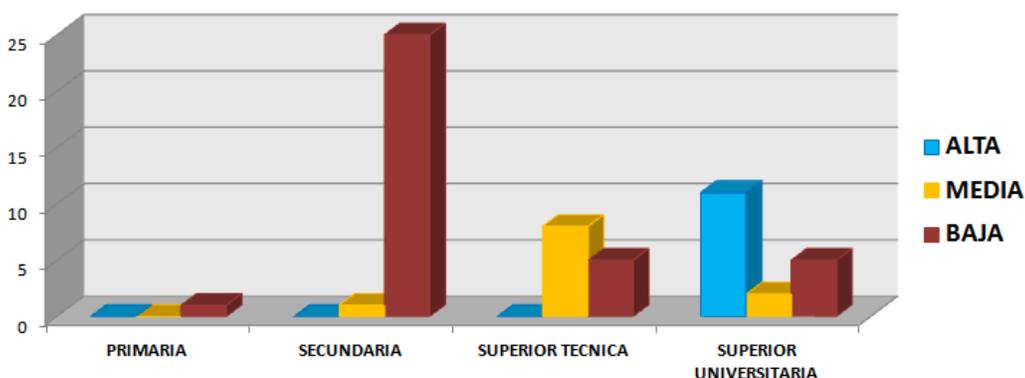
La tabla y gráfico 5 muestra la distribución del nivel de conocimientos sobre la profesión de tecnólogo médico en terapia física y rehabilitación por grupo etario, siendo que el grupo etario de 41 a 50 años es el más frecuente (33%) con 8 casos con bajo conocimiento, 4 casos de mediano conocimiento y 6 casos con alto nivel de conocimientos, seguido de los grupos de 31 a 40 años (25%) siendo más frecuente su bajo nivel de conocimientos con 8 casos, y del grupo de 51 a 60 años (25%) con igual comportamiento con 9 casos con bajo nivel de conocimientos.

Resultado 6

Tabla 6: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Nivel de Educación.

NIVEL DE EDUCACIÓN	Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación			TOTAL	
	Alta	Media	Baja	Fi	%
Primaria	0	0	1	1	2
Secundaria	0	1	25	26	49
Superior Técnica	0	8	5	13	24.5
Superior Universitaria	11	2	0	13	24.5
TOTAL	11	11	31	53	100

Grafico 6: Distribución del Nivel de Conocimientos sobre la Profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación por Nivel de Educación.



Descripción e Interpretación

La tabla y gráfico 6 muestra la distribución del nivel de conocimientos sobre la profesión de tecnólogo médico en terapia física por nivel de educación, observando que el bajo nivel de conocimientos se presenta principalmente en la población con nivel de educación primaria y secundaria con 25 de los 26 casos, asimismo en la población con nivel de educación superior técnica predomina un medio nivel de conocimientos y con nivel de educación superior universitaria el nivel de conocimientos alto sobre la profesión de tecnólogo médico.

3.3. Resultados de la Variable 2:

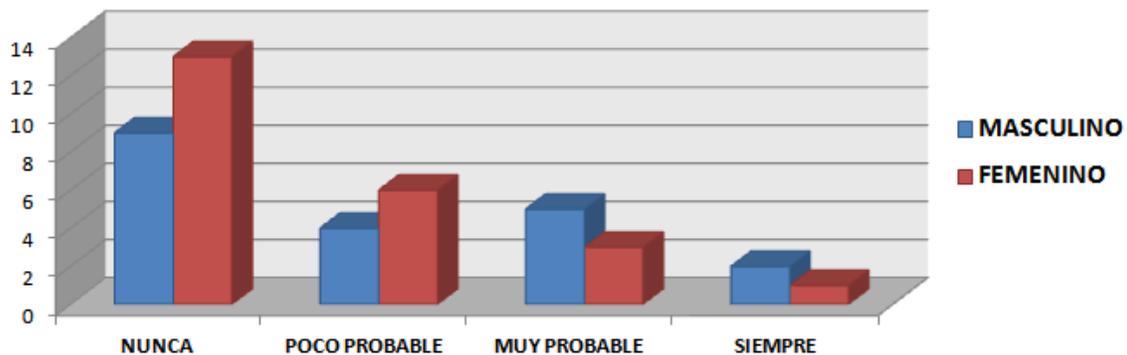
3.3.1. Indicador 2: Percepción

Resultado 7

Tabla 7: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Género.

GENERO	Intención de consulta fisioterapéutica				TOTAL	
	Nunca	Poco Probable	Muy Probable	Siempre	fi	%
MASCULINO	9	4	5	2	20	38
FEMENINO	13	6	3	1	33	62
TOTAL	22	10	8	3	53	100

Grafico 7: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Género.



Descripción e Interpretación

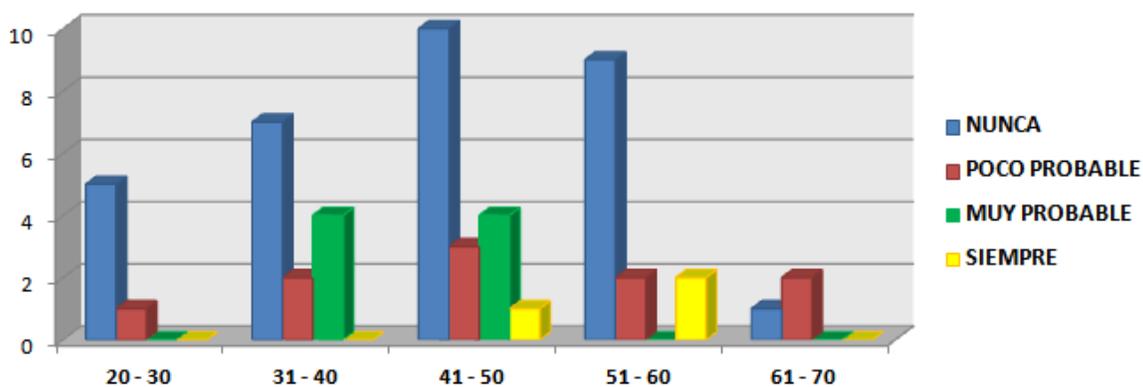
La tabla y grafico 7 muestra la distribución de la intención de consulta fisioterapéutica por género, en donde predomina el indicador de nunca en ambos géneros, seguido del indicador de poco probable que entre ambos suman 32 casos de 53, el comportamiento de poco probable, muy probable y siempre es similar en ambos géneros.

Resultado 8

Tabla 8: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Grupo Etario

GRUPO ETARIO	Intención de consulta fisioterapéutica				TOTAL	
	Nunca	Poco Probable	Muy Probable	Siempre	fi	%
20 – 30	5	1	0	0	6	11
31 – 40	7	2	4	0	13	25
41 – 50	10	3	4	1	18	33
51 – 60	9	2	0	2	13	25
61 – 70	1	2	0	0	3	6
TOTAL	32	10	8	3	53	100

Grafico 8: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Grupo Etario



Descripción e Interpretación

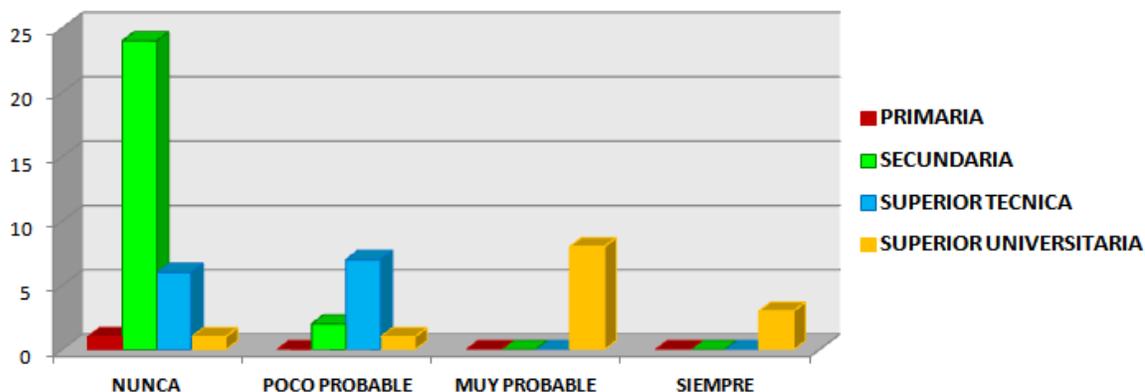
La tabla 8 muestra la distribución de la intención de consulta fisioterapéutica por grupo etario, mostrando que el indicador de nunca es el predominante y principalmente en el grupo de 41 a 50 años con 10 casos y del grupo de 51 a 60 años con 9 casos.

Resultado 9

Tabla 9: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Nivel de Educación.

NIVEL DE EDUCACIÓN	Intención de consulta fisioterapéutica				TOTAL	
	Nunca	Poco Probable	Muy Probable	Siempre	fi	%
Primaria	1	0	0	0	1	2
Secundaria	24	2	0	0	26	49
Superior Técnica	6	7	0	0	13	24.5
Superior Universitaria	1	1	8	3	13	24.5
TOTAL	32	10	8	3	53	100

Grafico 9: Distribución de la Intención de Consulta Fisioterapéutica por Nivel de Educación.



Descripción e Interpretación

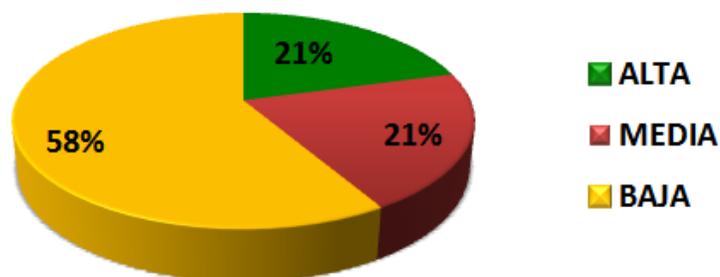
La tabla 9 muestra la distribución de la intención de consulta fisioterapéutica por nivel de educación, observando que el indicador de nunca en intención de consulta es más frecuente en la población con educación secundaria (24 casos), mientras que en educación superior técnica predomina el indicador poco probable, y en educación superior universitaria el indicador muy probable.

Resultado 10

Tabla 10: Relación del nivel de conocimiento de la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica.

RELACION		INTENCION DE CONSULTA FISIOTERAPEUTICA	
		Fi	%
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PROFESION DEL TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA Y REHABILTIACION	ALTA	11	21
	MEDIA	11	21
	BAJA	31	58
TOTAL		53	100

Grafico 10: Relación del nivel de conocimiento de la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica.



Descripción e Interpretación

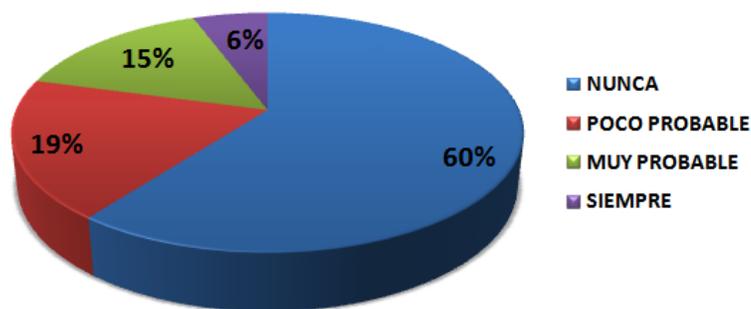
La tabla y grafica 10 muestra la relación del nivel de conocimiento de la profesión del tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación y la consulta fisioterapéutica, en donde es claro que el nivel Bajo predomina con el 58% de los casos. Así mismo el nivel Medio se presenta solo el 21% de los casos al igual que el nivel alto con 21%.

Resultado 11

Tabla 11: Relación de la intención de consulta fisioterapéutica y del nivel de conocimiento de la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación.

RELACION		NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PROFESION DEL TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA Y REHABILITACION	
		Fi	%
INTENCION DE CONSULTA FISIOTERAPEUTICA	Nunca	32	60
	Poco probable	10	19
	Muy probable	8	15
	Siempre	3	6
TOTAL		53	100

Grafico 11: Relación de la intención de consulta fisioterapéutica y del nivel de conocimiento de la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación.



Descripción e Interpretación

La tabla y grafica 11 muestra la relación del nivel de conocimiento de la profesión del tecnólogo medico y la consulta fisioterapéutica, en donde es claro que el indicador nunca predomina con el 60% de los casos. Asimismo el indicador Siempre se presenta solo en el 6% de los casos, y los indicadores Poco probable y Muy probable suman un 24%.

CONCLUSIONES

PRIMERO: De las tablas 4 a 6 se concluye que el nivel conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial es principalmente BAJA en ambos géneros, en todos los grupos etarios y en los niveles de educación primaria y secundaria. Asimismo es media en el nivel de educación superior técnica y alta en el nivel de educación superior universitaria.

SEGUNDO: De las tablas 7 a 9 se concluye que la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial es principalmente de NUNCA en genero, grupos etarios y nivel de educación. Asimismo es SIEMPRE con muy bajo porcentaje en el nivel de educación superior universitaria.

TERCERO: De la tabla 10 y 11 se concluye que el nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación tiene relación directa y significativa con la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de Mariano Melgar; quedando validada la hipótesis de estudio.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

PRIMERO: Se recomienda a los profesionales tecnólogos médicos, tener en consideración los resultados de la presente tesis en los diferentes centros asistenciales donde laboran ya que el nivel de conocimiento sobre el tecnólogo medico en terapia física tiene relación directa con la intención de consulta fisioterapéutica.

SEGUNDO: Se recomienda realizar charlas y difundir las funciones de nuestra profesión para poder tener mayor impacto en la población y en los profesionales del campo de la salud.

TERCERO: Se sugiere a los profesionales tecnólogos médicos y tesisistas, ampliar las investigaciones sobre la intención de consulta fisioterapéutica y el conocimiento sobre nuestra profesión en diferentes realidades asistenciales y niveles de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revista Fisioterapia, Órgano Oficial de la Asociación Española de Fisioterapeutas, Vol. 27. Núm. 06. Noviembre 2005.
2. José M. Velásquez, 2001, Curso Elemental de Psicología, editorial SELECTOR, Nueva edición revisada, Págs. 338, 339.
3. COLEGIO TECNOLOGO MEDICO DEL PERU, Ley del Trabajo del profesional de la Salud Tecnólogo Médico, 2005.
4. FISIOTERAPIA, Certamen internacional de artículos de Fisioterapia en Internet 2014 7ª edición,
URL disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/cuando-acudir-fisioterapeuta>
5. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ
URL disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4534>
6. B.F. Skinner, Editado 2008, Condicionamiento Operante,
URL disponible en: <https://teduca3.wikispaces.com/2.+CONDUCTISMO>

7. Luz del Carmen Montes, Octubre 2007, PRINCIPIOS GENERALES DE APRENDIZAJE,
URL disponible en: <http://www.slideshare.net/aprendizaje/constructivismo-ua-24-oct-07>.
8. Dergan, J. Contribución a la Psicología contemporánea. Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2003, pag. 151-158.
9. Eysenck, H. Caracterología, teoría de la estratificación y psicoanálisis, Evaluación, Teorías de la personalidad. Buenos Aires, 2006 pag. 78- 85

ANEXOS

Anexo Nro. 1

Mapa de ubicación (Perú, Arequipa, Distrito)



Mapa de la región Arequipa – Provincia



Mapa de Ubicación del Centro de Salud de Mariano Melgar

Anexo Nro. 2

Glosario

Discapacidad: Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o el margen que se considera normal para un ser humano.

Fisioterapia: es una disciplina de la Salud que ofrece una alternativa terapéutica no farmacológica, para paliar síntomas de múltiples dolencias, tanto agudas como crónicas, por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, técnicas manuales y electricidad.

Minusvalía: Se trata de una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso.

Parálisis: Es la disminución o ausencia patológica y mantenida del tono muscular debida a la lesión de una raíz nerviosa o de un nervio periférico.

Reeducación: Método de tratamiento que consiste en enseñar a un paciente la práctica de actos o movimientos impedidos o dificultados por una lesión.

Rehabilitación: Es el conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad. En el caso del ictus incluye todos aquellos procedimientos (entre ellos la fisioterapia y la terapia ocupacional) que tratan de recuperar la función de las extremidades que han quedado paralizadas, la recuperación de la capacidad de andar, de auto cuidarse, etc.

Postura: Situación o modo en que está puesta una persona. Composición de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo en un momento dado.

Anexo Nro. 3

INSTRUMENTO: Encuesta

INSTRUMENTO		
Responda SI ó NO a las siguientes preguntas:	SI	NO
1. ¿Conoce la Tecnología Médica?		
2. ¿Los Tecnólogos Médicos son profesionales universitarios de la salud?		
3. ¿La Tecnología Médica se estudia en Universidades?		
4. ¿La Tecnología Médica se estudia en Institutos?		
5. ¿Tiene áreas de especialidad el Tecnólogo Médico?		
6. ¿Sabe si el tecnólogo Médico realiza charlas y capacitación en distintas instituciones, a profesionales y pacientes?		
7. ¿El Tecnólogo Médico puede realizar investigación de distintas enfermedades y alteraciones físicas?		
8. ¿El Tecnólogo Médico, especialista en Terapia Física y Rehabilitación realiza evaluaciones diagnósticos y tratamientos de distintas alteraciones físicas y enfermedades?		
9. ¿El Tecnólogo Médico trabaja en coordinación con los demás profesionales del centro de salud?		
10. ¿El Tecnólogo Médico puede asumir cargos administrativos en un centro de salud?		
TOTAL (interpretación Baja : 0 - 8 puntos; Media:9 - 14 puntos; Alta: 15 - 20 puntos)		

RESPONDA CON UNA X EN EL RECUADRO PEQUEÑO:

¿Acudiría Ud. A la **CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA** en caso de tener dolor de columna, limitación para el movimiento de brazos o piernas, después de una caída o accidente que le ocasione dolor constante, o si tuviera algún problema físico o neuropático?

11. NUNCA	
12. POCO PROBABLE	
13. MUY PROBABLE	
14. SIEMPRE	

Marque con una X donde corresponda:

15. GENERO	MASCULINO		FEMENINO							
16. GRUPO ETARIO	20-30		31-40		41-50		51-60		61-70	
17. GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria		Secundaria		S. Técnica		S. Universitaria			

Anexo Nro. 4

Protocolo del instrumento

INSTRUMENTO: ENCUESTA

Nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y la intención de consulta fisioterapéutica.

a) Descripción de la ficha de Observación: Encuesta

El siguiente cuestionario busca la relación de el nivel de conocimiento sobre la profesión de tecnólogo Medico en Terapia Física y rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes y personal profesional del centro de salud de Mariano Melgar – Arequipa, para lo cual se ha empleado el desarrollo de 17 ítems que están divididas en tres partes,

1) Primera Variable:

Nivel de Conocimientos sobre la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación, esta variable contara con 10 ítems que están desarrolladas en relación a las funciones del tecnólogo medico que se encuentran en la resolución del Colegio de Tecnología Medica del Perú, y con un valor de 2 puntos para cada pregunta, haciendo un total de 20 puntos los 10 ítems que se dividirán en tres resultados según el puntaje obtenido, Nivel Bajo (0-8) Nivel Medio (9-14) Nivel Alto (15-20) se determinara asi el nivel de conocimientos de la persona encuestada.

2) Segunda Variable:

Intención de Consulta Fisioterapéutica, esta variable contara con cuatro ítems que están en relación a la respuesta que la persona encuestada emita después de un enunciado que se plantea según las necesidades frecuentes que los pacientes que acuden a terapia física y rehabilitación tiene, este enunciado busca valorar la intención que tiene la persona frente a una situación que puede estar atravesando relacionado a su salud, el enunciado es el siguiente: “¿Acudiría Ud. A la **CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA** en caso de tener dolor de columna, limitación para el movimiento de brazos o piernas, después de una caída o accidente que le ocasione dolor constante, o si tuviera algún problema físico o neuropático?”. Las respuestas que se plantean son: NUNCA (cuando su intención es negativa frente al enunciado); POCO PROBABLE (cuando su intención es de carácter negativo para tomar la decisión frente al enunciado); MUY PROBABLE (cuando su intención es positiva frente al enunciado); SIEMPRE (cuando su intención es positiva y firme frente al enunciado). No contiene un puntaje, ya que según el paciente identifique su respuesta, esta misma será el resultado.

3) Variables Caracterizacionales:

Esta en relación a la persona a encuestar, dividida en tres ítems que evalúan sus características epidemiológicas, no contienen puntaje y la respuesta pasa a ser el resultado de esta sección de la encuesta elaborada, se evalúa GENERO (dos recuadros Masculino y femenino); GRUPO ETARIO (según corresponda su edad, se dividió en 5 grupos etarios, entre 20-30, 31- 40, 41- 50, 51-60, 61-70, para así clasificarlos después y analizar el conocimiento y la intención según

cada grupo). y por ultimo GRADO DE INSTRUCCIÓN (esta se divide en cuatro grupos, Primaria, Secundaria, Superior Técnica y Superior Universitaria, está en relación al grado académico que tiene la persona).

El diseño esta para que las personas sean encuestadas, y no para que cada una la llene personalmente, se realizo en una cara de hoja y los enunciados se simplificaron para ser entendibles por la persona encuestada, ya que estamos desarrollando la tesis en un centro de salud del MINSA donde su población está en relación a personas de distintos recursos económicos y realidades. a diferencia de otros lugares como Es Salud y Centros y Clínicas Particulares, el MINSA es una institución que está dirigida para personas de Bajos Recursos Económicos, y epidemiológicamente con niveles medios bajos y bajos. Es por estas razones que esta Tesis busca relacionar los niveles de conocimientos y la intención de consulta fisioterapéutica, y así a futuro con los resultados plantear otros proyectos para difundir mas la profesión de tecnología médica en el área de terapia física y rehabilitación y por qué no en las otras áreas que cuenta la profesión, también plantear estrategias educativas a la población según cada variable caracterizacional e implantar la prevención en el campo de la salud.

b) Matriz de la Ficha de Observación: Encuesta

N°	Ítem	Parámetros o Categorías	Escala
1	¿Conoce la Tecnología Médica?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
2	¿Los Tecnólogos Médicos son profesionales universitarios de la salud?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
3	¿La Tecnología Médica se estudia en Universidades?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
4	¿La Tecnología Médica se estudia en Institutos?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
5	¿Tiene áreas de especialidad el Tecnólogo Médico?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
6	¿Sabe si el tecnólogo Médico realiza charlas y capacitación en distintas instituciones, a profesionales y pacientes?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
7	¿El Tecnólogo Médico puede realizar investigación de distintas enfermedades y alteraciones físicas?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
8	¿El Tecnólogo Médico, especialista en Terapia Física y Rehabilitación realiza evaluaciones diagnósticos y tratamientos de distintas alteraciones físicas y enfermedades?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
9	¿El Tecnólogo Médico trabaja en coordinación con los demás profesionales del centro de salud?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
10	¿El Tecnólogo Médico puede asumir cargos administrativos en un centro de salud?	Variable 1 : Nivel de conocimiento sobre la profesión de TM en terapia física y rehabilitación	2 puntos de 10
11	NUNCA	Variable 2: Responde al enunciado: ¿Acudiría Ud. A la CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA en caso de tener dolor de columna, limitación para el movimiento de brazos o piernas, después de una caída o accidente que le ocasione dolor constante, o si tuviera algún problema físico o neuropático?	NUNCA
12	POCO PROBABLE	Variable 2: Responde al enunciado: ¿Acudiría Ud. A la CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA en caso de tener dolor de columna, limitación para el movimiento de brazos o piernas, después de una caída o accidente que le ocasione dolor constante, o si tuviera algún problema físico o neuropático?	POCO PROBABLE
13	MUY PROBABLE	Variable 2: Responde al enunciado: ¿Acudiría Ud. A la CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA en caso de tener dolor de columna, limitación para	MUY PROBABLE

		el movimiento de brazos o piernas, después de una caída o accidente que le ocasione dolor constante, o si tuviera algún problema físico o neuropático?	
14	SIEMPRE	Variable 2: Responde al enunciado: ¿Acudiría Ud. A la CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA en caso de tener dolor de columna, limitación para el movimiento de brazos o piernas, después de una caída o accidente que le ocasione dolor constante, o si tuviera algún problema físico o neuropático?	SIEMPRE
15	GENERO	Variable Caracterizacional	Femenino Masculino
16	GRUPO ETARIO	Variable Caracterizacional	20- 30 31-40 41-50 51-60 61-70
17	GRADO DE INSTRUCCION	Variable Caracterizacional	Primaria Secundaria Superior Técnica Superior Universitaria

c) Validez y confiabilidad de la ficha de Observación: Encuesta

La Encuesta se desarrolló en relación a las dos variables de la tesis y la variable caracterizacional:

- 1) Nivel de Conocimientos sobre la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación.
- 2) Intención de Consulta Fisioterapéutica
- 3) Variable Caracterizacional: Sexo, Grupo Etario y Grado de Instrucción

Su base teórica en la que se fundamenta el contenido de las preguntas y la construcción del cuestionario se desarrolló en base a cada variable de la tesis (Marco teórico de la tesis)

En Relación a la validación de expertos, la encuesta será evaluada por tres Tecnólogos Médicos del área de Terapia física y rehabilitación para su aprobación y ejecución del mismo.

Los Tecnólogos Médicos Que Evaluaran La Ficha de Observación: Encuesta son:

1.- Lic. TM Luz Elena Rodríguez Pacheco

Docente y TM del Centro de Salud y Rehabilitación Integral Grupo Físio S.A.C.

2.- Lic. TM Pedro Miranda López

Docente y TM del Centro de Salud y Rehabilitación Integral Grupo Físio S.A.C.

3.- Lic. TM Jersson Lee Cuadros Guevara

Docente y TM del Centro de Salud y Rehabilitación Integral Grupo Físio S.A.C.

La Encuesta se realizara en el CENTRO DE SALUD DE MARIANO MELGAR a 42 pacientes que acuden por consulta externa y 11 profesionales asistenciales respectivamente.

d) Aplicación de la Ficha de Observación : Encuesta

La Encuesta Se Aplicara en el CENTRO DE SALUD DE MARIANO MELGAR – AREQUIPA, es un centro de salud del MINSA, el cual cuenta con varias especialidades médicas, incluyendo el servicio de TERAPIA FISICA que cuenta con un Tecnólogo Medico del área de terapia física y rehabilitación que realiza su SERUMS por el periodo de un año.

A si mismo se encuestara a los pacientes que asisten a este centro de salud por consulta externa de especialidades de Medicina General, Traumatología, Pediatría, Geriatria. Ginecologia y Obstetricia. Seleccionando e invitando (por la variable caracterizacional) a un grupo de 42 pacientes para la aplicación de la encuesta (los cuales se reunieron en dos grupos de 22 y 20 respectivamente en días distintos ya que no todos se pudieron reunir en un solo grupo por coordinaron horarios y disponibilidad de los pacientes). También tendrá la participación de 11 profesionales asistenciales (4 médicos generales, 2 Traumatólogos, 1 Geriatrias, 2 Ginecólogos y 2 Obstétrices) que laboran en este centro de salud del MINSA.

La ejecución de la encuesta será de la siguiente manera:

Se reunirán a los pacientes seleccionados e invitados para colaborar con la tesis a un ambiente de exposiciones del centro de salud de Mariano Melgar, estos serán encuestados personalmente por el Bachiller José Carlos Rojas Mamanchura y una compañera, quienes les dictaran las preguntas de la encuesta y solicitaran su respuesta inmediata (pudiendo repetir la pregunta hasta en dos ocasiones si lo amerita, sin explicar al respecto de estas, eso quiere

decir, brindar información adicional del enunciado de cada ítem) de cada paciente teniendo una duración no más de una hora (los 42 paciente se dividieron en 2 grupos de 20 y 22 respectivamente). En otro grupo con coordinación previa a los 11 profesionales asistenciales que laboran en el centro de salud con la misma metodología.

e) Modelo de la Ficha de Observación: Encuesta

El modelo de la Encuesta, Nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y la intención de consulta fisioterapéutica. Se adjunta en el ANEXO 3.

Anexo N° 5

Charla sobre la Profesión de Tecnólogo Medico en Terapia Física y Rehabilitación

Durante el proceso del trabajo de investigación se analizo y decidió la propuesta de realizar una charla de capacitación sobre la profesión del tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación a los encuestados (pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial) del centro de salud de Mariano Melgar – Arequipa.

5.1. Objetivos de la charla

Analizar si la intención de consulta fisioterapéutica cambia una vez recibido los conocimientos de las practicas y funciones del tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación;

A sí mismo para la realización de próximas investigaciones en relación a conocer y difundir la labor como profesionales de salud en la sociedad y en las distintas realidades existentes actualmente.

5.2. Organización de charla:

Se organizo una charla breve sobre las funciones del tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación según las mismas bases teóricas que se encuentran en esta misma Tesis, después se volvió a consultar con una encuesta simple con el mismo enunciado y posibles respuestas de la segunda variable

que se utilizaron en la primera encuesta aplicada a la población del trabajo de investigación.

5.3. Matriz de la encuesta que se aplico después de la charla:

Se utilizo el mismo enunciado y posibles respuestas de la segunda variable de este mismo proyecto de tesis (relación del nivel de conocimientos sobre la profesión de tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial del centro de salud de Mariano Melgar, Arequipa marzo – agosto de 2016)

RESPONDA CON UNA X EN EL RECUADRO PEQUEÑO:

¿Acudiría Ud. A la **CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA** en caso de tener dolor de columna, limitación para el movimiento de brazos o piernas, después de una caída o accidente que le ocasione dolor constante, o si tuviera algún problema físico o neuropatico?

11. NUNCA	
12. POCO PROBABLE	
13. MUY PROBABLE	
14. SIEMPRE	

5.3. Formato de la charla:

La charla que se desarrollo fue a la misma población de evaluación de esta tesis (11 profesionales asistenciales y 42 pacientes de consulta externa), la duración de la misma no superaron los 10 minutos y se tocaron brevemente los

siguientes puntos en relación a las funciones de las prácticas del tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación:

- Presentación de la profesión del tecnólogo medico en terapia física y rehabilitación, en base a la creación del Colegio de Tecnólogos médicos del Perú.
- Especialidades de la profesión de Tecnología Médica.
- El tecnólogo medico en:
 - Labor Asistencial
 - Docencia
 - Investigación
 - Labor Administrativa
 - Trabajo Multidisciplinario
- Especialidad de terapia física y rehabilitación
- Agradecimiento por su participación a los pacientes y personal profesional

5.5. Resultados de la charla:

Tabla 12: Comparación de la Intención de Consulta Fisioterapéutica Antes y Después de la Charla.

		ANTES		DESPUES	
		Fi	%	fi	%
INTENCIÓN DE CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA	Nunca	32	60	0	0
	Poco Probable	10	19	8	15
	Muy Probable	8	15	27	51
	Siempre	3	6	18	34
TOTAL		53	100	53	100

Descripción e Interpretación

La tabla 12 muestra la comparación de la consulta fisioterapéutica antes y después de la charla sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación, en donde es claro que el indicador nunca predomina antes de la charla con el 60% de los casos y el indicador Muy Probable después de la charla con el 51% de los casos. Asimismo el indicador Siempre antes de la charla se presenta solo en el 6% de los casos, y el indicador Nunca no se presenta después de la charla.

5.5. Conclusiones de la charla:

Primero, que los resultados demuestran que todo aquel que conoce sobre un profesional y la labor que este realiza, tiene mayor intención y decisión de acudir a él.

Segundo, que todos los pacientes que recibieron la charla modificaron su respuesta cuando volvieron a ser encuestados en relación de su intención de consulta fisioterapéutica.

Tercero, que se demuestra que el conocimiento en las personas cambia las intenciones frente a nuestras acciones y decisiones que tomamos en el campo de la salud.

Anexo N° 6

Matriz de Base de Datos

N°	GENERO		EDAD	NIVEL DE EDUCACIÓN				Nivel de conocimientos sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación			Intención de consulta fisioterapéutica antes de la charla			
	M	F		Primaria	Secundaria	Superior Técnica	Superior Universitaria	Alta	Media	Baja	Nunca	Poco Probable	Muy Probable	Siempre
1		x	34		x					x		x		
2		x	41		x					x	x			
3		x	38		x					x	x			
4		x	26		x					x	x			
5	x		44			x			x			x		
6		x	39			x			x			x		
7		x	38		x					x	x			
8		x	43	x						x	x			
9	x		52			x				x	x			
10		x	56		x					x	x			

11		x	50		x					x	x			
12		x	49		x					x	x			
13	x		23		x					x	x			
14	x		37		x					x	x			
15		x	54			x			x				x	
16		x	46			x			x				x	
17		x	39		x					x	x			
18	x		28		x					x	x			
19	x		31			x				x	x			
20	x		43		x					x	x			
21	x		47				x	x						
22		x	61			x			x				x	
23		x	56		x					x	x			
24	x		49		x					x	x			
25		x	42			x				x	x			
26		x	50		x					x	x			
27		x	19		x					x	x			
28	x		43		x					x	x			
29	x		47		x				x				x	
30		x	24			x			x				x	
31	x		48			x			x			x		
32		x	36		x					x	x			
33		x	41		x					x	x			
34		x	37			x				x	x			
35		x	51		x					x	x			
36		x	18		x					x	x			
37	x		57			x				x	x			
38	x		62			x			x				x	

39		x	53			x					x	x			
40		x	58			x					x	x			
41	x		60				x			x			x		
42		x	66			x					x	x			
43	x		37				x	x						x	
44	x		41				x	x						x	
45		x	46				x	x						x	
46		x	52				x	x							x
47		x	34				x	x						x	
48		x	32				x		x					x	
49		x	42				x	x						x	
50	x		49				x	x							x
51		x	33				x	x						x	
52	x		50				x	x						x	
53	x		58				x	x							x
54															
55															

Anexo Nro. 7: Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Instrumento
<p>Problema Principal</p> <p>¿Cuál es la relación del nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de mariano melgar, Arequipa. Marzo - Agosto de 2016?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación del nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación y la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de mariano melgar, Arequipa. Marzo - Agosto de 2016.</p>	<p>Hipótesis Principal</p> <p>Si, el conocimiento sobre las áreas de ejercicio, perfil profesional, y funciones del tecnólogo médico del área de terapia física y rehabilitación son fundamentales para el paciente y personal profesional de un centro de salud, ya que con ello pueden consultarlo según sus necesidades de atención para prevenir patologías y disfunciones del sistema musculo esquelético, así como buscar una evaluación y tratarse adecuadamente o referir al paciente con el profesional indicado.</p> <p>Entonces, el nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación tendría relación directa y significativa con la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de mariano melgar, Arequipa. Marzo - Agosto de 2016.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación.</p>	<p>De la Variable 1:</p> <p>Conocimiento</p>	<p>De la Variable 1:</p> <p>Encuesta</p>

<p>Problemas Secundarios</p> <p>A. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial?</p> <p>B. ¿Cómo es la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, del centro de salud de mariano melgar, Arequipa. Marzo - Agosto de 2016?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>A. Identificar el nivel de conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial.</p> <p>B. Analizar la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial.</p>	<p>Hipótesis Secundarias</p> <p>A. Entonces, el nivel conocimiento sobre la profesión de Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, es medio.</p> <p>B. Entonces, la intención de consulta fisioterapéutica en pacientes de consulta externa y personal profesional asistencial, poco probable.</p>	<p>Variable 2:</p> <p>Intención de consulta fisioterapéutica</p>	<p>De la Variable 2:</p> <p>Percepción</p>	<p>De la Variable 2:</p> <p>Encuesta</p>
---	--	--	---	---	---