

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“Conocimiento de los Docentes de la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma del Estado de México, Respecto al Ejercicio Terapéutico, como parte del Tratamiento Integral del Paciente con Anorexia Nerviosa. 2012”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA

PRESENTA:

P.L.T.F LILIANA GUADALUPE GARCÍA PALMA

DIRECTORES DE TESIS:

L. T. O. VANESA LÓPEZ MEJÍA

M. EN ED. MIGUEL FERNÁNDEZ LÓPEZ

REVISORES DE TESIS:

DRA. EN C. ED. MARGARITA MARINA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

L.T.F. MARISOL LÓPEZ ÁLVAREZ

M. EN A.I.S. MARCO ANTONIO MENDIETA MAZÓN

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2013

“Conocimiento de los Docentes de la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma del Estado de México, Respecto al Ejercicio Terapéutico, como parte del Tratamiento Integral del Paciente con Anorexia Nerviosa. 2012”

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con mucho cariño y respeto a mis padres, Graciela Palma Núñez y Salvador García Chavarría.

A todas aquellas personas enfermas de la mente, especialmente a todas las chicas con anorexia nerviosa, que han optado por seguir un protocolo impuesto por la sociedad, sacrificando su salud, pero que finalmente inspiran a profesionales de la salud a ofrecerles una mejor calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, ya que con su infinita misericordia, me ha dado la oportunidad de trascender en esta vida.

A mi mamá y papá, por apoyar mis sueños y hacerlos suyos, por desvelarse conmigo, por aceptar mis decisiones y ser parte de todos los pequeños y grandes triunfos.

A mis hermanos Salvador y Jorge, por compartir conmigo momentos difíciles, por las risas, por los sueños y por la felicidad de saber que estamos unidos hasta el final.

A todos aquellos que me ayudaron a poder llevar a cabo este proyecto.

RESUMEN

Esta investigación se realizó con la finalidad de resaltar la importancia que tiene el abordaje integral en la rehabilitación de cualquier patología en este caso la anorexia nerviosa ya que como muchos otros trastornos son multifactoriales y es por eso que es necesario abordar esos problemas con una visión integral, es decir, con un grupo multidisciplinario, donde el fisioterapeuta juega un papel importante, por otro lado resaltar la intervención del terapeuta físico en áreas diferentes a las que abordan con mayor frecuencia, es si el caso de trastornos psiquiátricos, pero que igualmente tienen una importancia significativa.

Se identifica el conocimiento que poseen los docentes de la Universidad Autónoma del Estado de México de la Facultad de Medicina, respecto al ejercicio terapéutico como parte del tratamiento integral en pacientes con anorexia nerviosa, calificándolo por niveles de muy malo a muy bueno, el instrumento de investigación que se usó, fue un cuestionario de 16 preguntas, este cuestionario fue aplicado a 80 docentes de las diferentes licenciaturas que imparte la misma Facultad de Medicina, es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

La hipótesis planteada fue un conocimiento regular en un 70% de los docentes, sin embargo una vez concluida la investigación, la hipótesis no se comprueba ya que solo el 18% obtuvo un conocimiento regular y el porcentaje mayor fue un conocimiento muy bueno con un 46% de los docentes, los resultados fueron tabulados y graficados de acuerdo a las variables de investigación, edad, sexo y la licenciatura a la que pertenecen los docentes.

ABSTRACT

This research was conducted in order to highlight the importance of comprehensive approach in the rehabilitation of any pathology in this case anorexia nervosa because as many other disorders are multifactorial and that is why it is necessary to address these problems with a holistic multidisciplinary team, where the physiotherapist plays an important role, second intervention emphasize physical therapist in areas different from those addressed more frequently, if the case of psychiatric disorders but also have a significant importance

It identifies the knowledge possessed by teachers of the University of the State of Mexico, Faculty of Medicine, regarding therapeutic exercise as part of comprehensive treatment in patients with anorexia nervosa, calling for levels very bad to very good, the instrument research that was used was a questionnaire of 16 questions, the questionnaire was administered to 80 teachers from different degrees offered by the same School of Medicine, is a descriptive, prospective and transversal.

The hypothesis was regular knowledge 70% of teachers, however once the investigation, the hypothesis is not tested and only 18% had a regular knowledge and the highest percentage was a very good knowledge with 46 % of teachers, the results were classified according to the research variables, which are classified by level knowledge, age, sex, and the degree to which teachers belong.

ÍNDICE

I.MARCO TEÓRICO	10
I.1 Conocimiento	10
I.1.1 Definición.....	10
I.2 Trastorno de Conducta Alimentaria	11
I.2.1 Anorexia Nerviosa.....	11
I.2.1.1 Epidemiología.....	11
I.2.1.2 Etiología.....	12
I.2.1.3 Tipos de Anorexia Nerviosa.....	13
I.2.1.4 Criterios de Diagnostico.....	13
I.2.1.5 Alteraciones Sistémicas.....	14
I.2.1.6 Alteraciones Psicológicas.....	15
I.2.1.7 Tratamiento.....	16
I.2.1.8 Pronóstico.....	18
I.3 Terapia Física	18
I.3.1 Ejercicio Terapéutico.....	19
I.3.1.1 Tipos de Intervención de Ejercicios Terapéuticos.....	19
I.3.1.2 Objetivos del Ejercicio Terapéutico.....	20
I.3.1.3 Fuerza.....	21
I.3.1.4 Resistencia Aeróbica y Capacidad Cardiovascular.....	21
I.3.1.5 Cambios cardiacos.....	22
I.3.1.6 Movilidad y Flexibilidad.....	22
I.3.1.7 Estabilidad.....	23
I.3.1.8 Relajación.....	23
I.3.1.9 Efectos psicológicos del Ejercicio Terapéutico.....	23
I.4 Terapia Física en Salud Mental	25
I.4.1 El papel del Terapeuta Físico en el tratamiento de pacientes con Anorexia Nerviosa.....	26
I.5 Trabajo en Equipo	26
I.5.1 Trabajo Multidisciplinario.....	27
I.5.2 Trabajo Interdisciplinario.....	27

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
II.1 Argumentación.....	28
II.2 Pregunta de Investigación.....	29
III. JUSTIFICACIONES.....	30
III.1 Académica.....	30
III.2 Social.....	30
III.3 Científica.....	30
IV. HIPÓTESIS.....	31
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	31
IV.1.1 Unidad de análisis.....	31
IV.1.2 Variables de estudio.....	31
IV.1.3 Dimensión espacio temporal.....	31
V. OBJETIVOS.....	32
V.1 General.....	32
V.2 Específicos.....	32
VI. MÉTODO.....	33
VI.1. Diseño de Estudio.....	33
VI.2. Operacionalización de las variables.....	33
VI.3. Universo de Trabajo.....	34
VI.3.1 Criterios de Inclusión.....	34
VI.3.2 Criterios de Eliminación.....	34
VI.4 Instrumento de Investigación.....	34
VI.4.1 Descripción.....	34
VI.4.2 Validación.....	35
VI.4.3 Aplicación.....	35
VI.5 Desarrollo del Proyecto.....	35
VI.6 Límite de Tiempo y Espacio.....	36
VI.8 Diseño de Análisis.....	36
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	36
VIII. ORGANIZACIÓN.....	36
IX. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	37

X. RESULTADOS.....	38
XI. CONCLUSIONES.....	46
XII. SUGERENCIAS.....	47
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	48
XIV. ANEXOS.....	52

I.- MARCO TEÓRICO

I.1 Conocimiento

I.1.1 Definición

Conocer es tener noción, por el ejercicio de las facultades, de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Conocimiento es la acción y efecto de saber, el sentido de cada una de las aptitudes que tiene el individuo de percibir, por medio de sus sentidos corporales, las impresiones de los objetos externos. (1)

Conocimiento es la percepción, entendimiento o información que ha sido obtenido por experiencia o estudio, y que se encuentra en la mente de una persona o es poseída de forma general por la gente. (2)

Es una propiedad que se predica entre cada ser humano y en efecto cada uno de ellos se relaciona con otros humanos, lo que denominaremos el exterior, en un doble sentido conocimiento acción, de esta forma tomamos noticia del exterior. (3)

El conocimiento y la información son bienes de creciente importancia en nuestro mundo, hasta tal punto que marcan la diferencia entre países desarrollados y en vías de desarrollo.

Lo característico del conocimiento no es la información, que constituye su materia prima, sino los mecanismos de procesamiento de la información disponible en el medio. El conocimiento es, pues, los procedimientos de selección y tratamiento de la información disponible en el medio; mecanismos que son seleccionados en virtud de su valor adaptativo para el individuo y, especialmente, para el sistema social, y que por lo general, pueden ser transmitidos mediante la educación formal e informal. (4)

La cultura científica como entramado de conocimientos, actitudes y comportamientos sociales frente a la ciencia y la tecnología juega un importante papel en el desarrollo personal, económico y social. Papel que se revaloriza

continuamente en la medida en que crece el peso del conocimiento científico y las aplicaciones de la tecnología en la vida diaria y las innovaciones productivas y sociales en su doble faceta de oportunidades y riesgos. (5)

Tipos de conocimiento

Polanyi (1966) hizo la distinción entre el conocimiento explícito, el cual puede ser articulado en lenguaje formal y transmitido entre individuos y el conocimiento tácito, el cual se obtiene de la experiencia individual e involucra factores intangibles tales como creencias personales, perspectivas y valores. (2)

I.2 Trastorno de Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales, caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. (6)

I.2.1 Anorexia Nerviosa

El término anorexia proviene del griego *a/an* (negación) + *orégo* (apetecer). Consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso autoinducida y que lleva inexorablemente a un estado de inanición. (7)

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. (8)

Además, esta pérdida de peso va acompañada de miedo a la ganancia de peso a pesar de tener infrapeso grave, amenorrea y alteración de la imagen corporal, que en el sujeto se muestra porque se siente gordo cuando en realidad está muy delgado, niega su flaquez o solamente se autovalora en función de su peso y figura. (9)

I.2.1.1 Epidemiología

La mayoría de los estudios referentes a los trastornos de conducta alimentaria se han desarrollado en países como: España, Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra, Italia, entre otros y tienen en común que pertenecen a los llamados

países de “primer mundo”, donde abunda la comida y el “estar delgado” se relaciona estrechamente con la idea de la belleza. Esto no deja de lado que en países como el nuestro, en vías de desarrollo, no se presenten estos casos. (10,11)

La Anorexia Nerviosa, clásicamente una enfermedad de la clase media y alta de las áreas metropolitanas, sin embargo, se ha convertido hoy en día en una enfermedad global que no respeta raza, clase social, sexo ni edad. (7)

En entrevista con La Jornada, Claudia Unikel Santoncini, experta en Trastornos de la Conducta Alimentaria e investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, señaló que en nuestro país los casos de anorexia se presentan en 0.1 por ciento de la población de adolescentes. En la mayoría de éstos afecta a mujeres, aunque cada vez hay más casos de varones. (12)

En México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México. (12)

Resultados de estudios en México mostraron que a lo largo de seis años (1997-2003) hubo un incremento en la proporción de estudiantes que reportaron tres o más conductas alimentarias de riesgo (mujeres 3.4% en 1997 a 9.6% en 2003). El incremento en la frecuencia de estas conductas se observó en mujeres de todas las edades, pero principalmente en las mujeres de 18 - 19 años. (12)

I.2.1.2 Etiología

La conceptualización biopsicosocial identifica raíces en las tres esferas: biológica, psicológica y social. (13)

Los factores biológicos que dan inicio a la anorexia nerviosa están mediados por los cambios endocrinos de la pubertad. Los conflictos psicológicos conducen a cambios de personalidad y de comportamiento que promueven y apoyan la dieta. El clima social, como la obsesión cultural por la esbeltez, tienden a reforzar la motivación psicológica. (13)

Otros reaccionan de manera especial a experiencias conflictivas de la familia e incluso algunos más se hallan bajo la fuerte influencia de las presiones sociales. (13)

La mayoría de los investigadores psicosociales en el campo de los trastornos del comportamiento alimentario otorga un lugar primordial al componente cultural basado en la obsesión colectiva por la imagen corporal y el prestigio que la moda concede a la extrema delgadez, factores considerados por la literatura científica como indicadores de riesgo en este tipo de trastornos. (14)

I.2.1.3 Tipos de Anorexia Nerviosa

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (ej. provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (ej. provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). (15)

I.2.1.4 Criterios de Diagnostico

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa (307.1) según la DSM-IV-TR

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (ej. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción de peso o la silueta corporal corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, ej. Con la administración de estrógenos) (8,16)

I.2.1.5 Alteraciones Sistémicas

a. Alteraciones cardiovasculares:

- Bradicardia, arritmias e insuficiencia cardíaca congestiva.
- Hipotensión arterial.

b. Alteraciones gastrointestinales:

- Estreñimiento.
- Dilatación gástrica aguda por realimentación rápida, pues el vaciado gástrico está retrasado para los sólidos y en algunas pacientes también para los líquidos.
- Esofagitis severa

c. Alteraciones renales (70 % de los casos):

- Disminuye la tasa de filtrado glomerular y aumenta la urea plasmática (cierta deshidratación).
- Alteraciones electrolíticas si emplean diuréticos.
- Edema

d. Alteraciones cutáneas:

- Piel seca.
- Lanugo generalizado.

e. Alteraciones de la termorregulación:

- El 15 % de las pacientes presentan hipotermia.

f. Características psíquicas:

- Gran capacidad de estudio, éxito académico y perfeccionistas.
- Dependencia excesiva, inmadurez del desarrollo y aislamiento.

- Trastornos del humor junto con síntomas maníacos, obsesivos compulsivos y depresivos.

- Alteraciones del patrón sueño:

-disminuyen las fases REM

g. Alteraciones electrolíticas:

- Vomitadoras: alcalosis metabólica.

- Laxantes: acidosis metabólica. Disminución de Ca⁺⁺, Mg⁺⁺ y fosfato por mala absorción.

- Diuréticos: alcalosis hipoclorémica. (17)

Alteraciones Posturales

En el estudio realizado por Chaves López y Sillero Ruz (2003) mediante el estudio de una evaluación física en pacientes con anorexia, encontraron los siguientes patrones:

- Alteraciones de la postura tanto en bipedestación como en la marcha.
- Interiorización de hombros.
- Hiper cifosis dorsal.
- Hiperlordosis lumbar.
- Genu recurvatum.
- Escoliosis.
- Dolor muscular y contracturas debido a la ansiedad que presentan estos pacientes y a la hiperactividad para perder peso. (17)

I.2.1.6 Alteraciones Psicológicas

Con frecuencia se ha observado ansiedad social y aislamiento en los pacientes con anorexia nerviosa; sin embargo, su relación con este trastorno ha sido rara vez investigada de forma específica. (18)

Específicamente, se ha observado que los pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria presentan una alta comorbilidad con el Trastorno Obsesivo Compulsivo y en muestras de pacientes con esta sintomatología, presentan Anorexia o Bulimia, también en un alto porcentaje. Por otro lado, rasgos obsesivo-

compulsivos de la personalidad presentados en la infancia, tales como el perfeccionismo, son un factor de riesgo para los Trastorno de la Conducta Alimentaria. (19)

Su estado de ánimo es vulnerable, son comunes los sentimientos de desamparo, de depresión y de ansiedad. Se destaca también el sentido de ineficacia y baja autoestima, lo cual está en estrecha relación con el miedo a perder el control sobre sí, reflejándose desconfianza personal. Esta desconfianza se apoya en sistemas de referencia externos. No dan opiniones, presentan perfeccionismo excesivo, autoexigencia, sumisión, obediencia hacia figuras de autoridad. Las pacientes anoréxicas también experimentan una significativa reducción del sueño durante la noche (reducción del sueño paradójal REM).

Los trastornos obsesivos-compulsivos, ya sean en relación con la comida o no, es una característica de este cuadro, demostrado en numerosos estudios. (20)

I.2.1.7 Tratamiento

El éxito de la terapia para los trastornos de la ingesta depende de muchos factores, entre ellos: la propia personalidad de la paciente, el deseo de cambio, la duración de su trastorno, la edad a que comenzó la enfermedad, su historial familiar; su nivel de habilidades sociales, vocacionales y la concurrencia de otros trastornos como la depresión.

El tratamiento de los trastornos equiparables a los Trastornos de la Conducta Alimentaria del adolescente debe tener las siguientes características:

- Es distinto en las diversas fases de la enfermedad
- Incluye siempre a la familia
- Debe llevarlo a cabo un equipo multidisciplinario, coordinado por el psiquiatra, nutriólogo, psicólogo, terapia cognitivo-conductuales, enfermería, terapeuta físico, terapeuta ocupacional y trabajo social.

Las fases del tratamiento ambulatorio serían:

1.- Primera fase: información-pacto. Una vez hecho el diagnóstico, se le brinda la información al paciente y su familia, sobre el origen, y consecuencias.

- Si hay hospitalización, reforzamiento conductual y apoyo de la colaboración del paciente en su nutrición o en la supresión de comportamiento vomitador.
- Se establece un pacto inicial sobre el peso deseable para la paciente, respetando en lo posible sus preferencias estéticas.
- Si hay conductas de purga, estricta vigilancia por parte del entorno familiar y social.
- Se establece una frecuencia de sesiones terapéuticas y revisiones, variable según la gravedad del caso. (21)

2.- Segunda Fase: Terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia.

- Se inician autorregistros, análisis funcional y apoyo psicoterapéutico a paciente y familia.
- Se establece tratamiento psicofarmacológico en caso de sintomatología depresiva, obsesivo compulsiva o ansioso-fóbica.
- En algunos casos, se propicia la separación temporal del paciente en su ámbito familiar, para romper el círculo vicioso presiones-manipulaciones.
- En todas las sesiones, se habla con el paciente y su familia y se promueve un nuevo estilo comunicativo no centrado en la comida.
- Simultáneamente el equipo de nutrición establece la dieta y los suplementos para corregir las carencias detectadas. (21)

3.- Tercera Fase: terapia con la familia o grupos.

- Grupos de pacientes, homogéneos en cuanto a edad y tipo de patología, pero diversos en cuanto a severidad
- Grupos de padres y de madres. (21)

I.2.1.8 Pronóstico

En este momento ningún programa de tratamiento para la anorexia nervosa es completamente eficaz. Sin embargo los síntomas persisten entre el 12% y 14% de los casos, y las tasas de recaída son entre el 7% y 27%. (22)

Muchos estudios de pacientes anoréxicos han encontrado tasas de mortalidad que oscilan entre un 4% y 20%. El riesgo de muerte es significativo cuando el peso es menos de 60% de lo normal. El suicidio se ha calculado que comprende la mitad de las defunciones en la anorexia. (22)

Los hombres con anorexia están a un riesgo específico de problemas médicos potencialmente mortales, probablemente porque se diagnostican generalmente más tarde que las mujeres. (22)

I.3 Terapia Física

La OMS en 1958 la define como: “el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el grado de afectación de la inervación y la fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales o la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”. (17, 23,24)

La Confederación Mundial de Fisioterapeutas en 1967 la define como el “arte y ciencia del tratamiento físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptan a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico”.(17,23,24)

La terapia física se sirve, predominantemente, de factores físicos, como son la energía mecánica, el calor, el frío, las radiaciones de luz visibles e invisibles, así como numerosas y muy distintas formas de la energía eléctrica con fines terapéuticos. (17)

I.3.1 Ejercicio Terapéutico

Se puede definir al ejercicio terapéutico como la prescripción del movimiento corporal para corregir un deterioro, mejorar la función musculoesquelética o mantener un estado de bienestar. El ejercicio terapéutico puede variar entre actividades muy selectas, que están restringidas a músculos específicos o a partes determinadas del cuerpo, hasta actividades energéticas y generales que se emplean para la recuperación de un paciente convaleciente hasta el máximo de sus posibilidades físicas. (25)

Es la ejecución sistemática y planificada de movimientos corporales, posturas y actividades físicas, con el propósito de que el paciente disponga de medios para:

- Corregir y prevenir alteraciones.
- Mejorar, restablecer o potenciar el funcionamiento físico.
- Prevenir o reducir factores de riesgo para la salud.
- Optimizar el estado general de salud, el acondicionamiento físico o la sensación de bienestar.

Los programas de ejercicio terapéutico concebidos por fisioterapeutas son personalizados, según las necesidades propias de cada paciente. Un paciente es una persona con alteraciones o limitaciones funcionales diagnosticadas por un fisioterapeuta que recibe atención de profesionales de esta especialidad para mejorar el funcionamiento físico y prevenir la discapacidad. (26)

I.3.1.1 Tipos de Intervención de Ejercicios Terapéuticos

La técnica seleccionada para un programa de ejercicios terapéuticos personalizada se basa en la determinación por parte del fisioterapeuta de la causa o las causas que generan las alteraciones, las limitaciones funcionales o la discapacidad del paciente.

En recuadro 1.1 se mencionan los tipos de intervenciones con ejercicios terapéuticos. (26)

Recuadro 1.1	Intervenciones con ejercicios terapéuticos
<ul style="list-style-type: none">• Acondicionamiento y reacondicionamiento aeróbicos• Ejercicios para mejorar el rendimiento muscular: entrenamiento de fuerza, potencia y resistencia.• Técnicas de estiramiento que incluyan procedimientos de elongación de los músculos y técnicas de movilización articular.• Control neuromuscular, técnicas de inhibición y facilitación y entrenamiento de la postura mediante atención sobre esta.• Control de la postura, mecánica corporal, y ejercicios de estabilización.• Ejercicios para mejorar el equilibrio y entrenamiento de la agilidad.• Ejercicios de relajación.• Ejercicios respiratorios y entrenamiento de los músculos de la respiración.• Entrenamiento funcional específico de cada área.	

I.3.1.2 Objetivos del Ejercicio Terapéutico

Los objetivos del ejercicio terapéutico comprenden la prevención de la disfunción así como el desarrollo, mejoría, restablecimiento o mantenimiento de:

- La fuerza.
- Resistencia física aeróbica y capacidad cardiovascular.
- Movilidad y flexibilidad.
- Estabilidad.
- Relajación.
- Coordinación, equilibrio y destrezas funcionales.

En el ejercicio terapéutico se aplican sobre los sistemas corporales fuerzas y tensiones cuidadosamente graduadas de forma controlada, progresiva y planificadas apropiadamente para mejorar la función general de las personas y para que afronten las exigencias de la vida diaria. (26)

I.3.1.3 Fuerza

Es la capacidad de un músculo o grupo de músculos para generar tensión y una fuerza resultante durante un esfuerzo máximo, dinámico o estático, respecto a las exigencias que se le imponen.

Cambio del sistema neuromuscular que provoca el aumento de fuerza

-Hipertrofia: Es el aumento del tamaño de las fibras de los músculos esqueléticos individuales, se ha comprobado que las fibras musculares tipo II aumentan de tamaño y son la fuente principal de hipertrofia. (26)

Cambios en la fuerza de los tejidos no contráctiles

En un programa terapéutico de aplicación progresiva también puede mejorar la fuerza de los tejidos no contráctiles como huesos, tendones y ligamentos. El tejido esquelético también se torna más fuerte y se adapta a las crecientes demandas que soporta como resultado de un programa de ejercicio pensado para aumentar la fuerza. (26)

1.3.1.4 Resistencia Aeróbica y Capacidad Cardiovascular

La resistencia muscular o la capacidad aeróbica total del cuerpo también mejoran o se mantienen con ejercicio terapéutico. La capacidad aeróbica es necesaria para realizar tareas motoras repetidas en la vida diaria y para mantener un nivel continuo de actividad funcional, como caminar o subir escaleras.

Cambios en los sistemas muscular, cardiovascular y pulmonar que aumentan la resistencia física.

Cambios inmediatos durante el ejercicio

- aumento de riego sanguíneo a los músculos por el aumento de las demandas de oxígeno.
- Aumento de la frecuencia cardiaca.
- Aumento de la demanda y consumo de oxígeno.
- Aumento de la frecuencia y profundidad de la respiración (26)

I.3.1.5 Cambios cardiacos

- Aumenta el gasto cardiaco y el volumen sistólico y esto provoca un aumento de la eficiencia de la capacidad de trabajo del corazón.
- Decrece la frecuencia cardiaca en reposo. Por supuesto, durante el ejercicio aumenta la frecuencia cardiaca, pero a medida que aumenta la resistencia física, la frecuencia cardiaca vuelve al nivel de reposo con mayor rapidez después del ejercicio. (26)

I.3.1.6 Movilidad y Flexibilidad

Además de la fuerza y resistencia, se necesita de la movilidad de tejidos blandos contráctiles y no contráctiles y las articulaciones para el rendimiento de los movimientos funcionales normales.

Las enfermedades o traumatismos de los tejidos blandos y articulaciones que provocan dolor, debilidad o inflamación pueden empeorar la movilidad.

En el musculo debido a sus propiedades contráctiles y elásticas, este se acorta cuando se estimula y se relaja después de la contracción, aunque también puede estirarse pasivamente.

Si un musculo esta inmóvil durante un periodo de tiempo, pierde flexibilidad y aporta la posición acortada en que se ha situado. El acortamiento adaptativo del tejido se denomina contractura.

Cualquier restricción de la capsula o una relación defectuosa entre las superficies articulares interferirá con el movimiento normal. La movilidad normal se restablece con las técnicas de movilización articular. (26)

I.3.1.7 Estabilidad

Comprende la coordinación sinergista del sistema neuromuscular para proporcionar una base estable a los movimientos o actividades funcionales.

Los ejercicios de estabilización son el medio por el cual un paciente aprende a controlar áreas proximales del cuerpo y mantienen una posición estable y bien alineada, mientras realiza actividades funcionales. (26)

I.3.1.8 Relajación

Se refiere a un esfuerzo consiente para aliviar la tensión de los músculos. Mediante el ejercicio terapéutico una persona puede volverse consiente de la tensión muscular prolongada y aprender a controlarla o inhibirla. (26)

I.3.1.9 Efectos psicológicos del Ejercicio Terapéutico

El ejercicio constituye un recurso terapéutico efectivo, atractivo y de bajo costo, que puede contribuir no sólo al tratamiento de problemas de salud mental fundamentales como la ansiedad y la depresión, sino también mejorar estados psicológicos de la población normal como la fatiga mental, el stress y la pérdida de autoestima, que ayudarían en la elevación del bienestar emocional con la consiguiente influencia sobre la salud y la calidad de vida. (27,28)

Efectos sobre el estado de ánimo

El estado de ánimo es un estado emocional general, personal e indeterminado, es decir, no es una respuesta vinculada a un acontecimiento particular.

Se ha demostrado consistentes mejoramientos en el estado de ánimo después de un encuentro agudo de ejercicio caracterizando el estado de ánimo como sensación de bienestar. (28)

Influencia en la ansiedad

Las investigaciones apoyan al ejercicio tipo aerobio y de baja intensidad (caminata, trote, ciclismo, etc.) como superior ya que los efectos se aprecian en una sesión.

El ejercicio, como parte integral del tratamiento en los trastornos de ansiedad, resulta tan efectivo como las terapias tradicionales de meditación y cognitivas. Sin embargo se ha observado que actúa preferentemente sobre la ansiedad somática, mientras las otras terapias resultan más efectivas sobre la ansiedad cognitiva. (28)

Ni la Oficina de Prevención de las Enfermedades y Promoción de la Salud, ni la Asociación Americana de Psiquiatría han incluido al ejercicio físico como método de mejora de la salud mental en su conjunto.

Dentro del área general de la salud psicológica, la influencia del ejercicio físico ha sido especialmente investigada en los fenómenos de ansiedad.

El ejercicio físico regular reduce la reactividad en los estados de ansiedad subjetiva, conductual (motriz) y fisiológica (recuperación del ritmo cardíaco) en una situación de estrés. (29)

Influencia en la depresión

El ejercicio físico se asocia con un efecto antidepresivo de magnitud moderada.

La elevación de los niveles de endorfina como causa de sentimientos de euforia y mejoramiento del estado de ánimo, el incremento del flujo de sangre en regiones del cerebro involucradas en la regulación de las emociones; la acción sobre el eje hipotalámico-pituitario adrenal, sistema cuyas funciones dirigen la respuesta de stress del organismo; presencia de mecanismos psicosociales como el mejoramiento del apoyo social, distracción de preocupaciones y mejoramiento de la autoestima. (28)

La práctica regular de ejercicio físico está asociada a disminuciones en la depresión tanto en mujeres como en hombres, y tanto en quienes tienen niveles elevados de depresión al inicio del tratamiento como a los de niveles bajos.

Por otro lado, a nivel neuroquímico, la depresión puede ser el resultado de bajos niveles de ciertos neurotransmisores en el hipotálamo. El ejercicio puede compensar en parte este efecto al incrementar la producción de norepinefrina. (30)

Efecto en la autoestima y la imagen corporal

El ejercicio tiene fuerza para influir en la autoestima y se considera la variable con mayor potencia para reflejar los beneficios psicológicos del ejercicio.

Respecto a los mecanismos que explican este efecto del ejercicio, la literatura revela que la solución se vincula probablemente a una mejor comprensión de los mecanismos psicosociales: percepción mejorada de competencias, percepción mejorada de apariencia, sentido mejorado de autonomía y control corporal, sentido mejorado de pertenencia y significado a través del contacto humano; sentido mejorado de autoaceptación. (28)

I.4 Terapia Física en Salud Mental

La Terapia Física en Salud Mental, es una especialidad de la Terapia Física que abarca un amplio número de técnicas dirigidas directamente a mejorar los trastornos mentales.

Las funciones del Terapeuta Físico incluyen áreas como:

- Unido al médico de Atención Primaria en áreas de salud física y desarrollando estilos de vida saludables y grupos de control del peso comunitarios en conjunción con actividades de ocio.
- Unido al hospital general en pacientes con necesidades físicas y mentales quienes requieran procesos complejos para el alta.

- Unido al psiquiatra y nutricionista en la mejora de alteraciones del humor y estado de ánimo en estos pacientes. (17)

I.4.1 El papel del Terapeuta Físico en el tratamiento de pacientes con Anorexia Nerviosa

La Terapia Física puede jugar un papel muy importante tanto en el tratamiento de personas con trastornos de la conducta alimentaria como en el tratamiento de otros trastornos mentales y psicosomáticos. Ofrece un enfoque holístico a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento y mejora la capacidad funcional para aumentar la salud y el bienestar de la comunidad desde una perspectiva tanto individual como poblacional. (17)

En relación a la figura del fisioterapeuta como miembro del equipo de salud mental, la población general, los profesionales sanitarios y también aquellos que trabajan en departamentos de salud mental frecuentemente se preguntan que hacen los fisioterapeutas trabajando con pacientes que sufren algún trastorno mental. Esto es debido a la ignorancia sobre el concepto biopsicosocial de salud y más concretamente al concepto de intervención terapéutica denominado, cuerpo-mente. Se ha demostrado una clara correlación entre ejercicio físico y la reducción de ansiedad y depresión especialmente en población con trastornos mentales. La actividad física como el entrenamiento físico, han sido aplicados en pacientes con anorexia. Beumont et al (1994) sugirió las siguientes actividades para el entrenamiento físico de pacientes anoréxicos: actividades no aeróbicas, estiramientos, flexibilizaciones, mejora de la postura, entrenamiento con pesas, y apoyo social. (17)

I.5 Trabajo en Equipo

El equipo de trabajo es una entidad organizada y orientada hacia el logro de una tarea común, constituida por un número reducido de personas que adoptan papeles y funciones, de acuerdo con la disponibilidad de recursos y habilidades para conducir el proceso psico-social del grupo dentro de un ambiente de respeto y confianza.(31)

El trabajo en equipo constituye una forma de abordar problemas que requieren de una dinámica especial, caracterizada por la acción combinada de varias personas poseedoras de conocimientos particulares que se articulan en un proceso de trabajo tendiente a la ejecución de tareas para alcanzar una meta u objetivo. (31)

I.5.1 Trabajo Multidisciplinario

En un equipo multidisciplinario, investigadores o profesionales provenientes de diferentes campos del conocimiento cooperan para solucionar un problema utilizando las teorías y metodologías de sus propias disciplinas. (32)

Se da cuando una o varias disciplinas, concurren a la solución de un problema. Aquí la labor requiere del aporte de los otros profesionales para el logro de objetivos comunes y puede concebirse como una sumatoria de disciplinas que no se interpenetran, sino que están yuxtapuestas. (31)

I.5.2 Trabajo Interdisciplinario

La interdisciplinariedad combina las teorías o metodologías de cada una de ellas en una forma novedosa, creando nuevas disciplinas.

Es la interconexión entre los campos de estudio del conocimiento en el marco de reconocer la existencia de identidades y pautas culturales diversas; a partir de la expansión de los conocimientos para que el poseedor de estos pueda, relativamente, incursionar de un campo a otro de la producción del conocimiento científico. (33)

El trabajo interdisciplinario supone, además de la oportunidad de trabajar junto a representantes de otras ciencias, el compromiso y el respeto por el trabajo mutuo y la organización para articular el trabajo, explicitando qué se pretende de cada uno de los integrantes en lo que podría definirse como un “acuerdo de colaboración interdisciplinaria”. (34)

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en chicas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes, así como niños prepúberes o mujeres maduras.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí, contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad.

En este momento ningún programa de tratamiento para la anorexia nerviosa es completamente eficaz. Sin embargo los síntomas persisten entre el 12% y 14% de los casos, y las tasas de recaída son entre el 7% y 27%.

Considerando que la Anorexia Nerviosa como muchos otros trastornos son multifactoriales y donde además participan de manera determinante factores psicológicos y sociales es necesario abordar esos problemas con una visión integral, es decir, con un grupo multidisciplinario, donde el fisioterapeuta juega un papel importante

De manera tradicional los fisioterapeutas han intervenido mayoritariamente en las áreas de traumatología, neurología y reumatología, pero existen otras áreas en donde la Fisioterapia tiene un gran campo de actuación y en ciertos países se puede observar la figura del fisioterapeuta como miembro del equipo multidisciplinario encargado de dar respuesta a la diversidad de nuevos retos que se van planteando en diversas áreas de salud.

Lamentablemente en nuestro país, la terapia física como parte del tratamiento integral, no tiene el reconocimiento ni la importancia dentro de los trastornos

mentales, en este caso Anorexia Nerviosa, esto es debido a la ignorancia sobre el concepto biopsicosocial de salud y al poco conocimiento de nuestra participación como terapeutas físicos dentro del tratamiento, a pesar de que cada vez más estudios muestran que el bienestar físico es un pre-requisito para el bienestar mental.

De hecho, estudios recientes han demostrado una clara correlación entre ejercicio físico y la reducción de ansiedad y depresión especialmente en población con trastornos mentales.

Pero a pesar de esto, existen muchas ideas erróneas del ejercicio en pacientes con trastornos de la alimentación, creyendo que todas las características de este, se reducen a aumentar el gasto energético y adelgazar, sin tener en cuenta los beneficios tanto fisiológicos como psicológicos que posee, en pacientes con Anorexia Nerviosa.

II.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el Conocimiento de los Docentes de la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma del Estado de México, Respecto al Ejercicio Terapéutico, como parte del Tratamiento Integral del Paciente con Anorexia Nerviosa?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

E trabajo se realizó con la finalidad de obtener el título de Licenciado en Terapia Física

III.2 Social

Al saber el conocimiento que posee el personal docente respecto a la práctica de ejercicio terapéutico en pacientes con anorexia nerviosa, podrá beneficiar en la efectividad del mismo.

Así mismo el manejo integral del paciente tendrá beneficios tanto para el propio sujeto como para la familia, debido a la importancia que juegan los aspectos sociales tanto para la ocurrencia de la enfermedad como para su control.

III.3 Científica

Con la presente investigación, lograr que el personal docente de la Facultad de Medicina considere la posibilidad de hacer más investigación respecto a los beneficios que el ejercicio terapéutico tiene como parte del tratamiento integral en Anorexia Nerviosa.

IV. HIPÓTESIS

Los resultados esperados de la investigación, es un conocimiento regular en un 70% de los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del estado de México, respecto al Ejercicio Terapéutico en Anorexia Nerviosa.

IV.1 Elementos de la hipótesis

IV.1.1 Unidad de análisis.

Docentes de la Facultad de medicina de cuatro de las Diferentes Licenciaturas

IV.1.2 Variables de estudio.

Variable independiente: Conocimiento

Variable dependiente: Ejercicio terapéutico como parte del tratamiento en Anorexia Nerviosa

IV.1.3 Dimensión espacio temporal

Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, 2012

V. OBJETIVOS

V.1 General

Identificar el nivel de conocimiento que poseen los docentes de la Facultad de Medicina, respecto al ejercicio terapéutico, como parte del tratamiento integral del paciente con anorexia nerviosa.

V.2 Específicos

- Determinar el nivel de conocimiento que poseen los docentes de acuerdo a su edad.
- Identificar el nivel de conocimiento que poseen los docentes de acuerdo a su sexo.
- Indicar el nivel de conocimiento que poseen los docentes de las diferentes licenciaturas de la Facultad de Medicina.

VI. MÉTODO

VI.1 Diseño de Estudio

El tipo de investigación es descriptivo, prospectivo y transversal.

VI.2. Operacionalización de las variables

Variable	Definición Teórica	Definición operacional	Nivel de Medición	Indicadores	ITEM
Sexo	Características genéticas, fisiológicas y funcionales que a los seres humanos nos diferencian biológicamente	Se refiere a si es hombre o mujer	Cualitativa nominal	Hombre Mujer	1
Edad	Tiempo de existencia de una persona, desde su nacimiento hasta la actualidad.	Cantidad de años cumplidos	Cualitativa Ordinal	Rango de edad 20-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años	1
Formación profesional.	Es la acción y efecto de ocupar u ocuparse, se utiliza como sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad.	Profesión a la que dan clase.	Cualitativa Nominal	Docentes de la Lic. Médico Cirujano Docentes de la Lic. Nutrición Docentes de la Lic. Terapia Física Docentes de la Lic. Terapia Ocupacional	1
Conocimiento	Conjunto de información, conceptos y experiencia sobre el ejercicio terapéutico.	Se incluyeron conocimientos generales relacionados con el ejercicio terapéutico y aplicación.	Cualitativa Ordinal	Muy Bueno 14-16 Bueno 11-13 Regular 8-10 Malo 5-7 Muy malo 2-4	2-16

VI.3. Universo de Trabajo

80 Docentes, participando 20 de la Lic. Médico Cirujano, Lic. Terapia Física, Lic. Terapia Ocupacional y Lic. En Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

VI.3.1 Criterios de Inclusión

- Docentes de ambos sexos y de cualquier edad.
- Ser docente de las diferentes Licenciaturas que se imparten en la Facultad de Medicina
- Docentes que aceptaron participar en el estudio.

VI.3.2 Criterios de Eliminación

- Docentes que no contestaron el cuestionario completo.

VI.4 Instrumento de Investigación

La investigación se realizó en base a un cuestionario denominado “Conocimiento de los docentes de la Facultad de Medicina respecto al ejercicio terapéutico como parte del tratamiento integral en Anorexia Nerviosa”

VI.4.1 Descripción

Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario, el cual se divide en dos partes, la primera en ficha de identificación y la segunda parte en 15 preguntas de las cuales 5 son cerradas dicotómicas y 10 preguntas de opción múltiple.

De la pregunta 2 a la 4 se midió el conocimiento sobre el abordaje del paciente con anorexia nerviosa, de la pregunta 5 a la 9 conocimiento general del ejercicio terapéutico y de la pregunta 10 a la 16 el conocimiento del ejercicio terapéutico en anorexia nerviosa.

Finalmente el nivel de conocimiento se calificó de acuerdo a la cantidad de respuestas correctas:

Numero de respuestas correctas	Nivel de conocimiento
14 -16	Muy bueno
11 -13	Bueno
8 - 10	Regular
5 - 7	Malo
2 – 4	Muy malo

VI.4.2 Validación

Se realizó una prueba piloto con 20 docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

VI.4.3 Aplicación

La aplicación de los cuestionarios a docentes se llevó a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

VI.5 Desarrollo del Proyecto

Para realizar la presente investigación, se aplicó el cuestionario a los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, que cumplieron con los criterios de inclusión, corroborando que todas las preguntas estuvieran contestadas. Posteriormente los datos arrojados por los cuestionarios se analizaron y se graficaron para determinar el nivel de conocimiento que tiene los docentes de la respecto a la intervención del ejercicio terapéutico como parte del tratamiento integral en trastornos psiquiátricos como lo es la Anorexia Nerviosa.

VI.6 Límite de Tiempo y Espacio

Tiempo: Febrero – Julio 2012.

Espacio: Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

VI.7 Diseño de Análisis

Una vez que se recolectaron los datos a través del cuestionario, se llevó acabo la revisión de información y clasificación de la misma, se realizó su análisis, determinando porcentajes y distribuciones para las variables, elaborando tablas y de gráficas.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo al artículo 17 y 23 de la Ley general de salud en Materia de investigación para la salud, se considera una investigación sin riesgo.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

P.L.T.F. Liliana Guadalupe García Palma

Directores:

L.T.O Vanessa López Mejía

M. EN ED. Miguel Fernández López

Revisores:

DRA. EN C. ED. Margarita Marina Hernández González

L.T.F. Marisol López Álvarez

M. EN A.I.S. Marco Antonio Mendieta Mazón

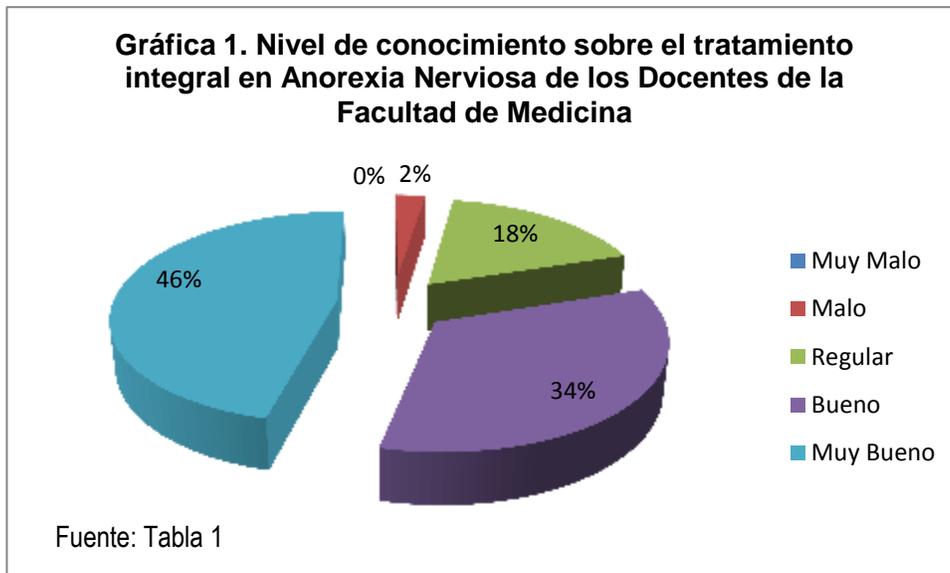
IX. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El presupuesto de este proyecto de investigación fue de aproximadamente \$15,000.00 contemplando gastos desde transporte, papelería, impresiones, internet, etc. Los cuáles serán financiados en su totalidad por la tesista.

X. RESULTADOS

Tras haber realizado la recopilación de la información y haberla procesado, se obtuvo que el nivel de conocimiento de los docentes de la facultad de medicina respecto al ejercicio terapéutico en su mayoría fue muy bueno, con un porcentaje del 46%, cumpliendo así con el objetivo general (Tabla 1 y Gráfica1).

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre el tratamiento integral en Anorexia Nerviosa de los Docentes de la Facultad de Medicina		
Nivel de Conocimiento	No de Docentes	Porcentaje
Muy Malo	0	0
Malo	2	2
Regular	14	18
Bueno	27	34
Muy Bueno	37	46
Fuente: Cuestionario		

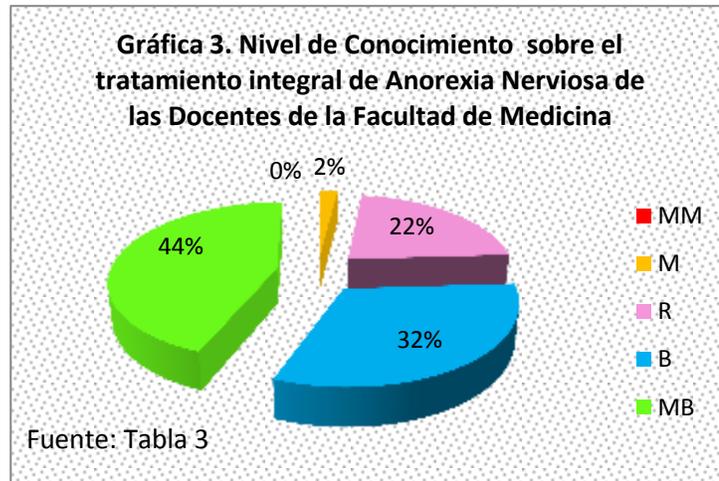


En esta gráfica, se observa que el 46% tiene un conocimiento muy bueno, el 27% es bueno, en el 18% regular y en el 2% un conocimiento malo (Tabla 1 y Gráfica 1).

Tabla 2. Nivel de conocimiento de los docentes, sobre el tratamiento Integral en Anorexia Nerviosa según su edad.					
Rango de edad	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
20-30	0%	0%	15%	41%	44%
31-40	0%	3%	24%	40%	33%
41-50	0%	0%	14%	14%	72%
51-60	0%	0%	0%	0%	100%
Fuente: Cuestionario					

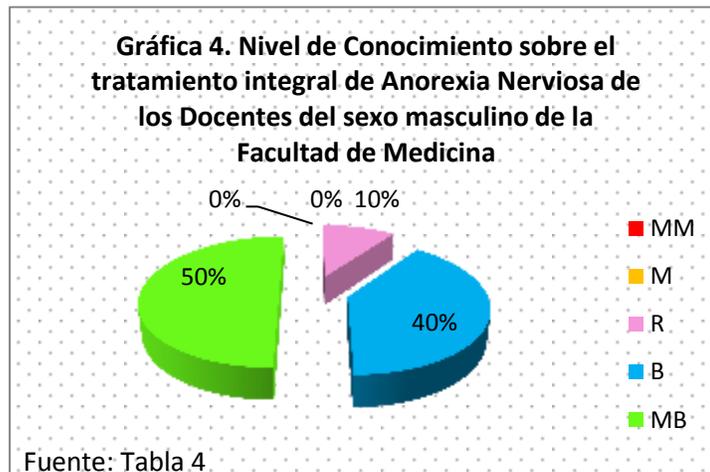
Tomando en cuenta los porcentajes mayores y menores, se obtuvo que en un rango de edad de 20 a 30 años, el conocimiento en 15% fue regular y 44% muy bueno, de 31 a 40 años, 3% fue malo y en 33% fue bueno, de 41 a 50 años 14% regular y 72% muy bueno, finalmente de 51 a 60 años el 100% obtuvo un conocimiento muy bueno (Tabla 2).

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre el tratamiento integral en Anorexia Nerviosa de las Docentes de la Facultad de Medicina.		
Nivel de Conocimiento	No. De Docentes	Porcentaje
Muy Malo	0	0
Malo	1	2
Regular	11	22
Bueno	16	32
Muy Bueno	22	44
Fuente. Cuestionario		



De las participantes que respondieron el cuestionario, el 44% tienen un nivel de conocimiento muy bueno, el 32% es bueno, el 22% un nivel regular y solo un 2% un nivel malo (Tabla 3 Gráfica 3).

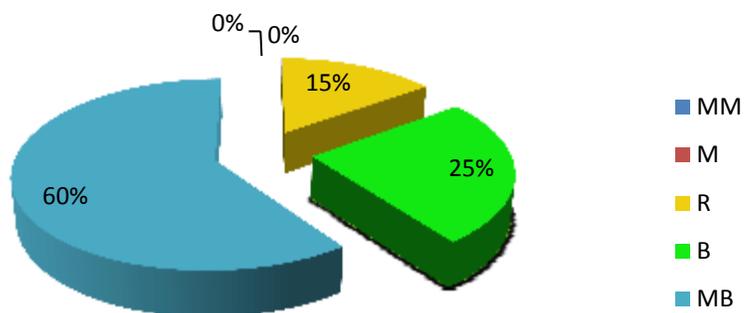
Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre el tratamiento integral en Anorexia Nerviosa de los Docentes del sexo masculino de la Facultad de Medicina.		
Nivel de Conocimiento	No. De Docentes	Porcentaje
Muy Malo	0	0
Malo	0	0
Regular	3	10
Bueno	12	40
Muy Bueno	15	50
Fuente. Cuestionario		



De los participantes del sexo masculino, el 50% obtuvo un nivel de conocimiento muy bueno, el 40% fue bueno y un 10% un conocimiento regular (Tabla y Gráfica 4)

Nivel de Conocimiento	No de docentes	Porcentaje
Muy Malo	0	0
Malo	0	0
Regular	3	15
Bueno	5	25
Muy Bueno	12	60
Fuente: Cuestionario		

Gráfica 5. Nivel de conocimiento sobre el tratamiento integral en Anorexia Nerviosa de Docentes de Medicina

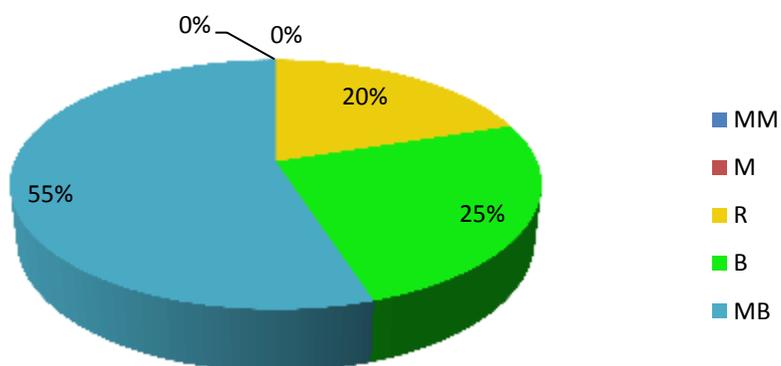


Fuente: Tabla 5

De los docentes de la Lic. En Médico Cirujano, el 60% obtuvo un nivel muy bueno, un 25% bueno y el 15 % regular (Tabla 5 y Gráfica 5).

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre el tratamiento integral de Anorexia Nerviosa de Docentes de Terapia Física		
Nivel de Conocimiento	No de Docentes	Porcentaje
Muy Malo	0	0
Malo	0	0
Regular	4	20
Bueno	5	25
Muy Bueno	11	55
Fuente: Cuestionario		

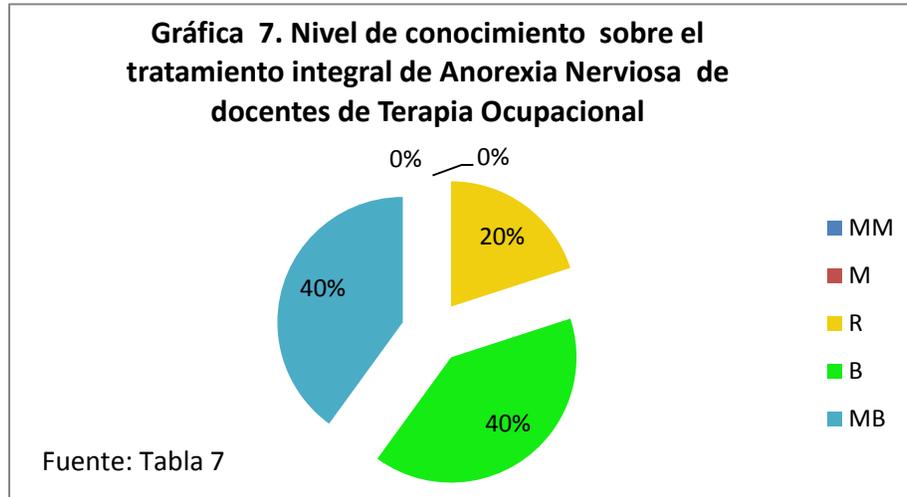
Gráfica 6. Nivel de conocimiento sobre el tratamiento integral de Anorexia Nerviosa de Docentes de Terapia Física



Fuente: Tabla 6

De los docentes de la Lic. En Terapia Física, el 55% fue muy bueno, el 25% bueno y el 20% regular (Tabla 6 y Gráfica 6).

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre el tratamiento integral de Anorexia Nerviosa de docentes de Terapia Ocupacional		
Nivel de Conocimiento	No de Docentes	Porcentaje
Muy Malo	0	0
Malo	0	0
Regular	4	20
Bueno	8	40
Muy Bueno	8	40
Fuente: Cuestionario		

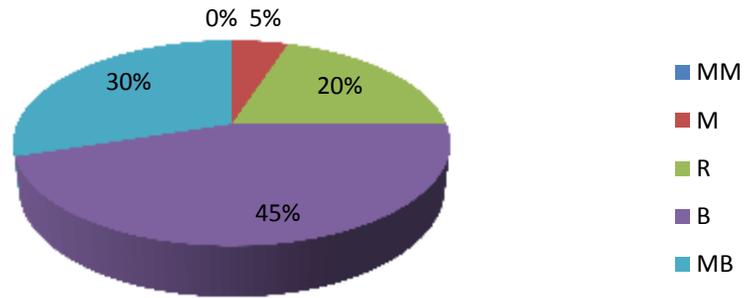


De los docentes de la Lic. En Terapia Ocupacional, el 40% obtuvo un nivel muy bueno al igual un 40% bueno y el 20% regular (Tabla 7 y Gráfica 7).

Nivel de Conocimiento	No. De docentes	Porcentaje
Muy Malo	0	0
Malo	1	5
Regular	4	20
Bueno	9	45
Muy Bueno	6	30

Fuente: Cuestionario

Gráfica 8. Nivel de conocimiento sobre el tratamiento integral de Anorexia Nerviosa de Docentes de Nutrición



Fuente: Tabla 8

De los docentes de la Lic. En Nutrición, el 30% obtuvo un nivel muy bueno, el 45% bueno, el 20% regular y el 5% malo (Tabla 8 y Gráfica 8).

XI. CONCLUSIONES

Una vez terminada la interpretación de los resultados, en primera instancia la hipótesis planteada se supera, misma que refiere que existe un conocimiento regular en un 70% de los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, ya que el 46% de los docentes obtuvieron un conocimiento muy bueno, siendo el porcentaje mayor y solo el 18% obtuvo un conocimiento regular, por lo tanto los docentes poseen un conocimiento muy bueno.

Por el grupo de edad, se obtuvo que en un rango de edad de 20 a 30 años, el conocimiento en 15% fue regular y 44% muy bueno, en el de 31 a 40 años, en el 3% fue malo y en 33% fue bueno, en el de 41 a 50 años en el 14% fue regular y en el 72% muy bueno, finalmente en el de 51 a 60 años el 100% obtuvo un conocimiento muy bueno, donde se observa que entre mayor sea la experiencia mejor es el nivel de conocimiento.

Con respecto al sexo, los hombres tienen en general un conocimiento muy bueno en un 50%, por otro lado solo el 2% de las mujeres tienen conocimiento malo.

En relación a la formación profesional, los docentes de la Lic. En Médico Cirujano, tienen el más alto porcentaje de conocimiento muy bueno y los de la Lic. En Nutrición, el menor porcentaje en este nivel.

En conclusión es base a los resultados expuestos en este estudio, se puede observar un conocimiento bueno y muy bueno para los profesionales de la salud que participan como docentes en la Facultad de Medicina, sobre un trastorno donde aparentemente el terapeuta físico tiene poco abordaje.

XII. SUGERENCIAS

Con los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda que terapeutas físicos realicen pláticas informativas en las todas las licenciaturas que se imparten en la Facultad de Medicina, con la finalidad de despertar el interés y dar a conocer la importancia del abordaje terapéutico en este tipo de pacientes.

Que los docentes de la Facultad de Medicina, tengan una influencia directa e importante en sus alumnos por medio de las clases que imparten, dándoles a conocer el adecuado abordaje integral en el tratamiento de trastornos psiquiátricos.

Que el personal de salud realice más investigación en donde se demuestren los beneficios que proporciona el ejercicio terapéutico en pacientes con Anorexia Nerviosa.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Diccionario de la Lengua Española. 22 ed. Disponible: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=conocimiento (fecha de acceso 2 de marzo 2012)
2. - Manríquez. J. Knowledge Management in Higher Education. A conceptual analysis. MPRA, November 2007; 2622 (7): 2-37
- 3.- Rodríguez J. El Conocimiento. Universidad de Sevilla, 1993
- 4.- García F. Hacia un modelo de intervención en los procesos de transmisión del conocimiento, Universidad de Zaragoza, jul.-dic. 1995; 1 (2): 106-137
- 5.- Jesús S. Conocimiento, cooperación y desarrollo. Revista CTS, Abril de 2007; 8 (3):195-208
- 6.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la Conducta Alimentaria, Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencio d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya ;2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- 7.- Lenoir M, Silber J, Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Arch.argent.pediatr 2006; 104(3):253-260.
- 8.- Hales R.E et Al. Tratado de Psiquiatría DSM IV [CD ROM] the American Psychiatric Press 3º edición, Barcelona. 2000.
- 9.- Saldaña C, Tratamientos Psicológicos Eficaces para Trastornos del Comportamiento Alimentario, Psicothema, 2001; 13(3): 381-392, ISSN 0214 – 9915.
- 10.- Vélez, M., Castellanos, E. Adolescentes, alimentación e interacciones mediáticas, una aproximación a las conductas de riesgo. Tesis Facultad de Ciencias políticas y Administración Pública. Universidad Autónoma del Estado México. Toluca, México. 2004.

- 11.- Mataix, J., Morandé, G., Nova, E., Gómez, S., Marcos, A. Master internacional en nutrición y dietética. Módulo: Trastornos del comportamiento alimentario. Fundación Universitaria Iberoamericana. Universidad de Granada. 2006
- 12.- Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública Méx. 2004; 46(510)
- 13.- Shils M, Olson J, Ross A, Nutrición en Salud y Enfermedad, Novena Edición, Volumen II, Editorial Mc Graw Hill, México 2002.
- 14.- Acosta M, Gómez G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003; 3(1): pp. 9-21 ISSN 1576-7329.
- 15.- García E. Vázquez V, López J, Arcilia D. Validez interna y utilidad diagnóstica de Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. Revista Salud Pública de México. Cuernavaca México. 2003; 45(3):206-210. ISSN 0036-3634.
- 16.- Cortés M, Hernández B, Hernando M. Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2009; 22(3): 219-226. ISSN: 0121-0793.
- 17.- Catalán D. Fisioterapia En Salud Mental: Efectividad De Una Intervención Fisioterapéutica En pacientes Trastornos Alimentarios. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Málaga; 2007. Disponible en: Fisioterapia en Salud Mental.
- 18.- Jaurrieta N, Perpinyá B, Aranda F, Murcia J, Solano R, Ruiloba V. Ansiedad y fobia social en anorexia nerviosa: un estudio de casos y controles. Revista internacional de psicología clínica y de la salud. 2003; 3: 517-526. ISSN 1132-9483.
- 19.- Flores C, Romo C. Sintomatología Obsesivo-Compulsiva en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: una muestra de pacientes mexicanas. Liberaddictus, 2008; 102(3):8. ISSN 1405-6569.
- 20.- Rodríguez M, Hernández A Bouly R. Anorexia Nerviosa: Características y Síntomas. Rev. Cubana Pediátrica. 2000; 72(4):300-5.

- 21.- Chinchilla A Trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Primera edición. Barcelona España. Editorial Masson. 2003 p. 158-159
- 22.- Madueño, F. Anorexia y bulimia una experiencia clínica, Madrid ed. Díaz de Santos, 2003 p.63-72.
- 23.- García M. El paradigma de la fisioterapia a través de un estudio cuantitativo. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2009. ISBN: 978-84-6928366-0
- 24.- Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León. Proyecto de Creación del Plan de Estudios de la Licenciatura en Fisioterapia. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.dgae.unam.mx/planes/fisioterapia.pdf>
- 25.- Krusen, Medicina Física y Rehabilitación, Editorial Medica Panamericana, Cuarta edición, España, Noviembre 2000.
- 26.- Colby K. Ejercicio terapéutico fundamentos y técnicas. 5° edición. Buenos Aires Argentina. Editorial Panamericana. Julio 2011. Capítulo 1.
- 27.- McArdle W, Katch I, Katch L, Fundamentos de Fisiología del Ejercicio. Segunda edición. España. Editorial Mc Graw Hill/ Interamericana de España. 2004.
- 28.- Barrios R. Consecuencias Sociopsicológicas del Ejercicio con Fines de Salud: una actualización, Instituto de Medicina del Deporte. 2006; 10(93)
- 29.- Calvo M, Espino O, Palenzuela L. Ejercicio Físico Regular y Reducción de la Ansiedad en Jóvenes, Psicothema, 1997; 9; (3): 499-508. ISSN 0214 – 9915.
- 30.- Palenzuela I, Calvo M, Avero p. Ejercicio Físico Regular Como un Mecanismo de Protección Contra la Depresión en Jóvenes. Universidad de Salamanca y Universidad de la Laguna Psicothema, 1998; 10(1): 29-39. ISSN 0214 – 9915.
- 31.- Valverde L, Ayala N, Pascua R, Fandiño D. El Trabajo en Equipo y su Operatividad. www.ts.ucr.ac.cr
- 32.- JAR MA. Trabajo interdisciplinario e interinstitucional: ser o no ser. Revista Argentina de Microbiología 2010; (42): 1-3. ISSN 0325-75411.
- 33.- Alvarado S, Genovés S, Zapata M. La Psicooncología: Un Trabajo Transdisciplinario. Universidad Nacional Autónoma de México 2009; (4): 47-53.

34.- Allegro F, Beltrán F, Benmergui S, Molina J, Oszlak C, Panelo A et al. Propuesta Para la Formación de Equipo Interdisciplinario en Salud: Facilidades e Inconvenientes. Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud, Octubre 2007.

XIV. ANEXOS

Questionario de “Conocimiento de los docentes de la Facultad de Medicina respecto al ejercicio terapéutico como parte del tratamiento integral en Anorexia Nerviosa”

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN				
EDAD				
SEXO				
Lic. En la que participa	Médico Cirujano	Nutrición	Terapia Física	Terapia Ocupacional

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y seleccione la correcta según su criterio.

2.- ¿El manejo del paciente con Anorexia Nerviosa debe ser Integral?

- A) SI B) NO

3.- ¿El tratamiento del paciente con Anorexia Nerviosa consiste únicamente en rehabilitación nutricional y psicoterapeuta?

- A) SI B) NO

4.- ¿Quién es el profesional encargado de la aplicación del ejercicio terapéutico en Anorexia Nerviosa?

- A) Nutriólogo
B) Terapeuta Físico
C) Psiquiatra

5.- El ejercicio terapéutico como parte de tratamiento consiste en:

- A) Un desplazamiento articular que requiere un gasto de energía importante.
B) Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.
C) Es la ejecución sistemática y planificada de movimientos corporales, posturas y actividades físicas.

6.- ¿Conoce algunos tipos de ejercicio terapéutico?

- A) SI B) NO

- 7.- ¿Son algunos tipos de ejercicio terapéutico aplicados en pacientes con Anorexia Nerviosa?
- A) Aeróbicos de alta Frecuencia, intensidad y Duración
 - B) Masajes y aplicación de compresas
 - C) Movilizaciones, estiramientos, relajación, coordinación y equilibrio.
- 8.- ¿Son ejemplos de ejercicios terapéuticos?
- A) Movilizaciones, estiramientos, técnicas de relajación
 - B) Ejercicios respiratorios y reeducación muscular
 - C) Todas las anteriores
- 9.- ¿Son efectos del ejercicio terapéutico?
- A) Mejora el funcionamiento físico y previene la discapacidad
 - B) Control de la postura y mecánica postural
 - C) Todas las anteriores
- 10.- ¿Son algunos beneficios psicológicos de la práctica del ejercicio terapéutico en la Anorexia Nerviosa?
- A) Sensación de bienestar, disminución de ansiedad, disminución depresión y disminución de estrés.
 - B) Acondicionamiento físico, mejora el equilibrio, coordinación y capacidad aeróbica.
 - C) Manía, Insomnio e hiperactividad
- 11.- ¿Son algunos beneficios físicos de la práctica del ejercicio terapéutico en la Anorexia Nerviosa?
- A) Sensación de bienestar, disminución de ansiedad, disminución depresión y disminución de estrés.
 - B) Acondicionamiento físico, mejora el equilibrio, coordinación y capacidad aeróbica.
 - C) Todas las anteriores
- 12.- ¿El ejercicio terapéutico, provoca una disminución de peso mayor en pacientes con Anorexia Nerviosa?
- A) SI
 - B) NO
- 13.- ¿Son indicaciones psicológicas para la práctica de ejercicio terapéutico, como parte del tratamiento en Anorexia Nerviosa?
- A) limitación articular, debilidad, contracturas, falta de coordinación y equilibrio
 - B) Depresión, ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo
 - C) Todas las anteriores

14.- ¿Son indicaciones físicas para la práctica de ejercicio terapéutico, como parte del tratamiento en Anorexia Nerviosa?

- A) limitación articular, debilidad, contracturas, falta de coordinación y equilibrio
- B) Alteraciones de la circulación y Disminución de la capacidad aeróbica
- C) Todas las anteriores

15.- ¿Son contraindicaciones para la práctica de ejercicio terapéutico, como parte del tratamiento en Anorexia Nerviosa?

- A) Cuando el paciente no tiene una rehabilitación nutricional
- B) En complicaciones orgánicas severas
- C) Todas las anteriores

16.- ¿Considera que es adecuada la práctica de ejercicio terapéutico, en pacientes con Anorexia Nerviosa?

- A) SI
- B) NO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROTOCOLO DE INVESTIGACION

El trabajo de investigación “CONOCIMIENTO DE LOS DOCENTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, RESPECTO AL EJERCICIO TERAPÉUTICO, COMO PARTE DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA. 2012”, corresponde a un protocolo de tesis para obtener el título de Licenciado en Terapia Física.

Su participación en la contestación de este cuestionario, es voluntaria. Si usted decide participar en la investigación tendrá la libertad de omitir preguntas hechas en el cuestionario y dejar de participar en cualquier momento.

Los registros obtenidos del cuestionario se mantendrán en privacidad y solo el investigador tendrá acceso a la información que usted entregue. Su participación será anónima por lo tanto sus datos personales no aparecerán cuando los resultados sean publicados o utilizados en investigaciones futuras.

Si usted está dispuesto a participar por favor firme donde corresponda.

Firma del participante _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

HOJA DE REPUESTAS

Numero de pregunta	Respuesta
2	A
3	B
4	B
5	C
6	A
7	C
8	C
9	C
10	A
11	B
12	A
13	B
14	C
15	C
16	A