UCAM ONLINE UNIVERSITY

· ACREDITACIÓN ·

El Vicerrectorado de Enseñanza Virtual, hace constar que

JASEMIN TODRI

dispone de los materiales docentes en la asignatura

FUNDAMENTOS DE FISIOTERAPIA

adaptados y actualizados correctamente siguiendo los criterios establecidos por la Unidad de Contenidos Digitales Docentes.



Belén López Ayuso
Vicerrectora Enseñanza Virtual

UCAM

Tema 12

El método científico

Fundamentos de la fisioterapia

material adaptado

por

Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia



ÍNDICE

CONTENIDOS

1. El origen del método científico

   1.1. Modelo lógico

   1.2. Modelo empírico

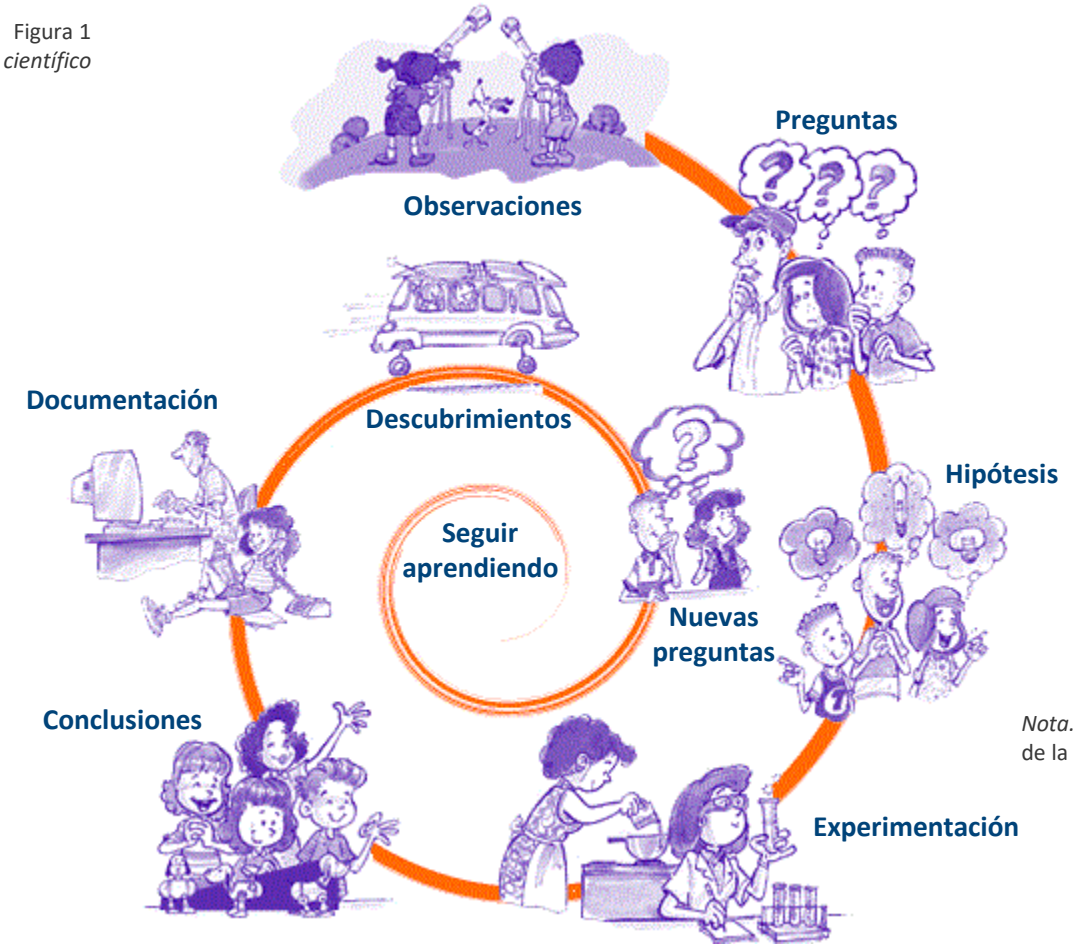
2. El método científico

3. Fases del modelo científico

El método científico

UCAM

Figura 1
El método científico



Nota. Esta figura muestra las etapas de la ciencia

1. El origen del método científico

1.1. Método lógico

Lógica



- Modelo desarrollado por **Descartes.**
- Las reglas para conducir bien el pensamiento se dirigen a elaborar un **procedimiento lógico** de **silogismos deductivos.**

> **Todos los seres humanos son mortales,**
> **Yo soy un ser humano,**
> **Por tanto, yo soy mortal.**

2. El método científico

1.2. Método empírico

Empírica

- Modelo desarrollado por Francis Bacon.
- Es necesario buscar el conocimiento en **la realidad de los hechos** y no en los textos consagrados.



2. El método científico

- El método científico es **común a todas las disciplinas.**
- **Se adapta** a los objetivos y técnicas de cada disciplina
- **En fisioterapia,** el método científico **no difiere** del empleado en otros **ámbitos del conocimiento.**
- Es la **herramienta que utilizan los científicos**, para responder sus **preguntas.**
- Mediante el **método científico** somos capaces **de llevar a cabo una acción de manera estructurada.**
- Existe un **sistema de reglas** o plan prefijado, que nos conduce a un **fin previamente propuesto.**
- Es aplicable a cualquier acción de la vida:
  - Pasa de ser casuística
  - **Ordenada** y **estructurada** (si se ha seguido un método en su realización)

2. El método científico

- El método científico establece un procedimiento modelo general de investigación caracterizado por ser un **proceso en espiral,** donde cualquier resultado abre **nuevas perspectivas y genera nuevas investigaciones**



3. Fases del método científico

- Observación del fenómeno
- Surgen interrogantes
- Planteamiento del problema
- Revisión de la bibliografía
- Formulación de objetivos y/o hipótesis

Nivel tórico conceptual

- Selección de la metodología

Nivel técnico-metodológico

- Interpretación-elaboración de conclusiones
- Difusión de los resultados

Nivel estadístico-analítico

3. Fases del método científico

Observación del fenómeno

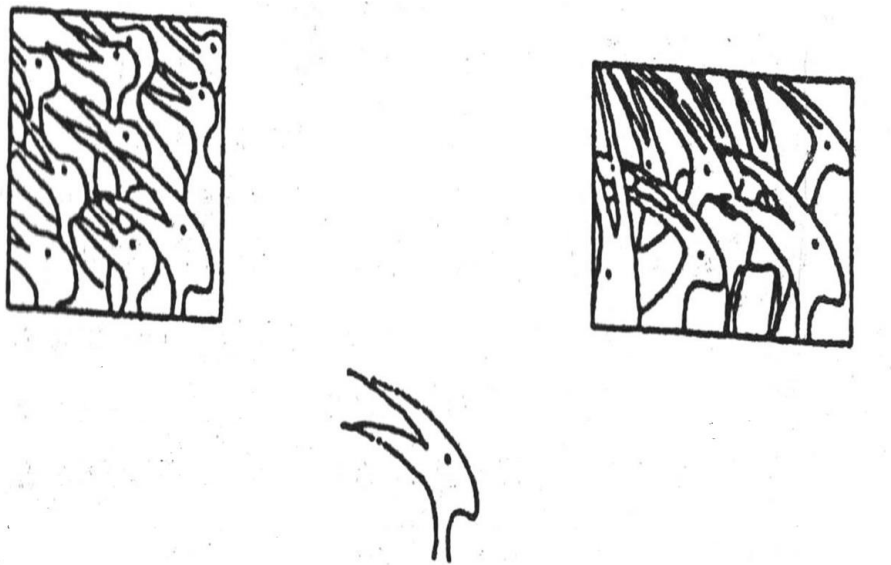


1. Observamos la **realidad**
2. Distinguimos entre lo **real e irreal**
3. Identificamos lo **evaluable**

> Nuestra **observación depende del contexto.** La forma en que **nuestro entorno nos condiciona,** influye de modo manifiesto en nuestro **modo de mirar** **(Hanson 1958)**

3. Fases del método científico

Observación del fenómeno



3. Fases del método científico

Observación del fenómeno 

- Cuando **observo** algo **siempre tengo que describirlo**, para lo cual utilizo una serie de **nociones que ya tenía antes.**
- Estas nociones se refieren siempre a una **representación teórica, generalmente implícita.**
- **Sin esas nociones** que me permiten organizar mi observación, **no sé qué decir.**
- Una **observación es una interpretación:** integrar determinada visión en la representación teórica que nos hacemos de la realidad.

3. Fases del método científico

Surgen interrogantes 

1. Hipótesis
2. Ideas originales
3. Paradigmas de nueva investigación

3. Fases del método científico

Planteamiento del problema



1. Debe entenderse por **problema, cualquier dificultas que no pueda resolverse de forma automática**

2. No todos los problemas son científicos, solo lo son aquellos que **se plantean desde un trasfondo científico**, se estudian con **medio científicos** y con el objetivo primario de **incrementar el conocimiento**

3. Fases del método científico

Planteamiento del problema



Reglas

- El problema **debe ser claro** y materializarse siempre en **términos precisos.**
- Un problema puede ser: empírico, conceptual, metodológico, filosófico…
- Debe **tener solución.**
- Buena **aplicación de los conocimientos** adquiridos para poder formular un problema.

3. Fases del método científico

Revisión bibliográfica



1. Revisión de lo **que se ha escrito** y **publicado** a nivel científico **sobre el tema** que se pretende abordar
2. Debe realizarse un **sondeo amplio en las bases de datos** y fuentes de información **más representativas**
3. La ‘revolución del conocimiento’ ha impulsado la creación de centros de gestión del conocimiento en el contexto de **bibliotecas digitales y electrónicas** que permiten el **manejo selectivo de la información** y su transferencia dentro de las nuevas tecnologías

3. Fases del método científico

Revisión bibliográfica

- ¿Qué técnicas se han investigado antes?
- ¿Qué han observado otros autores?
- ¿Indicaciones y contraindicaciones?
- Lo que quiero evaluar ¿ya está estudiado?



3. Fases del método científico

Formulación de objetivos y/o hipótesis

1

La hipótesis es aquella explicación anticipada que permite al estudioso asomarse a una realidad. Una hipótesis es una suposición que permite establecer relaciones entre hechos.

3. Fases del método científico

Formulación de objetivos y/o hipótesis



Características de la hipótesis

- **Explicación:** Suposición acerca de la existencia de una entidad que **permite la explicación del fenómeno estudiado.**
- **Es verdad provisional: nunca es verdad definitiva,** pues al ser comprobada se convierte en ley.
- **Observación previa:** es el **paso previo** y necesario a la determinación de la hipótesis

3. Fases del método científico

Formulación de objetivos y/o hipótesis

Características de la hipótesis

- **Hipótesis no** es lo mismo que **Objetivo.**
- **Objetivo:** elemento que identifica la **finalidad hacia la cual deben dirigirse actuaciones y esfuerzos para alcanzar una misión.**
- Los objetivos deben ser **claros y concisos**
- Objetivos del estudio → **Valorar**, **Identificar**, **Observar**

3. Fases del método científico

Selección de la metodología

La metodología se **selecciona** a partir de

1. Objetivos de la investigación
2. Orientación del investigador
3. Naturaleza de las variables del estudio

3. Fases del método científico

Selección de la metodología ✅

- Dependiendo de los puntos anteriores se planteará el **tipo de estudio a realizar:**
  - **Descriptivo:** Identifican y describen las características de un suceso. Estos estudios son propios de las primeras etapas en el desarrollo de una investigación.
  - **Observacionales:** El investigador observa, pero nunca interviene.
  - **Experimentales:** El investigador controla o manipula el factor de estudio, con aleatorización. El más común es el ensayo cínico.

3. Fases del método científico

Selección de la metodología ✅

- Los estudios se pueden clasificar en función de otros factores como la secuencia temporal (prospectivo, retrospectivo, trasversal, longitudinal, de cohorte etc…).



En segundo curso se estudiará con mucha más profundidad los tipos de estudios

3. Fases del método científico

Interpretación-elaboración de conclusiones



1. Es el momento de **organizar y analizar todos los datos** extraídos
2. Para ello se han de **seleccionar y aplicar técnicas, y procedimientos de análisis de datos**
3. **Lo primero** que se debe ver no es qué dicen los datos, sino **qué dicen en relación con el problema que se plantea** y las hipótesis que uno había planteado previamente.

3. Fases del método científico

Interpretación-elaboración de conclusiones



- **Conclusiones del estudio:** reorganización, estructuración y sistematización de la teoría, a la luz de los hallazgos que se han realizado, en virtud de haber podido contrastar el conjunto de hipótesis que se mostraban esenciales para la resolución del problema.



3. Fases del método científico

Difusión de los resultados



1. Tras la interpretación de los datos, **la difusión de los mismos es el último paso del método científico**
2. Un estudio **no se puede considerar finalizado hasta que no haya sido difundido** en el ámbito científico de interés
3. La única manera de verificar los resultados de un estudio es publicar esos resultados a la comunidad científica, para que estos **entren a formar parte del conocimiento científico.**
4. **La principal vía de publicación científica en la actualidad es el artículo científico,** que debe cumplir unas normas estrictas de formato, como veremos en el siguiente tema.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Izquierdo, T. G. (2007). *Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia*. Ed. Médica Panamericana.

Bispo Júnior, J. P. (2022). La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. *Salud colectiva*, *17*, e3709.

Collado Vázquez, S., de la LLave Rincón, A., Palacios Ceña, D., & Miangolarra Page, J. (2016). Metodologías activas de enseñanza-aprendizaje en la asignatura Fundamentos de Fisioterapia. In *In-Red 2016. II Congreso nacional de innovación educativa y docencia en red*. Editorial Universitat Politècnica de València.

Cáceres, R. Á. (1996). *El método científico en las ciencias de la salud*. Ediciones Díaz de Santos.

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

UCAM

TEMA 13, 14, 15 y 16

El Artículo Científico

Fundamentos de la fisioterapia

material adaptado

por

Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia



❖ ASPECTOS GENERALES DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

- Un artículo científico (paper) es un documento cuya **finalidad** "**comunicar los resultados de investigaciones, ideas y debates de una manera clara, concisa y fidedigna"**. Para ello, la publicación es inherente al trabajo científico.

(UNESCO 2014)

- Para llevar a cabo una buena investigación, es necesario documentarse sobre lo que estamos interesados. Un buen sondeo de lo que hay publicado nos dará una idea de qué "lagunas" hay en la literatura: problema de investigación.

❖ ASPECTOS GENERALES DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

❑ Por tanto, **antes** de empezar una investigación, debemos saber **qué deficiencias hay** e intentar paliarlas con nuestro trabajo.

➢ Tres etapas diferenciadas para la elaboración de un articulo científico:

- **Antes de escribir.**
- **Escribiendo.**
- **Después de escribir**.

❖ ASPECTOS GENERALES DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

➢ **Antes** de escribir:

- **Lectura científica** sobre el tema de interés.
- **Diseño** del estudio a realizar.
- Toma de **datos**.

➢ **Escribiendo**:

- **Normas** de publicación exigidas.
- Expresión y **presentación** clara.
- **Lenguaje** adecuado.

➢ **Revisión** del trabajo hecho.

❖ ESTILO Y CARACTERÍSTICAS DE LA ESCRITURA CIENTÍFICA

➢ La eficacia comunicativa del texto requiere utilizar un lenguaje:

- **Preciso:** Sin ambigüedad, que exprese exactamente lo que se quiere comunicar.
- **Claro:** El texto se debe leer y entender fácilmente. Un lenguaje excesivamente enrevesado dificulta la comprensión del articulo. ¿A quien va dirigido el texto?
- **Conciso:** Es recomendable utilizar el menor número de palabras posible. Normalmente las revistas limitan el numero de palabras que debe contener un articulo científico original.

❖ ESTILO Y CARACTERÍSTICAS DE LA ESCRITURA CIENTÍFICA

- La redacción científica **no** tiene necesidad de **adornos** ni cabida para ellos.

- Es muy probable que los adornos literarios floridos, las **metáforas**, los **símiles** y las **expresiones idiomáticas** induczcan a **confusión**, por lo que rara vez deben utilizarse para redactar artículos de investigación.

❖ ESTILO Y CARACTERÍSTICAS DE LA ESCRITURA CIENTÍFICA

➢ **Para conseguir una redacción fácil de entender, interesante y entretenida:**

- **Evita el uso de la negativa.** Puede resultar confuso:

-ella no estaba en lo cierto---*ella estaba equivocada.*
-no parece que el fármaco sea inútil---*parece que el fármaco es útil.*

- **Evita el uso excesivo de acrónimos y abreviaturas.**

-Emplea sólo acrónimos muy frecuentes y típicos del lenguaje científico (ej: LCA) y siempre precedidos de su explicación, la cual repetiremos varias veces a lo largo del artículo.

❖ ESTILO Y CARACTERÍSTICAS DE LA ESCRITURA CIENTÍFICA

➢ **Para conseguir una redacción fácil de entender, interesante y entretenida:**

- Escribe en voz activa (Sujeto + verbo). Más fácil para el lector.

-Los investigadores hallaron unos resultados concluyentes para la hipótesis planteada… (Activa)

-Los resultados concluyentes para la hipótesis planteada fueron hallados por los investigadores… (Pasiva)

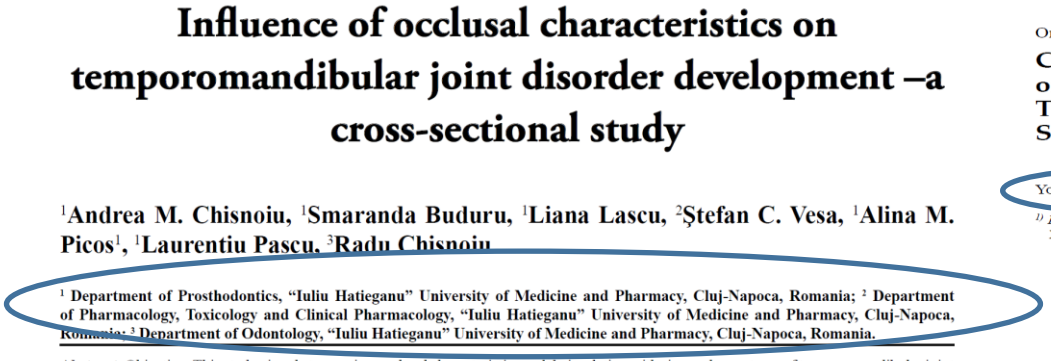
❖ ESTILO Y CARACTERÍSTICAS DE LA ESCRITURA CIENTÍFICA

➢ **Para conseguir una redacción fácil de entender, interesante y entretenida:**

- **Párrafos**: un párrafo – una idea
- **Idea principal e impactante al principio.**
- El lector recuerda sobre todo la **primera oración y la última**. Por tanto, ¡énfasis al final!
  - Seguir un orden lógico: si A, entonces B
  - De general a específico. Facilita el seguimiento del lector.

❖ LA AUTORÍA DEL ARTICULO CIENTIFICO

- Los criterios quedan determinados por los consejos de redacción de las diferentes publicaciones.

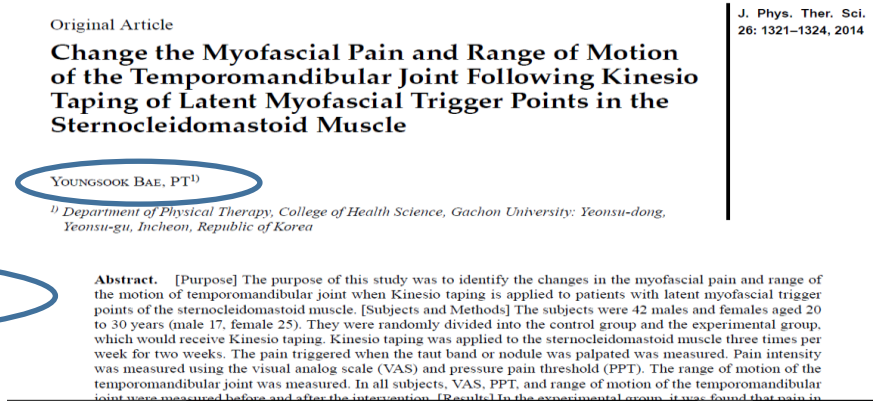


Influence of occlusal characteristics on temporomandibular joint disorder development –a cross-sectional study

[1]Andrea M. Chisnoiu, [1]Smaranda Buduru, [1]Liana Lascu, [2]Ştefan C. Vesa, [1]Alina M. Picos[1], [1]Laurentiu Pascu, [3]Radu Chisnoiu

[1] Department of Prosthodontics, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania; [2] Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania; [3] Department of Odontology, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania.

Abstract. Objective: This study aimed at assessing occlusal characteristics and their relation with sign and symptoms of temporomandibular joint



Original Article

J. Phys. Ther. Sci.
26: 1321–1324, 2014

Change the Myofascial Pain and Range of Motion of the Temporomandibular Joint Following Kinesio Taping of Latent Myofascial Trigger Points in the Sternocleidomastoid Muscle

YOUNGSOOK BAE, PT[1)]

[1)] *Department of Physical Therapy, College of Health Science, Gachon University: Yeonsu-dong, Yeonsu-gu, Incheon, Republic of Korea*

Abstract. [Purpose] The purpose of this study was to identify the changes in the myofascial pain and range of the motion of temporomandibular joint when Kinesio taping is applied to patients with latent myofascial trigger points of the sternocleidomastoid muscle. [Subjects and Methods] The subjects were 42 males and females aged 20 to 30 years (male 17, female 25). They were randomly divided into the control group and the experimental group, which would receive Kinesio taping. Kinesio taping was applied to the sternocleidomastoid muscle three times per week for two weeks. The pain triggered when the taut band or nodule was palpated was measured. Pain intensity was measured using the visual analog scale (VAS) and pressure pain threshold (PPT). The range of motion of the temporomandibular joint was measured. In all subjects, VAS, PPT, and range of motion of the temporomandibular joint were measured before and after the intervention. [Results] In the experimental group, it was found that pain in

❖ LA AUTORÍA DEL ARTICULO CIENTIFICO

➢ **Derechos de AUTORÍA.**

- Haber realizado una **contribución sustancial** en la investigación.
- Estar en condiciones de **presentar y defender el trabajo** en reuniones de profesionales o especialistas.
- El **orden de aparición** del nombre de los autores.

❖ LA AUTORÍA DEL ARTICULO CIENTIFICO

➢ **AUTORÍA injustificada.**

- Es una infracción grave a la ética de publicar.
- Jefes de departamento, responsables, autoridades.

➢ **AUTORÍA incompleta.**

- Negarle el Crédito como autor a alguien que lo merece.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

- ❑ **TÍTULO**
- ❑ RESUMEN – ABSTRACT
- ❑ INTRODUCCIÓN
- ❑ MATERIAL Y MÉTODOS
- ❑ RESULTADOS
- ❑ DISCUSIÓN
- ❑ CONCLUSIÓN
- ❑ REFERENCIAS
- ❑ TABLAS Y FIGURAS

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ El título del articulo científico.

- El lector suele **seleccionar un articulo a partir del TÍTULO**.
- Por tanto este debe reflejar su **contenido**, ser **conciso** e incluir los **términos más relevantes** de los objetivos del trabajo.
- El buen título debe ser **atractivo** y **despertar interés** por el articulo.
- Es una “**etiqueta clara y útil**” que anuncia el trabajo mismo.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ El título del articulo científico.

- No hay reglas para la longitud, pero se recomienda que **no superen las 15 palabras**.
- Debe quedar redactado con una frase en **tono afirmativo**, **evitar** frases en **tono interrogativo**.
- Con frecuencia los títulos son difíciles de comprender debido al **uso de palabras incorrectas**.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ El título del articulo científico.

- No son aceptables las combinaciones de título con subtitulo.
- No son aceptables los títulos partidos.
- Los subtítulos suelen eliminarse porque suenan pedantes, requieren signos de puntuación y dificultan la indización.
- No deben emplearse tampoco abreviaturas, jerga o terminología insólita o anticuada.
- Títulos demasiado cortos, de estilo telegráfico tampoco son admitidos por ser incompletos, ambiguos e inespecíficos.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ El título del articulo científico.

➢ ERRORES DE CLARIDAD:

- Uso de términos ambiguos
- Uso de jerga coloquial.
- Uso de abreviaturas o siglas.
- Uso de palabras incorrectas.
- Utilización de sintaxis incorrectas.
- Uso de títulos partidos.
- Uso de subtítulos.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ El título del articulo científico.

➢ **ERRORES DE CONCISIÓN:**

- Títulos demasiado extensos.
- Títulos demasiado breves.
- Títulos con exceso de preposiciones y artículos.
- Uso de subtítulos innecesarios.
- Utilización de sintaxis incorrectas.

➢ **ERRORES DE SOBREEXPLICACIÓN:**

- Estudio sobre…
- Estudio preliminar de…
- Investigación acerca de…
- Observaciones acerca de…
- Un tratamiento nuevo para…

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

- ❑ TÍTULO
- ❑ **RESUMEN – ABSTRACT**
- ❑ INTRODUCCIÓN
- ❑ MATERIAL Y MÉTODOS
- ❑ RESULTADOS
- ❑ DISCUSIÓN
- ❑ CONCLUSIÓN
- ❑ REFERENCIAS
- ❑ TABLAS Y FIGURAS

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Resumen

- Resumen: expresión o declaración abreviada de las ideas y conceptos mas importantes del informe de una investigación.
- El resumen **no es "un miniarticulo"**, sino la selección de los **aspectos más importantes** del articulo.
- El resumen debe dar un **punto de vista general** del articulo y sobre todo **mostrar lo novedoso**.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Resumen

- Parte más importante de cara a la **difusión de resultados**. En ocasiones, será lo único a lo que tenga acceso el lector. Por ello, siempre se hará **también en inglés**.
- Dar el **punto importante de cada sección**.
- Límite de palabras (depende de revista: **entre 100 y 300 palabras**)
- Debe entenderse por sí solo.
  - No abreviaturas
  - Nada por sabido
- Usado en las **búsquedas bibliográficas.**
  - Única parte para muchos lectores.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Resumen

➢ Que debe contener un resumen…

- **Contexto.**
- Pregunta de investigación/hipótesis/**objetivo.**
- **Métodos**: muestra, medidas, material clave.
- **Resultados**: principales, datos mínimos (revista).
- **Conclusión**: respuesta a la pregunta.
- Practicas aplicaciones, recomendaciones, sugerencias…

❖ Puede ser estructurado o libre.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Resumen

[1] Department of Prosthodontics, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania; [2] Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania; [3] Department of Odontology, "Iuliu Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania.

Abstract. Objective: This study aimed at assessing occlusal characteristics and their relation with sign and symptoms of temporomandibular joint disorder in a population group. Material and methods: Two hundred thirteen fourth year dental medicine students (mean age of 23±4.24 years) were evaluated according to Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular joint Disorder form, but the examination also included additional procedures. Results: Pain in the oro-facial muscles was more frequent in female patients comparing to males. Articular and muscular pain is more frequent among subjects with interferences during the slide between Centric Relation and Maximum Intercuspation (articular p=0.038, OR 3.089, CI 95%, 1.066-8.954), muscular p=0.045, OR 3.771, CI 95%, 1.031-13.793). They can determine contractions of the masticatory muscles, affecting more often trapezius muscle (p=0,04), lateral pterygoid muscle (p<0.001), SCM (p=0.003) or milohyoid (p<0.001). A higher probability for joint clicks development is encountered in cases with accentuated Wilson curve (p=0.014, OR 17.285, CI 95%, 1.774-168.454). Conclusions: Occlusal characteristics can influence the articular and muscular status in the oro-facial area. These results indicate that clinicians should pay special attention to the temporo-mandibular joint status of patients with abnormal Spee or Wilson curves or presenting interferences during the slide from centric relation to maximum intercuspation.

ABSTRACT. Temporomandibular joint dysfunction with myofascial pain, a well-known clinical disorder in adults, is reported in children. In a series of 400 patients, 40 children less than 16 years of age were seen. Of these pediatric patients, 35% had a reactive depression as primary psychopathology. The multifactorial nature of the disorder is described. The need to differentiate this syndrome from recurrent otitis media and other pain syndromes is emphasized. A combined medical, oral surgical, and psychiatric management program is outlined. *Pediatrics* 69:564–567, 1982; *temporomandibular joint dysfunction, myofascial pain, reactive depression, otitis media.*

fossa, and meniscus
Subsequently, heari
of the mandible was
the posterosuperior
position of the cond
the external auditor
of the eustachian tu
ryngeal musculature

In 1937, Costen[3] r
with a variety of "e
mittent or continuou

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

- ❑ TÍTULO
- ❑ RESUMEN – ABSTRACT
- ❑ **INTRODUCCIÓN**
- ❑ MATERIAL Y MÉTODOS
- ❑ RESULTADOS
- ❑ DISCUSIÓN
- ❑ CONCLUSIÓN
- ❑ REFERENCIAS
- ❑ TABLAS Y FIGURAS

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

• Pueden variar dependiendo de la naturaleza del artículo y de la revista a la que queramos enviarlo para que lo publique.

• ¡Importante! Siempre buscar “guide for authors”; “instructions for authors”

• **Es la entrada al artículo**, por lo que debe **llamar la atención** del lector y **contextualizarlo** en el tema que va a tratar.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

➢ Para ello, **debe contener**:

-**Razón del estudio**

-**Problema y pregunta de investigación** (presentada también como **la hipótesis y/o el objetivo** del estudio)

-**Diseño** del estudio.

• El lector debe “engancharse” para seguir leyendo el trabajo.

• Muy importante para atraer también al editor de la revista donde queremos publicar.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción.

- Después del título y el resumen, es lo que más atrae.
- Debe **ser breve, con párrafos cortos y debidamente conectados unos con otros.**
- Su escritura **clara, concisa y no técnica** (dirigido a población general)

❖ **PASO A PASO!**

Conocido ⇨ desconocido ⇨ pregunta de investigación.

- **Énfasis de las "lagunas"** que cubrirá el estudio.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción.

• **Expresión clara del objetivo y la hipótesis**:

– El objetivo del estudio es...; los autores hipotetizamos que...; la hipótesis planteada...;

• **El número de referencias empleado debe ser mínimo**, sólo los trabajos clave que llevan al problema de investigación (sobre todo revisiones sistemáticas).

• En ella se lleva a cabo el **planteamiento de la pregunta de investigación sin responderla** (discusión).

• Supone un resumen a grandes rasgos lo **que hay estudiado** en la literatura, no detalles, especulaciones ni críticas (discusión).

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción.

- **Estructura: 3 - 5 párrafos**

1. **Lo que se conoce** } 1

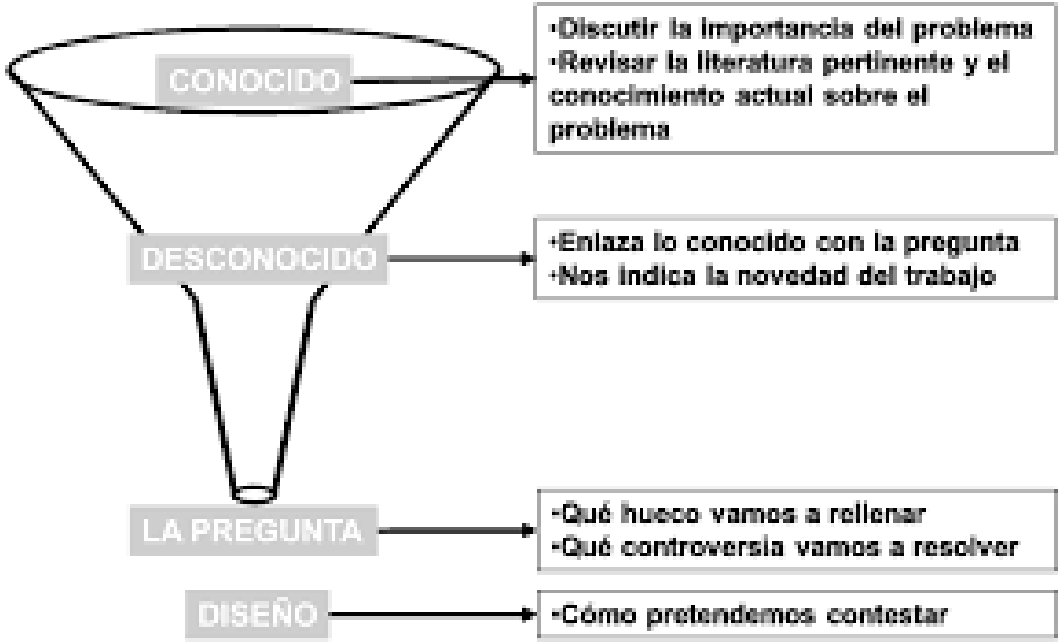
2. **Lo que no se conoce**
   (*Limitaciones y lagunas de estudios previos)* } 2

3. Problema de investigación/**hipótesis** y **objetivos**
4. Tu **aproximación al problema**
5. ¿**Por qué** tu **intervención** es nueva, diferente y qué va a portar para cubrir esas lagunas? } 3

UCAM

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción



Rico-Villademoros, F., & Hernando, T. (2011). La introducción de un artículo científico original: el minusvalorado corazón del estudio. Panace, 12(33), 108-111.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

- **PARTE 1: Lo que se conoce.**

- Es el **comienzo de la introducción**, que pretende **ubicar al lector** en el contexto del artículo.
- Será la base de la **razón del estudio**, los antecedentes que darán paso a la segunda parte de la introducción.
- El objetivo es darle al lector la **información necesaria para que entienda el trabajo.**
- Será la parte general y conocida en la literatura de la introducción.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

- **PARTE 2: lo que NO se conoce.**

- Es la segunda parte de la introducción, y debe **enfatizar lo desconocido** en la literatura para que el problema de investigación sea evidente.
- Lo desconocido se refiere a **deficiencias de los estudios que ya existen o controversia** entre los autores que investigan sobre ese tema.
- **Es la justificación del estudio.**
- Por tanto**, va a dar paso al problema** y/o pregunta de investigación.
- **Junto con la parte 1, conforman la razón del estudio.**

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

- **PARTE 3: planteamiento del problema, hipótesis y objetivos**.

- Supone el **punto clave del estudio** porque va a **condicionar el diseño** y le va a dar el verdadero valor del trabajo.
- Una vez planteada la razón de estudio, debe incluirse el problema o **pregunta de investigación**, pieza angular de la investigación.
- A continuación, se **incluirán la hipótesis y el objetivo** / objetivos que la investigación va a cubrir.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

➢ **La pregunta de investigación o planteamiento del problema debe ser:**

• **Factible** = debe poder llevarse a cabo y ser realista, teniendo en cuenta los recursos de los investigadores. Si algo no puede ser llevado a cabo, debe ser justificado en las limitaciones del estudio (discusión).

• **Interesante** = que llame la atención.

• **Ética** = toda investigación debe cumplir los criterios y normas éticos para proteger el bienestar y la salud de los participantes, humanos o animales (Declaración de Helsinki, comité de bioética). En el caso de humanos, deben firmar un consentimiento informado.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

➢ **La pregunta de investigación o planteamiento del problema debe ser:**

• **Novedosa** = **original**, que no esté ya contestada en la literatura. El lector y el editor sentirá que perderá el tiempo leyendo o publicando tu trabajo. Por ello, es necesario hacer hincapié en el "hueco" que el artículo científico va a rellenar.

• **Importante** = que sea **útil y relevante**, que aporte avances en la ciencia. Es decir, por qué es importante rellenar ese "hueco" que hemos mostrado previamente en la parte 2 de la introducción.

NOVEDAD E IMPORTANCIA son aspectos clave para el mayor impacto del trabajo de investigación.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

- **Hipótesis del estudio:**

- El problema de investigación puede ser planteado a modo de pregunta (pregunta de investigación) o a modo de hipótesis.

- Tanto pregunta como hipótesis deben ser redactadas en presente y se basan en la literatura que se muestra previamente.

- Deben ser incluidas de forma explícita:
  -Los autores hipotetizamos/planteamos la hipótesis...
  -La hipotesis de nuestro estudio plantea que si... entonces...

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

- **Definición de objetivos.**

- Es el colofón de la introducción. Algunas revistas los incluyen como un capítulo aparte en ciertos tipos de artículos. (ej: revisiones sistemáticas).

- Debe ser lo más preciso posible.

- Su redacción es en presente y de forma explícita:
  -El objetivo de este estudio es...
  -Nuestro objetivo es...

- En intervenciones experimentales, debe incluir las variables dependiente e independiente.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Introducción

- **Diseño de estudio**

- Es la parte de la introducción con la que contamos “cómo vamos a contestar” a la pregunta de investigación y por qué nuestro estudio va a rellenar el “hueco” de las investigaciones previas.

- No siempre se incluye en la redacción de la introducción, depende de la revista.

- Algunos revisores pueden considerarlo parte de la metodología.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

- ❑ TÍTULO
- ❑ RESUMEN – ABSTRACT
- ❑ INTRODUCCIÓN
- ❑ **MATERIAL Y MÉTODOS**
- ❑ RESULTADOS
- ❑ DISCUSIÓN
- ❑ CONCLUSIÓN
- ❑ REFERENCIAS
- ❑ TABLAS Y FIGURAS

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

• Pueden variar dependiendo de la naturaleza del artículo y de la revista a la que queramos enviarlo para que lo publique, por eso... “guide for authors”; “instructions for authors”, adapta el artículo a cada revista.

• Es el capítulo del artículo científico donde se cuenta **qué** se hizo y **cómo** se hizo.
• Después de la pregunta de investigación, **es la parte más importante del estudio.**
• Es la **receta** del trabajo de investigación. Por eso, debe ser definido muy claramente y con el mayor detalle posible para que el estudio cumpla con uno de los criterios clave para su publicación = **la replicabilidad.**
• Su redacción no es excesivamente complicada y es la única parte que puede llevarse a cabo en voz **pasiva** (lo importante es lo que se ha hecho, no quien lo ha hecho) y se redacta en **pasado**.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

- Aunque depende de la revista, suele incluir **subapartados**, pero también puede no incluirlos de forma explícita. A veces los propios autores añaden más subapartados para mejorar la claridad del capítulo. Los más comunes son:

  – Diseño de estudio.
  – Participantes / pacientes.
  – Material / Instrumental.
  – Variables.
  – Procedimiento.
  – Análisis estadístico.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

- **Diseño del estudio:**

Incluye el **tipo** de investigación que se ha desarrollado (estudio experimental, descriptivo retrospectivo, prospectivo, etc), existencia de **grupo control**, número de **medias de resultado** (pre-post, medidas repetidas, etc), posibles cegamientos (simple, doble o triple). También puede indicar la **duración del estudio** y la época en la que fue desarrollado.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

- **Participantes:**

-Las revistas prefieren hacer referencia a los sujetos como deportistas, mujeres, etc., en lugar de “pacientes”.

-Incluye el **número** de la muestra (n) y la existencia de **subgrupos**, indicando las **características básicas** de los participantes en general y en los distintos grupos (puede ser indicado entre paréntesis o en tabla).

Ej: Treinta deportistas (25 ± 3,5 años; ..peso; ..talla; ..IMC) fueron aleatoriamente clasificados en grupo experimental (n=15: edad; peso; talla; IMC) y control (n=15: edad; peso; talla; IMC).

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

¡IMPORTANTE!

Al final del apartado “participantes”, siempre que el estudio trate con humanos o animales, se debe incluir un enunciado que indique que los participantes firmaron el **consentimiento informado** (no en animales), mostrando así el cumplimiento de las normas éticas (Declaración de Helsinki).
También es necesario indicar qué Comité de Bioética aprobó el estudio y el número de registro del artículo si está registrado.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

- **Procedimiento**

Los autores incluyen en este apartado todos los **pasos** que han realizado durante la investigación**, en orden cronológico**. Cuando la investigación supone muchas pruebas, suelen crearse **subapartados**.

Debe ser claro y detallado. Es la parte más importante para la replicabilidad y validación del artículo dentro del capítulo de metodología.

Si el editor de la revista considera que los autores no aportan los suficientes detalles, dará por **rechazado** el artículo y no podrá publicarse en esa revista, al margen de que sea una gran investigación.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

-También se indica **por qué se ha hecho cierta prueba** con su debida justificación.

-Cuando se trata de pruebas muy comunes, tras la explicación, suele existir una **referencia** a un artículo previo que realizó **el mismo test** o prueba.

-Además, se debe indicar la **referencia del artículo que validó el aparato,** la prueba o el test, indicando que realmente ese aparato, prueba o test mide lo que se pretende medir de modo fiable.

-Los tests, pruebas y aparatos no pueden ser obtenidos de fuentes no científicas.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

• **Variables**

-Suelen incluirse tras la exposición de los test o pruebas realizados, en el apartado *procedimientos*. Pero también pueden aparecer **por separado** para una mayor visibilidad.
-Indican qué se ha medido, con las unidades en las que se ha medido y el **significado** de cada variable.
-Cuando conformen un único apartado al margen de procedimientos, debe indicarse de qué prueba o test procede cada variable.

Ej: Estabilidad postural: Xmedia derecha = posicionamiento del centro de presiones en el plano mediolateral en apoyo unipodal con pierna derecha.
Ej: Sprint: 10 m = aceleracion en los primeros 10 m.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

- **Material / instrumental:**

En muchas ocasiones, se incluyen junto a las variables dentro de *procedimientos* como un único apartado. Todo material empleado debe ser indicado con **especificaciones técnicas** de los equipos usados, cantidades exactas, método de preparación, marca*, modelo* y ciudad y país de procedencia del mismo.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

- **Análisis estadístico**

-Es el último apartado de “material y métodos” y que **siempre está presente** en todos los artículos que requieren estadística.

-El objetivo es informar al lector y al editor sobre **cómo se analizaron los datos recogidos**, con qué pruebas estadísticas, en base a qué nivel de probabilidad ($P < ,05$) y con qué **programa estadístico** (indicando también especificaciones técnicas, modelo, y procedencia).

-Resulta clave para la replicabilidad del estudio y la justificación de los resultados que serán mostrados a continuación.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

• En el caso de **revisiones sistemáticas** y otro tipo de artículos científicos, los apartados suelen ser distintos, si es que los hay, y dependen en gran medida de la revista donde se publiquen.

• Así, es importante buscar la revista en la que queremos publicar antes de empezar a redactar nuestro artículo, para hacerlo en base a sus **normas de publicación** (guide for authors; instructions for authors). En caso contrario, supondrá un doble trabajo.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Material y métodos

• De un modo u otro, la REVISIÓN SISTEMÁTICA siempre debe incluir en Material y Métodos:

-Estrategia de búsqueda:
• **Bases de datos empleadas:** MEDLINE, CINAHL, etc.
• **Términos MeSH**
-Límites en la fecha de búsqueda.
-Criterios de inclusión – exclusión.
-Diagrama de flujo de los artículos seccionados.
-Variables consideradas.
• Una buena revisión sistemática debe seguir los criterios del ***PRISMA statement*.**

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

- ❑ TÍTULO
- ❑ RESUMEN – ABSTRACT
- ❑ INTRODUCCIÓN
- ❑ MATERIAL Y MÉTODOS
- ❑ **RESULTADOS**
- ❑ DISCUSIÓN
- ❑ CONCLUSIÓN
- ❑ REFERENCIAS
- ❑ TABLAS Y FIGURAS

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Resultados

- **Primera** sección para leer en una **revisión**.
- Narra los **descubrimientos en base a los análisis estadísticos**.
- Suele aparecer **referencias de tablas y figuras**, aunque éstas pueden aparecer referenciadas casi en cualquier sección.
- Debe **enlazar** los datos **numéricos con la discusión**.
- No debe ser larga.
- Suele ser menos precisa (para eso están las tablas).

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Resultados

• Esta sección debe resumir lo que dicen las tablas y figuras del estudio.

• No debe contener información repetitiva si no que debe enfatizar lo más importante de los resultados, y añadir detalles que no aparecen en las tablas o figuras:

– Valores precisos.
– Tendencias.
– Porcentaje de cambio.
– Diferencias.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Resultados

• Si es necesario, debe incluir subapartados para hacer más comprensible esta sección: según tipo de variables, según tipo de análisis, etc.

• Es necesario añadir también los resultados negativos, los no significativos y los referentes al grupo control.

• No debe incluir comentarios ni interpretación de los resultados (discusión). Tampoco qué se hizo o cómo se llevo a cabo (material y métodos).

• Debe ser redactado en voz activa y en pasado (las mujeres tenían valores más bajos de...) y presente (la tabla 1 muestra...)

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

- ❑ TÍTULO
- ❑ RESUMEN – ABSTRACT
- ❑ INTRODUCCIÓN
- ❑ MATERIAL Y MÉTODOS
- ❑ RESULTADOS
- ❑ DISCUSIÓN
- ❑ CONCLUSIÓN
- ❑ REFERENCIAS
- ❑ **TABLAS Y FIGURAS**

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Tablas y figuras

- Cuentan la historia de la publicación y deben entenderse por sí solas.
- Sigue las normas de la revista: pie de tabla, símbolos, etc.
- Cuantas menos mejor. En ocasiones hay límite (depende de la revista).
- Es lo más llamativo del paper y por eso, suelen ser lo más observado por los lectores y el editor: una imagen vale más que mil palabras (sobre todo una figura).
- Preferible las figuras para mostrar tendencias o diferencias entre grupos.
- Las tablas son más adecuadas para mostrar valores precisos y muchas variables.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Tablas y figuras

- **TABLAS:**

– No deben tener celdas, 3 líneas horizontales.
– Alineación de columnas y filas.
– Mismas palabras clave y acrónimos.
– Pie de tabla: explicación; valores; abreviaturas.
– Unidades de medida.
– Datos estrictamente necesarios.
– Cuidado con los decimales.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Tablas y figuras

Table 1. Participant characteristics

Characteristics	Groups	Gender	N	%	Mean	SD
Gender	EG	Male	31	44.90%		
		Female	38	51.10%		
		Total	69	100%	0.55	0.5
	CG	Male	19	27.10%		
		Female	51	72.90%		
		Total	70	100%	0.73	0.4
	Total	Male	50	36%		
		Female	89	64%		
		Total	139	100%	0.64	0.48
Characteristics	Groups	N	Mean	SD	Min	Max
Age	EG	69	22	4.8	15	38
	CG	70	20.8	4.2	15	34
	Total	139	21.4	4.5	15	38
Height	EG	69	172.4	12.6	153	210
	CG	70	169.9	10.4	156	199
	Total	139	171.2	11.6	153	210

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Tablas y figuras

Table 2. Between groups analysis of participants

	Baseline /T0							24 Weeks /T1					Difference between groups	Ancova			Effect size (T1-T0)	
Outcomes	Groups	N	Mean (SD)	t	F	p	Cohen's d	Mean (SD)	t	F	p	Cohen's d	Mean Diff (95% CI)	F	p	η	Cohen's d	
VAS	EG	69	3.04(1.18)	2.63	6.92	0.009	0.447	1.17(1.07)	-12.87	165.6	0.000	2.195	1.05(0.82-1.27)	257.67	0.000	0.655	1.748	
	CG	70	2.54(1.05)					3.53(1.08)					3.65(3.42-3.87)					
Sit and Reach	EG	69	11.67(6.9)	-2.7	7.33	0.008	0.462	14.78(8.6)	1.21	1.46	0.228	0.205	16.38(15.91-16.86)	187.1	0.000	0.579	-0.257	
	CG	70	14.6(5.7)					13.30(5.5)					11.71(11.24-12.18)					
CRM	EG	69	4.10 (1.49)	2.01	4.05	0.046	0.344	1.81(1.32)	-15.36	236.19	0.000	2.611	1.68(1.45-1.92)	412.72	0.000	0.752	2.267	
	CG	70	3.61(1.35)					4.96(1.08)					5.08(4.84-5.31)					
PCS	EG	69	35.87(5.02)	-4.84	23.46	0.000	0.823	43.12(5.4)	9.25	85.57	0.000	1.586	44.53(43.49-45.57)	215.33	0.000	0.613	0.763	
	CG	70	40.29(5.69)					34.63(5.3)					33.22(32.19-34.26)					
MCS	EG	69	40.72(4.8)	-5.73	32.93	0.000	0.975	49.54(5.6)	11.97	143.34	0.000	2.041	51.28(50.22-52.35)	338.08	0.000	0.713	1.066	
	CG	70	45.94(5.85)					38.31(5.4)					36.58(35.53-37.64)					

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Tablas y figuras

- **FIGURAS:**

– Evidencia primaria: Rx; microscopio, RMN
– Gráficos:
  - Barras
  - Líneas
  - Cajas
  - Curvas

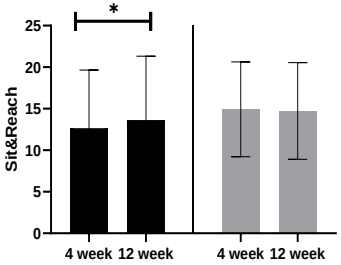
– Diagramas y dibujos: explicación de metodología, diagramas de flujo (transcurso de la investigación),modelos.

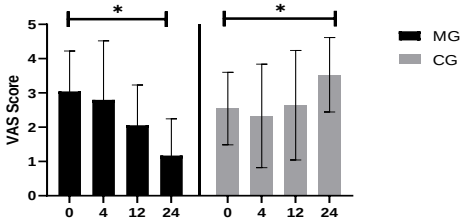
UCAM

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Tablas y figuras







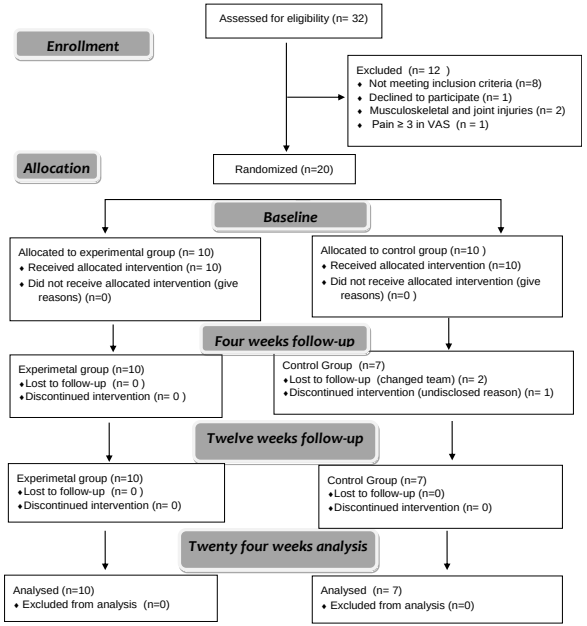
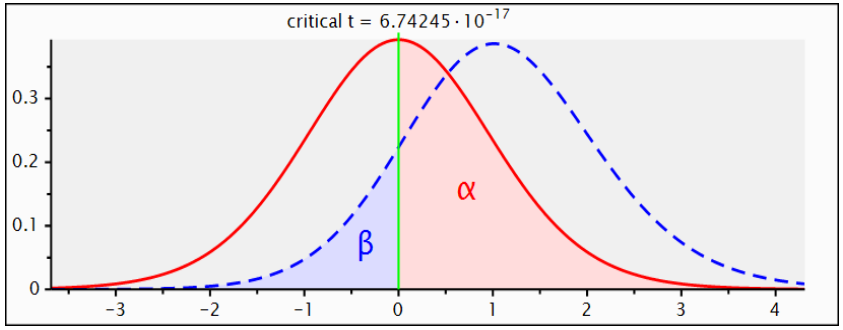
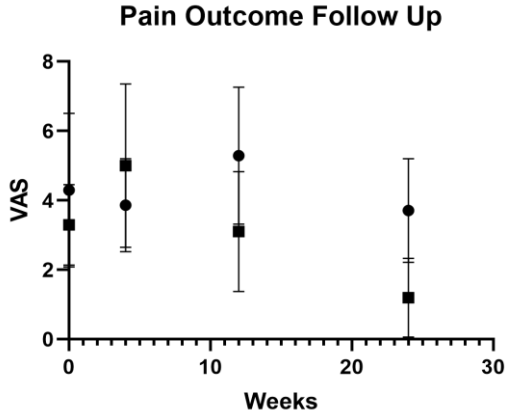


Figure 1. Flowchart of participants

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Tablas y figuras





❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

- ❑ TÍTULO
- ❑ RESUMEN – ABSTRACT
- ❑ INTRODUCCIÓN
- ❑ MATERIAL Y MÉTODOS
- ❑ RESULTADOS
- ❑ **DISCUSIÓN**
- ❑ CONCLUSIÓN
- ❑ REFERENCIAS
- ❑ TABLAS Y FIGURAS

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Discusión

• Sección **más complicada de redactar**: los autores tienen la oportunidad de desarrollar una **escritura correcta, dando paso a críticas, sugerencias, explicaciones, detalles,** etc. En relación a lo que hay publicado:

– Similares resultados...
– En contraposición...

• En la discusión, los autores deben **contestar a la pregunta de investigación o aportar una solución al problema de investigación**.

• **Apoyan sus resultados con estudios previos** y los defienden ante las discrepancias en la literatura.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Discusión

• Los autores deben exponer las **limitaciones de su estudio** de tal modo que se **anticipan a las posibles críticas de los revisores**. De este modo, los autores se anticipan y muestran la explicación de las limitaciones presentadas. Es un punto muy favorable de cara a los revisores y al editor.

• Puede contener subapartados, dependiendo de la revista:
– Hallazgos principales.
– Fortalezas y limitaciones.
– Limitaciones del estudio.
– Conclusiones.
– Aplicaciones prácticas.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Discusión

- Estructura que suele seguir (con o sin subapartados):

– Hallazgo principal, explicación e importancia.
– Hallazgos secundarios.
– Contexto de los hallazgos encontrados (lo que hay en la literatura, tanto a favor como en contra)
– Puntos fuertes y limitaciones del estudio (por cada limitación, debe añadir un punto fuerte que la revata)
– Recomendación para estudios futuros.
– Aplicaciones prácticas derivadas.
– Mensaje para los lectores, en base a los resultados.
– Conclusión impactante y directa.

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

- ❑ TÍTULO
- ❑ RESUMEN – ABSTRACT
- ❑ INTRODUCCIÓN
- ❑ MATERIAL Y MÉTODOS
- ❑ RESULTADOS
- ❑ DISCUSIÓN
- ❑ **CONCLUSIÓN**
- ❑ REFERENCIAS
- ❑ TABLAS Y FIGURAS

❖ PARTES DEL ARTICULO CIENTÍFICO

❑ Conclusión

• Suele ser una sección aparte, aunque puede ir incluida al final de la discusión (depende de la revista).

• Debido a que es el punto final al que toda la publicación se orienta y el mensaje final que deben llevarse lectores y editores, debe ser directa y concisa. Sin especulaciones ni exageraciones de los resultados.

• En ocasiones, incluyen algunos de los apartados de la discusión: aplicaciones prácticas, limitaciones y/o recomendaciones futuras.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Artiles Visbal, L. (1995). El artículo científico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *11*(4), 387-394.

Villagrán, A., & Harris, P. R. (2009). Algunas claves para escribir correctamente un artículo científico. *Revista chilena de pediatría*, *80*(1), 70-78.

Meroño-Gallut, A. J., Roldán, J. R., Martínez, R. C., Ríos-Díaz, J., & Martínez-Fuentes, J. (2014). Evolución de la estructura y la objetividad científica de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2008). *Fisioterapia*, *36*(6), 255-265.

Martínez-González, M., Fernández, J. M., & Rebollo-Roldán, J. (2002). Producción científica de la revista Cuestiones de Fisioterapia:(1995-2000). *Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia*, *20*(20), 1-10.

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

UCAM

Tema 17

Tipos de comunicación científica. Lenguaje oral y escrito

Fundamentos de la fisioterapia

material adaptado

por

Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia

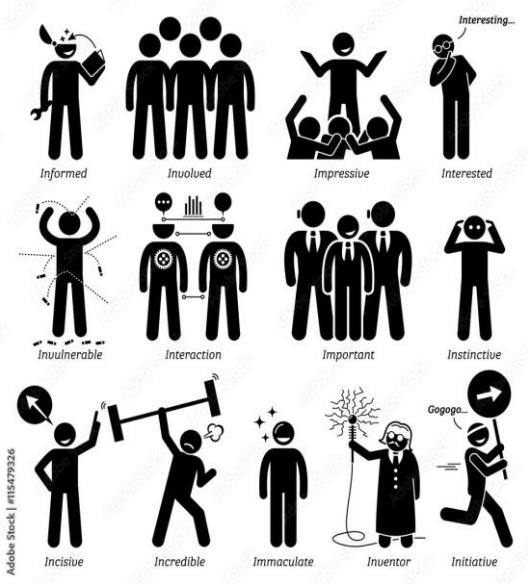


UCAM

➢ Tipos de comunicación científica

- La actividad científica debe concluir con la **comunicación de los resultados obtenidos** al resto de la comunidad científica.

- Las razones que **motivan** al autor a escribir un articulo científico pueden ser tanto de **índole profesional** (difusión de conocimiento, labor docente o requisito de investigación) **como personal** (reconocimiento y estimulo personal).



➢ Tipos de comunicación científica

➢ La comunicación científica corresponde con "la forma en que **los científicos de cualquier campo utilizan y difunden la información** a través de canales formales e informales"

- **Formales**: información publicada. Publicaciones científicas.
- **Informales**: información más efímera y más restringida a ciertos destinatarios. Interacción mas inmediata. (Comunicación oral y correspondencia personal).

➢ **Los científicos** no solo comunican los resultados de sus investigaciones a través de las publicaciones, si no que **se apoyan en los estudios publicados previamente para el planteamiento y desarrollo de nuevos experimentos.**

➢ Tipos de comunicación científica

- **TIPOS DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS**

  - ❑ Revistas
  - ❑ Libros
  - ❑ Monografías
  - ❑ Ponencias de Congresos
  - ❑ Patentes
  - ❑ Informes Técnicos
  - ❑ Anuarios
  - ❑ Boletines

UCAM

➢ Tipos de comunicación científica

- **TIPOS DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS**

❑ Revistas

-Fuente información más numerosa
(aparición en intervalos regulares definidos).
-Publicaciones periódicas (mensual, bimensual, trimestral…)
-Presenta información científica actualizada, y son las fuente documental más utilizadas para fundamentar nuevas investigaciones.
-Literatura sometida a arbitraje o revisión por pares.

➢ Tipos de comunicación científica

- **TIPOS DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS**

❑ Libros

-Publicación independiente.
-El autor goza de mayor libertad que en un articulo científico.
-Esfuerzo colectivo de múltiples autores en diferentes capítulos.
-Ventaja: recopilan en el mismo volumen, información sobre un tema.
-Desventaja: su rápida desactualización.
-Tiempo estimado desde el inicio hasta la producción de la obra impresa (2-4 años).

➢ Tipos de comunicación científica

- **TIPOS DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS**

❑ Monografías

-Publicación mas breve que un libro.
-Centradas en un tema en concreto.
-Suelen formar parte de series con producción anual variable (publicaciones seriadas)

➢ Tipos de comunicación científica

- **TIPOS DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS**

❑ Ponencias de congresos.

-Colección de relatos de ponentes que asisten a reuniones profesionales con interés científico (congresos, jornadas, simposium– regionales, nacionales, internacionales).
-Conferencias o ponencias de expertos invitados.
-Comunicaciones orales libres.
-Comunicaciones póster libres.
*PUBLICACIÓN EN LIBROS DE ACTAS O EN SUPLEMENTOS DE REVISTAS.

UCAM

➢ Tipos de comunicación científica

- **TIPOS DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS**
  - ❑ **Patente.**

-Derecho otorgado por el estado a un investigador o inventor, por la divulgación o explotación del invento (propiedad industrial).

-Novedoso.
-Útil o industrialmente aplicable.

UCAM

➢ Tipos de comunicación científica

- **TIPOS DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS.**

❑ Informes técnicos o científicos.

-Publicaciones normalmente de extensión breve.
-Suelen ser puestas al día sobre temas (enfermedades, tratamientos o tecnología en uso), producto de la discusión de consenso de expertos.
Ejemplos:

- Informes de laboratorio (resultados de experimentos)
- Informes de grupos de investigación para entidades patrocinadoras.
- Documento de consenso de expertos (reuniones científicas)

➢ Tipos de comunicación científica

- **TIPOS DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS.**

  - ❑ **Anuarios.**

-Selección, ordenación y publicación de tipo estadístico, técnico o científico, normalmente relacionada con la actividad de un organismo o institución.
-Suelen ser anuales.
-El valor científico suele ser superficial o ausente.

➢ Lenguaje oral y escrito

• El lenguaje oral y escrito en ciencia **difiere mucho** del lenguaje común o aquel empleado en textos literarios.

• La escritura científica supone la **última etapa** de una investigación y suele ser uno de los **mayores retos** para el investigador, principalmente si es novel (lo que a veces acaba por delatarle).

UCAM

➢ Lenguaje oral y escrito

- Es una tarea complicada dado que **debe ir dirigido tanto a la comunidad científica y profesionales, como a la sociedad en general.**

- Para conseguirlo, las **principales características** del lenguaje científico son:
  - **Brevedad.**
  - **Concisión.**
  - **Claridad.**
  - **Organización.**
  - **Secuencialidad.**
  - **Impacto y atracción.**

➢ Lenguaje oral y escrito

• **Brevedad**

Al escribir y comunicar ciencia debemos **centrarnos en lo más importante y transmitirlo de la forma más breve posible**. El lector y oyente quiere saber **qué has hecho y que le suponga el menor tiempo posible**. **No es un texto literario, sino científico**.

• **Concisión**

Es la **característica que nos va a aportar la brevedad**. Debemos reflejar lo más importante, **sin divagaciones ni aportaciones vacías.**

➢ Lenguaje oral y escrito

• Para conseguir que un lenguaje sea **breve y conciso**, hay que **evitar estructuras gramaticales impropias del lenguaje científico**, pero muy comunes en cualquier otro tipo de comunicación:

– **Evita palabras repetitivas**:

- Ellos perdieron peso y consiguieron adelgazar.
- Hasta hace pocos años, como ya podemos saber, las mujeres mostraban un rol... *Tradicionalmente, las mujeres mostraban un roll.*
- Por otra parte es conocido que las personas con FM tienen una mayor prevalencia de caídas que las personas sanas, debido entre otras causas a una disminución del equilibrio… *La disminución de equilibrio en la fibromialgia puede incrementarlas caídas.*

➢ Lenguaje oral y escrito

- **Claridad**

Segunda opinión de una persona ajena a la investigación, sin conocimiento previo de lo que se ha hecho o querido hacer. Los propios investigadores disponen de información que puede darse por sabida sin serlo.

Se debe **evitar la negativa**, el uso de la afirmativa es más fácil de entender. Para ello, debemos emplear recursos y palabras que ayuden a la redacción del manuscrito.

Ej: Los investigadores no concluyeron que el fármaco fuera perjudicial…*los investigadores concluyeron que el fármaco era beneficioso; tenía efectos neutros.*

➢ Lenguaje oral y escrito

- Se debe **evitar el uso excesivo de acrónimos** puesto que dificultan la compresión del manuscrito y hacen ardua su lectura.

Ej: *Otro hallazgo del estudio ha sido la relación encontrada entre el peso y el **CIF**, este resultado va en consonancia con los datos obtenidos en una investigación previa, donde se encontró una importante relación positiva entre **IMC** y el grado de discapacidad en **FM**.*

➢ Lenguaje oral y escrito

- **Organización**

Haciendo referencia a los temas ya estudiados, la redacción del manuscrito seguirá las distintas secciones y en cada una de ellas, el orden estipulado para mantener la organización y cohesión del manuscrito.

A nivel estructural, cada párrafo referirá una idea distinta y a la vez, todas las ideas y párrafos deben estar bien vinculados, manteniendo la coherencia, la organización, la secuencialidad y la claridad del conjunto.

➢ Lenguaje oral y escrito

• **Secuencialidad**

Debemos relatar la "historia" en un **orden lógico**:

- *Si A, entonces B.*

Debemos **evitar** confundir al oyente o lector relatando en **orden inverso**:

- *B, debido a A.*

Cuando relatamos siguiendo una secuencia lógica, evitamos tener que comenzar las oraciones con adverbios de tiempo:

- *Primero...a continuación...después...por último...* Sólo se incluyen los estrictamente necesarios.

➢ Lenguaje oral y escrito

• Impacto y atracción

-Los verbos más potentes son los que atraen al lector.
-Deben ser fuertes, impactantes y directos.
-Los verbos comunes como ser, estar, tener... Son aburridos.
-Evitar la transformación de verbos en sustantivos.
-El lenguaje específico suele atraer y dar potencia a la redacción científica.

UCAM

Book Reference



➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Las **referencias bibliográficas** muestran las fuentes que los investigadores han empleado durante su investigación y deben ser citadas de forma adecuada y en base a unas normas.

- En el **lenguaje oral**, se debe hacer **referencia a los autores** de las publicaciones más relevantes en el transcurso de nuestro discurso.

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- En el **lenguaje escrito**, la forma de redacción de las referencias bibliográficas es distinta dependiendo de las normas por las que se rige la revista o de la editorial que publique, dos de las mas utilizadas son las normas **APA** (American Psychological Associatión) y las normas **Vancouver**. Además, dentro de estas dos opciones, siempre suelen existir diferencias de acuerdo a las propias normas de publicación de la revista en cuestión.
- La normas **Vancouver** suelen ser las mas utilizadas en **ciencias de la salud**, las normas **APA** suelen ser las mas utilizadas en **ciencias sociales.**

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **El formato Vancouver**

Las citas bibliográficas **en el texto** se enumeran consecutivamente por **orden de aparición en el texto**.

En el texto se citan con número que puede ir como **superíndice**[1] , entre **paréntesis (1)**, entre **corchete [1]** o combinación de todos (1).

Ejemplo: *La estabilidad postural depende de factores intrínsecos y extrínsecos*[1].

El formato, en la lista de referencias, queda establecido por las normas, pero puede variar dependiendo de las normas de la revista.

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **El formato Vancouver**

Libro

Autor/es. Título. Volumen. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

1. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1998.

Artículo de revista

Autores del artículo (6 aut. máximo et al). Título del artículo. Abreviatura de la revista. Año; Volumen (número):páginas.

2. Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr. 2013;78(1):1-5.

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **El formato Vancouver**

Libro

Autor/es. Título. Volumen. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

1. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1998.

Artículo de revista

Autores del artículo (6 aut. máximo et al). Título del artículo. Abreviatura de la revista. Año; Volumen (número):páginas.

2. Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr. 2013;78(1):1-5.

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **El formato Vancouver**

Artículo de revista en Internet

Autores del artículo (6 autores máximo et al). Título del artículo. Abreviatura de la revista [Internet]. Año [fecha de consulta]; Volumen (número):páginas. Disponible en: URL del artículo.

3. Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr [Internet]. 2013 [citado 14 Feb 2013];78(1):1-5. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403312003815

Página web (sede web)

Sede Web [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de comienzo [fecha de última actualización; fecha de nuestra consulta]. Disponible en: URL de la web

4. *Orpha.net [Internet]. Paris: Orphanet; 2000 [actualizado 14 Feb 2013; citado 4 abr 2013]. Disponible en: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=ES*

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **El formato APA**

-La lista de referencias se ordena por **orden alfabético** y por lo tanto, la **sección de bibliografía carece de numeración**.
-En el texto se citan con el **nombre del autor, seguido de coma y año de publicación.**
-Si son **dos autores se indican ambos entre "&" o "y", seguido de coma y el año de publicación**.
-Si son **más de dos** autores, se indica el **nombre del primero seguido de et al**.
-Toda la cita **se pone entre paréntesis**, a **menos que ya indiquemos previamente los autores**. En este caso**, sólo se indica el año de publicación entre paréntesis.**

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **El formato APA**

Ejem. Citación en el texto.

Kolman (1981) y Perry (1990) explicaron la importancia de introducir las ideas abstractas del álgebra lineal en forma gradual.

La teoría revolucionaria sobre la inteligencia emocional ha hecho tambalear muchos conceptos de la psicología (Goleman, 1995).

Con el libro de Samuelson (1984), titulado ECONOMÍA, muchos lectores han aprendido los elementos básicos de la moderna ciencia de la economía política.

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **El formato APA**

Formato Listado referencias bibliográficas

Libro

Autor/editor (año de publicación). Título del libro (edición) (volumen). Lugar de publicación: editor o casa publicadora.

Padrini, F. y Lucheroni, M. T. (1996). El gran libro de los aceites esenciales. Barcelona: De Vecchi.

Artículo de revista

Autor (año de publicación). Título del artículo. Título de la revista, volumen (número de la edición), números de páginas).

Stefan, D. (1997). Sociedades postcomunistas. Transición económica en los países de Europa central y Oriental. Anales de la Universidad Metropolitana, 4, 19-27.

UCAM

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **El formato APA**

Formato Listado referencias bibliográficas

Articulo de revista en internet

Autor (fecha mostrada en la publicación). Título del artículo. Nombre de la publicación [tipo de soporte], volumen, números de páginas o localización del artículo. Disponible en: especifique la vía [fecha de acceso]).

Pereira, J. E. (2000, mayo). Apostando al futuro. RELI [en línea], N° 85. Disponible en: http: //www.reli.org [2000, 5 de junio].

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Los traumatismos agudos de tobillo son un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, llegando a suponer, según diversos estudi[illegible], hasta un 12% de los pacientes atendidos[1,2,3,4]. El coste anual para la sociedad de las lesiones del tobillo ha sido estimado en aproximadamente 40 millones de Euros por millón de habitantes[5].

CITAS

REFERENCIAS

B I B L I O G R A F [illegible]

1. **Puffer JC.** The sprained ankle. *Clinical Cornerstone* 2001;3:38-49.

2. **Wolfe MD, Uhl TL, Mattacola CG, Mc Cluskey LC.** Management of andle sprains. *Am Fam Phys* 2001;63:93-104.

3. **Holmer P, Sondergaard L, Konradsen L, Nielsen PT, Jorgensen LN.** Epidemiology of sprains in the lateral ankle and foot. *Foot Ankle Int* 1994;15:72-4.

9. **Hazañas Ruiz S, Galvez [illegible] L, Cepas So** bilización funcio[illegible]te a inmovilización o el esgui[illegible]obillo grado I-II (leve) *Aten Pr*

10. **Olfe MW, Uhl TL, Mattacola CG, McC** Management of ankle sprains. *Am Fam Phy* 63:93-104.

11. **Osborne MD, Jr. Rizzo TD.** Prevention and [illegible] ankle sprain in athletes. *Sports Med* 2003;3

➢ Lenguaje oral y escrito

❖ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ATENCIÓN!

- Nunca se debe copiar lo que **dice un autor textualmente**, es plagio. En este caso debemos incluirlo **entre comillas y referenciarlo**.
- Lo correcto es leer lo que dice el autor/autores, y transmitirlo con nuestras propias palabras.
- Los artículos se nombran en su idioma original.

- **Es de gran ayuda un gestor de referencias: EndNote, Refworks, Zotero…**

➢ Lenguaje oral y escrito

Comunicación oral

• En el lenguaje oral, nos apoyaremos en textos, imágenes y palabras clave que guiarán nuestro discurso y que mantendrán al oyente al hilo de nuestro tema o investigación.

• Si divagamos demasiado, el oyente perderá la atención e incluso el interés en lo que estamos relatando.

• Debemos centrar nuestro relato en lo que realmente resulta importante de cara a que al oyente le quede claro nuestro mensaje.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Valdés Paula, M., & García García, J. (2000). La comunicación científica: El artículo de investigación: la introducción.

Fresco-Santalla, A. (2013). *Edición y comunicación científica: evolución y tendencias actuales* (Doctoral dissertation, Universidad Carlos III de Madrid).

López-Borrull, A. (2014). Retos de la comunicación científica. *Anuario ThinkEPI*, *8*, 198-202.

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

UCAM

Tema 18 y 19

Terminología en ciencias de la salud

Fundamentos de la fisioterapia

material adaptado

por

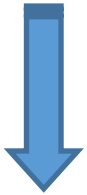
Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia

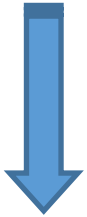


UCAM

TERMINOLOGÍA MÉDICA



Vocablos utilizados por los profesionales de las ciencias de la salud



Comunicación de los conocimientos científicos
Práctica clínica diaria

UCAM

DICCIONARIOS MÉDICOS

40.000-100.000 términos

ESTUDIANTE DE CIENCIAS DE LA SALUD

Aprox. 15.000 términos

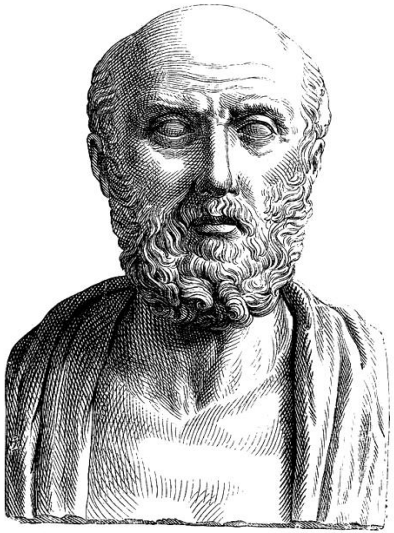
CURSO BÁSICO DE LENGUA EXTRANJERA

5.000 términos

UCAM

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

➢ Núcleo griego de la Terminología actual.



Hipócrates S.V a.c.

Colección Hipocrática

anatomía, apoplejía, aracnoides, astrágalo, ataxia, catarro, diagnóstico, pronóstico, fisiología, neumonía, reuma, terapia…

Imagen convencional de Hipócrates en un busto «retrato» romano (grabado del siglo XIX)

UCAM

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

OBRA HELENISTICO-ROMANA



Fernández, Tomás y Tamaro, Elena. «Biografia de Galeno». En *Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea* [Internet]. Barcelona, España, 2004. Disponible en https://www.biografiasyvidas.com/biografia/g/galeno.htm

- La mayor parte de las raíces, prefijos y sufijos griegos que figuran actualmente en los elementos estructurales del lenguaje científico, se deben a la porífera obra de Galeno.

"Sobre la localización de las enfermedades"

acinesia, anastomosis, apófisis, atrofia, arteria, artritis, carpo, cefalea, cólico, diafragma, diartrosis, edema, eritema, escoliosis, espasmo, necrosis, omóplato, paraplejia, periné, raquis…

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

- La terminología en ciencias de la salud dispone de palabras propias de la rama, formadas gracias a la adhesión de **sufijos y prefijos**, así como por la adquisición de **raíces y neologismos**.

- Todo ello, **enriquece al lenguaje** en ciencias de la salud y lo hace **extensible** a toda la comunidad científica y profesional, siempre que se conozcan los **términos clave**.

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- La **combinación** de **raíces**, **prefijos** y **sufijos** es el procedimientos principal de construcción.
- La creación de **neologismos** se rige por los principios de **derivación y composición de palabras** que se usaban hace siglos y que son de origen griego y latino.
- Su aprendizaje **facilita la compresión del significado** de enfermedades y taxonomías.

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- La **RAICES** proceden de sustantivos o adjetivos griegos o latinos.

- Los **PREFIJOS Y SUFIJOS** son partículas que se ubican antes y después de las raíces. Proceden normalmente de prefijos, sufijos y preposiciones de los dos idiomas clásicos.

- Un término puede integrar una o varias raíces y tener uno ovarios prefijos

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- **PREFIJOS** más importantes en ciencias de la salud:

– Artro: articulación
– Bio: vida
– Bradi: lento
– Braqui: brazo
– Cardio: corazón
– Cefalo: cabeza
– Cele, celi, celio: vientre
– Cisto: vejiga
– Condro: cartílago
– Dáctilo: dedo
– Derma: piel
– Dis: dificultad
– Electro: electricidad
– Endo: dentro
– Enter: intestino
– Epi: sobre, encima
– Eritro: rojo
– Esclero: duro
– Estilo: punzón
– Exo: fuera
– Fago: comer
– Gastro: estómago, vientre
– Gonio: ángulos
– Hema: sangre
– Hepato: hígado

UCAM

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- **PREFIJOS** más importantes en ciencias de la salud:

– Hipo: debajo
– Hister: matriz, útero
– Homo, homeo: semejante, igual
– Idio: propio, especial
– Iso: igual
– Leuco: blanco
– Lipo: grasa
– Lito: piedra
– Macro: grande
– Masto: mama
– Mega, megalo: grande
– Meningo: membrana, meninge
– Meno: mes
– Meso: medio
– Meta: entre
– Metro: matriz, útero
– Mielo: médula
– Mio: músculo
– Mono: único
– Morfo: forma
– Necro: muerto
– Neo: nuevo
– Neumo: aire, pulmón
– Neuro: nervio
– Oligo: poco

UCAM

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- **PREFIJOS** más importantes en ciencias de la salud:

– Omo: hombro
– Onco: tumor
– Osteo: hueso
– Pielo: pelvis
– Podo: pie
– Querato: córnea
– Quiro: mano
– Seudo: falso
– Sin: con, junto con
– Somato: cuerpo
– Taqui: rápido
– Tetra: cuatro
– Yatro: relativo al médico

UCAM

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- **SUFIJOS** más importantes en ciencias de la salud:

– Algia: dolor
– Cardia: corazón
– Cele: tumor, hernia
– Dermia: piel
– Ectasia: dilatación
– Ectomía: corte, sección
– Emia: sangre
– Génesis: reproducción, origen
– Glosis: lengua
– Iasis: proceso, consecuencia
– Itis: inflamación
– Metría: medida
– Metrio: útero
– Oma: tumor
– Ontos: diente
– Opía: ojo
– Patía: enfermedad
– Plejía: golpe, parálisis
– Poyesis: formación
– Ragia: romper
– Sclerosis: duro, seco
– Stesia: sensación
– Tomía: corte
– Terapia: tratamiento
– Trofia: nutrición
– Uria: orina
– Penia: falta de
– Pnea: aire o respiración
– Ptosis: caída
– Trofia: estropeado,disminuido
– Asis/-Osis: afectado con

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- La **RAICES** proceden de sustantivos o adjetivos griegos o latinos.
  - Son esenciales en el lenguaje científico-técnico.

-Tifus (un sustantivo)
-Cistograma (dos sustantivos)
-Hidrófilo (sustantivo –adjetivo)
-Melanóforo (dos adjetivos)
-Leucocitoblasto (adjetivo-sustantivo-adjetivo)
-Otorrinolaringologo (cuatro sustantivos)

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- Ejemplos de construcción **PREFIJOS Y RAICES:**
  - -Pericardio (prefijo-sustantivo)
  - -Eferente (prefijo-adjetivo)
  - -Exencefalocele (prefijo-dos sustantivos)
  - -Subinvolución (dos prefijos-sustantivo)

- Ejemplos de construcción **RAÍCES Y SUFIJOS:**
  - -Nefritis (sustantivo-sufijo)
  - -Cirrosis (adjetivo- sufijo)
  - -Arteriosclerosis (sustantivo-adjetivo-sufijo)

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- Ejemplos de construcción **PREFIJOS, RAICES Y SUFIJOS:**

-Pericardítis (prefijo-sustantivo-sufijo)
-Hipecianosis (prefijo-adjetivo-sufijo)
-Hiperparatiroidismo (dos prefijos-sustantivo-sufijo)
-Hiperleucocitemia (un prefijo-un adjetivo-dos sustantivos-sufijo)

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- Algunas normas para la formación de NEOLOGISMOS:

-En ocasiones se elimina un elemento fundamental por ser sobreentendido. "ELIPSIS"

-Cianosis (por *Hiper*cianosis)

Leucopenia (por leuco*cito*penia)

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- Algunas normas para la formación de NEOLOGISMOS:

-La clase de enfermedad o estado patológico se indica colocando un sufijo a la raíz de la correspondiente parte anatómica.

-Neur*itis*	-Hemi*plejia*
-Artr*osis*	-Hemi*paresia*
-Nefro*patía*	-Lumb*algia*

❖ Términos de origen clásico y neologismos grecolatinos

NEOLOGISMOS

- Algunas normas para la formación de NEOLOGISMOS:

-El material patológico se indica mediante una o varias raíces que preceden a la de la parte anatómica afecta.

-*Neumo*tórax
-*Hidro*tórax
-*Hem*artros

EPÓNIMOS

-Vocablos en los que el significado se asocia al nombre de una persona:

• Parálisis de Bell	Charles Bell
• Signo de Bell	Charles Bell
• Trompa de Eustaquio	Bartolomeo Eustachi
• Trompa de Falopio	Gabrielle Falloppio
• Voltimetro	Alessandro Volta
• Marcha de Klapp	Rudolf Klapp

TERMINOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN PROCESOS DE BUSQUEDA EN CIENCIAS DE LA SALUD.

-**Término.** Palabra o vocablo que expresa una idea y que, generalmente, es propia de una actividad o disciplina determinada.

- **Palabra clave.** Entre las palabras que forman parte de un documento, aquellas más significativas o informativas de su contenido.

- **Descriptor**. Palabra clave que define el contenido de un documento y permite localizarlo en un archivo manual o electrónico.

TERMINOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN PROCESOS DE BUSQUEDA EN CIENCIAS DE LA SALUD

– MeSH: Medical Subject Headings de la National Libraryof Medicine (NLM).

- Tesauro de vocabulario controlado para describir el contenido de los artículos.
- Uniformidad y consistencia
- MeSH database: búsqueda por materias de artículos indexados en PubMed y libros de ciencia.
- 25671 descriptores: sinónimos y descriptores relacionados.

TERMINOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN PROCESOS DE BUSQUEDA EN CIENCIAS DE LA SALUD

- DECS Descriptores en Ciencias de la Salud

– Vocabulario estructurado de términos médicos y ciencias específicas, basado en los MeSH
– Tres idiomas: español, inglés y portugués
– Búsqueda en la BVS (Biblioteca Virtual de Salud)
– 4633descriptores
    - Definición en idioma de búsqueda y traducción.
    - Descriptores relacionados y sinónimos.

TERMINOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN PROCESOS DE BUSQUEDA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Operadores lógicos Boléanos

Se emplean para hacer búsquedas bibliográficas y localizan registros en los que coincidan los términos introducidos.

AND OR NOT

TERMINOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN PROCESOS DE BUSQUEDA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Operadores lógicos Boléanos

Se emplean para hacer búsquedas bibliográficas y localizan registros en los que coincidan los términos introducidos.

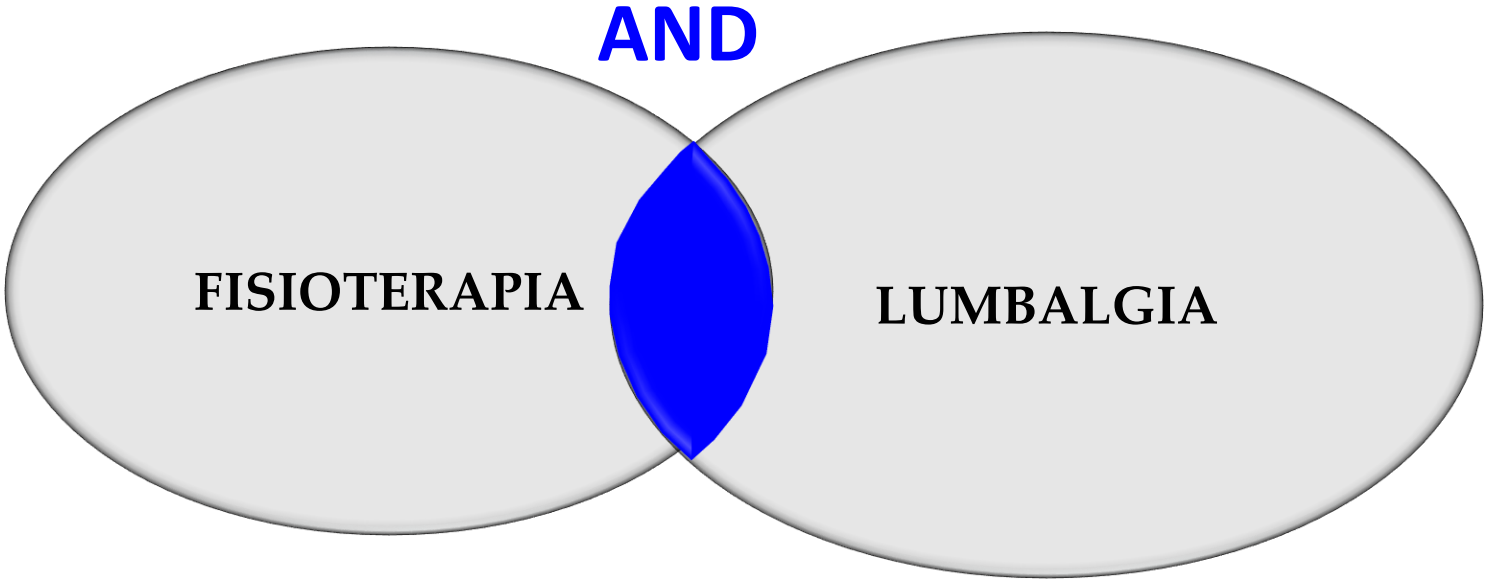
AND OR NOT

UCAM

TERMINOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN PROCESOS DE BUSQUEDA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Operadores lógicos Boléanos

Combina dos conceptos

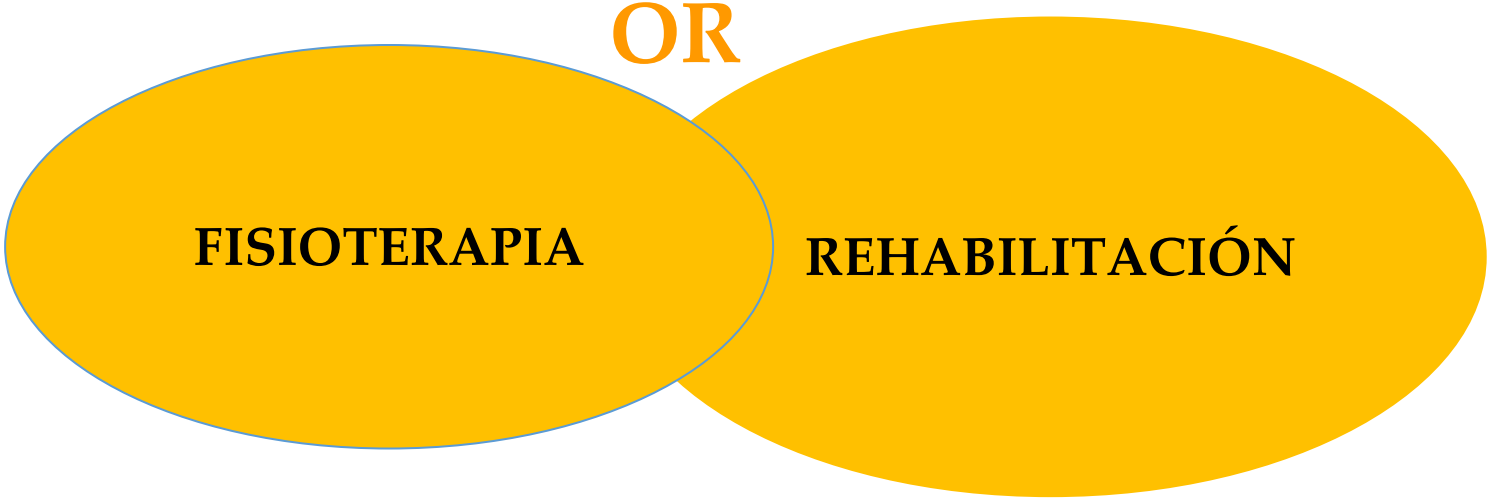


SOLICITAMOS DOCUMENTOS QUE CONTENGAN AMBOS TÉRMINOS

UCAM

TERMINOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN PROCESOS DE BUSQUEDA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Operadores lógicos Boléanos



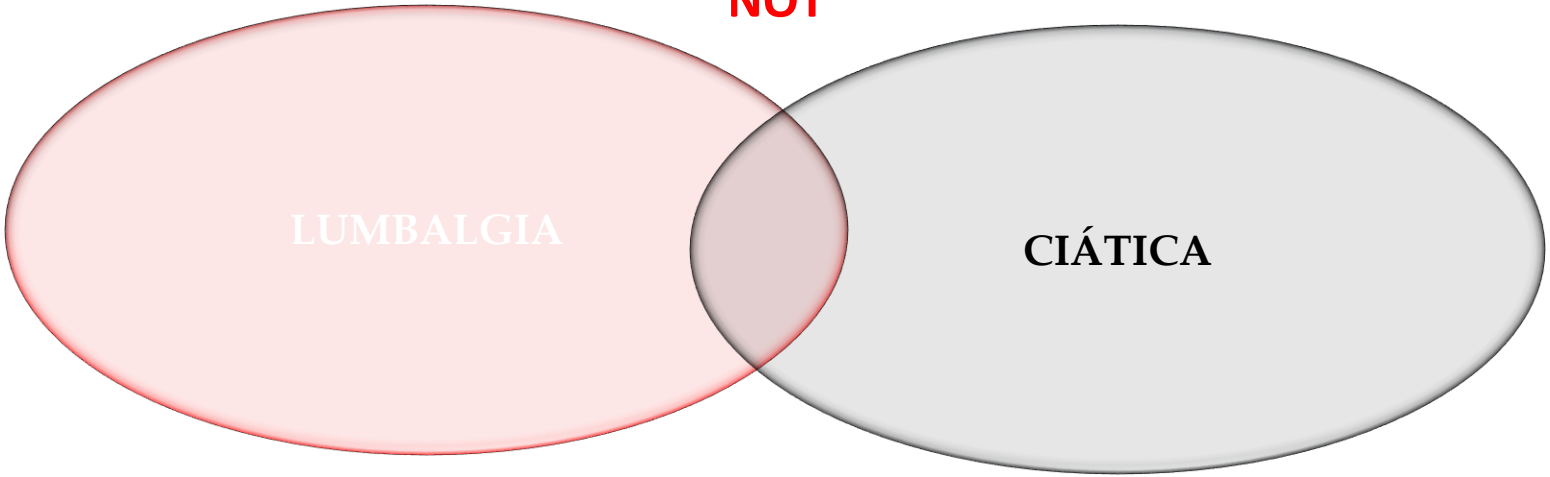
SOLICITAMOS CUALQUIER DOCUMENTO QUE CONTENGA EL TÉRMINO “Fisioterapia” Y CUALQUIER DOCUMENTO QUE CONTENGA EL TÉRMINO “Rehabilitación”

UCAM

TERMINOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN PROCESOS DE BUSQUEDA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Operadores lógicos Boléanos

NOT



SOLICITAMOS DOCUMENTOS QUE CONTENGAN EL TÉRMINO “Lumbalgia” Y NO CONTENGAN EL TÉRMINO “Ciática”

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Díaz Rojo, J. A. (2005). Terminología médica, cultura e ideología.

Lara, R. M., Sierra, A., Navarro, C., & Rico, L. (1994). *Medicina y cultura: hacia una formación integral del profesional de la salud*. Plaza y Valdés.

Jarillo, E. (2007). La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional.

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

UCAM

Tema 20

El marco teórico tradicional Vs marco teórico actual

Fundamentos de la fisioterapia

material adaptado

por

Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia



20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual



20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

Las secuelas físicas en los supervivientes a las 2 guerras mundiales (siglo XX) el punto de inflexión para que se produjera un **impulso en la profesionalización de la figura del fisioterapeuta.**

Los tratamientos que aplicaban los cirujanos y los traumatólogos, **precisaban de un trabajo complementario**, con el fin de facilitar la recuperación total o de minimizar la pérdida de la función que sufrían estos ciudadanos.

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

En España, en año 1957 cuando «***se establece la especialidad de Fisioterapia, del Ayudante Técnico Sanitario, Practicante y Enfermeras, con 2 años de formación. . .»***

En 1969, creación de *la Asociación Española de Fisioterapeutas*.



En 1980, los estudios de fisioterapia se comenzaron a impartir de forma ***independiente***.



En 2010, lo que propició la implantación del *grado de Fisioterapia*.

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

DEFINICIÓN

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Fisioterapeutas: corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de **tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación** de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.

Organización Mundial de la Salud que en 1958 define a la Fisioterapia como “el arte y la ciencia del **tratamiento** por medio del ejercicio terapéutico , calor, frío ,luz, agua, masaje y electricidad”.

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

DEFINICIÓN

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

- Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la **promoción, mantenimiento y recuperación de la salud**, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

- Podólogos: los Diplomados universitarios en Podología realizan las actividades dirigidas al **diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies**, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina.

- Médico es un profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, **el diagnóstico y el tratamiento** de la enfermedad o lesión del paciente.

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

Marco teórico tradicional

FISIOTERAPEUTA COMO AUXILIAR

La figura del fisioterapeuta se identificaba de esta manera hasta mediados del siglo XX.

"El fisioterapeuta es un mero aplicador de técnicas dependiente de la prescripción o indicación de otro profesional"

Retraso en el desarrollo de la disciplina, así como el proceso de búsqueda de su identidad **como profesión independiente.**

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

REHABILITACIÓN

FISIOTERAPIA



“no se concibe la fisioterapia fuera del ámbito de la rehabilitación”

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

DIAGNÓSTICO MEDICO

La prescripción de fisioterapia que llega al fisioterapeuta junto con el diagnóstico médico.

¿Es suficiente solo con esta información?

FISIOTERAPEUTA

Importante ausencia de información relevante del paciente









20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

Marco teórico Actual





Teorías científicas

¿Que es una teoría?

Etimológicamente significa contemplación, es decir pensamiento desinteresado y puro.

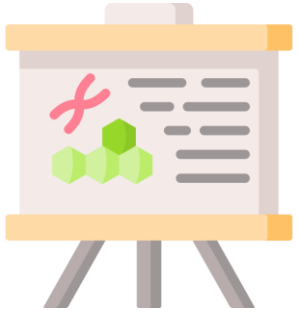
Una teoría explica, basándose en algunas creencias o supuestos, lo que ha sucedido, lo que sucede o lo que probablemente sucederá.



Una teoría debe ser capaz de ser probada, demostrada o refutada basada en observaciones científicas acumuladas.

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

UCAM



PARADIGMA

conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante *un período específico*.

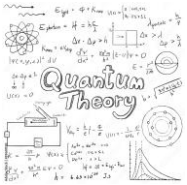
1. Lo que se debe observar y escrutar
2. El tipo de interrogantes que se supone hay que formular para hallar respuestas en relación al objetivo.
3. Cómo deben estructurarse estos interrogantes.
4. Cómo deben interpretarse los resultados de la investigación científica

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

Marco teórico Actual

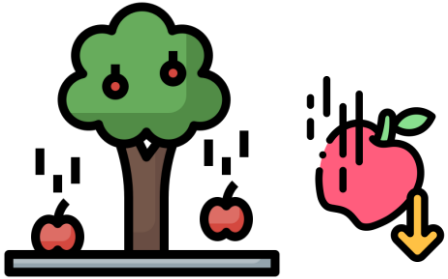
TEORIA

PARADIGMA



Teoría cuántica

Nota. Logo original de la série télévisée américaine *The Big Bang Theor*, *DjayK*, 2011, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:TBBT_logo.svg



Teoría de la gravedad



Teoría de la evolución



Teoría de la relatividad

"para que se produzca un cambio de paradigma, se ha de tener en cuenta el trabajo teórico en que se basa una disciplina"

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

Marco teórico Actual

Teorías científicas → **Últimas 3 décadas**

Desde que los ***estudios universitarios de fisioterapia son independientes***, la evolución natural de la carrera profesional del fisioterapeuta ha dado paso a que ***se desarrollen campos cada vez más específicos de trabajo evidencia científica*** .

Teorías tradicionales → Teorías en fisioterapia

NUEVO PARADIGMA QUE EXPLIQUE LA DISCIPLINA

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

REHABILITACIÓN

FISIOTERAPIA



"Creación de nuevas teorías en fisioterapia mediante el cambio e paradigma"

"Las teorías son usadas por la disciplinas como unidades explicativas"

"Cada campo de la ciencia que aborde un objeto de estudio dará pues distintas respuestas a un mismo problema"

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

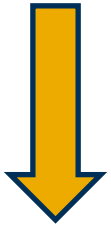
Freidson:

*"La sanidad podría mejorarse si se diese una representación más justa en el proceso de toma de decisiones terapéuticas"**

**Mateu sanz M, Bernal Navarro E, Faus Cuñat V. La fisioterapia actual en España: Estudio Comparativo con Europa.*

Cambio de paradigma que permita el desarrollo disciplinario

Mitad del siglo XX



Incorporación de los estudios de fisioterapia a la univerdidad.

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

Cambios de paradigmas

*"En ciencias de la Salud existen diferentes profesionales y cada uno de ellas debe aportar **visiones distintas sobre un mismo problema**. A todas les corresponde proponer una solución a los problemas plantados desde el campo disciplinar propio"*

*"En la actualidad **ninguna profesión puede subrogar la solución de todos los problemas** que en materia de salud se pueden presentar"*

Minaire 1989

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

*"Los resultados del estudio muestran una trayectoria y evolución histórica de **la fisioterapia como una ciencia en fase de constitución** e incipiente consolidación. En este sentido, la creciente **publicación de trabajos** de carácter científico junto a trabajos de carácter profesional, indican no sólo una evolución de la propia revista Fisioterapia sino que también supone **un indicador de la evolución histórica de la propia fisioterapia como ciencia** "**

**Meroño Gallut AJ, Rebollo Catalán A, García Pérez R, Desarrollo científico de la fisioterapia en España; estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006): Tesis doctoral, 2010.*

*"la integración de los estudios de fisioterapia en la universidad, la creación de asociación española de fisioterapeutas y la aprobación de estudios de doctorado"**

***Raquel Chillón Martínez:** Estudio histórico sobre la conformación de la Fisioterapia Española en la segunda mitad del siglo XX a través de los acontecimientos más relevantes. Cuestiones de fisioterapia, revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia, ISSN 1135-8599, Vol. 38, Nº. 2, 2009 , págs. 101-11*

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

ELEMENTOS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA FISIOTERAPIA COMO DISCIPLINA PROFESIONAL-CIENTÍFICA

PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA DISCIPLINA Y LA FIGURA DEL FISIOTERAPEUTA
Formación de las primeras asociaciones profesionales y los primeros eventos científicos

FORMACIÓN INVESTIGADORA DEL FISIOTERAPEUTA
Incorporación de formación en material de investigación dentro de los diferentes currículos de formación en fisioterapia

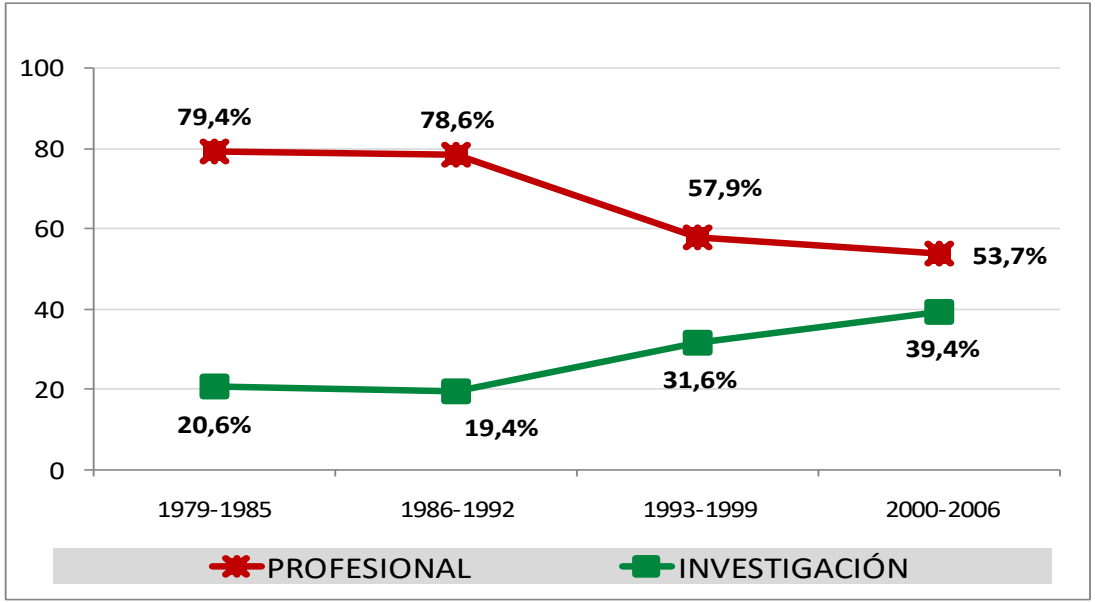
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA
Análisis y estudios sobre la producción científica, a fin de poder evaluar sus características y contenidos

CONSUMO DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA POR PARTE DEL FISIOTERAPEUTA
Consumo de información científica por parte del fisioterapeuta para implementar sus conocimientos y mejorar su práctica asistencial

20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

Desarrollo científico de la Fisioterapia en España. Estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006)

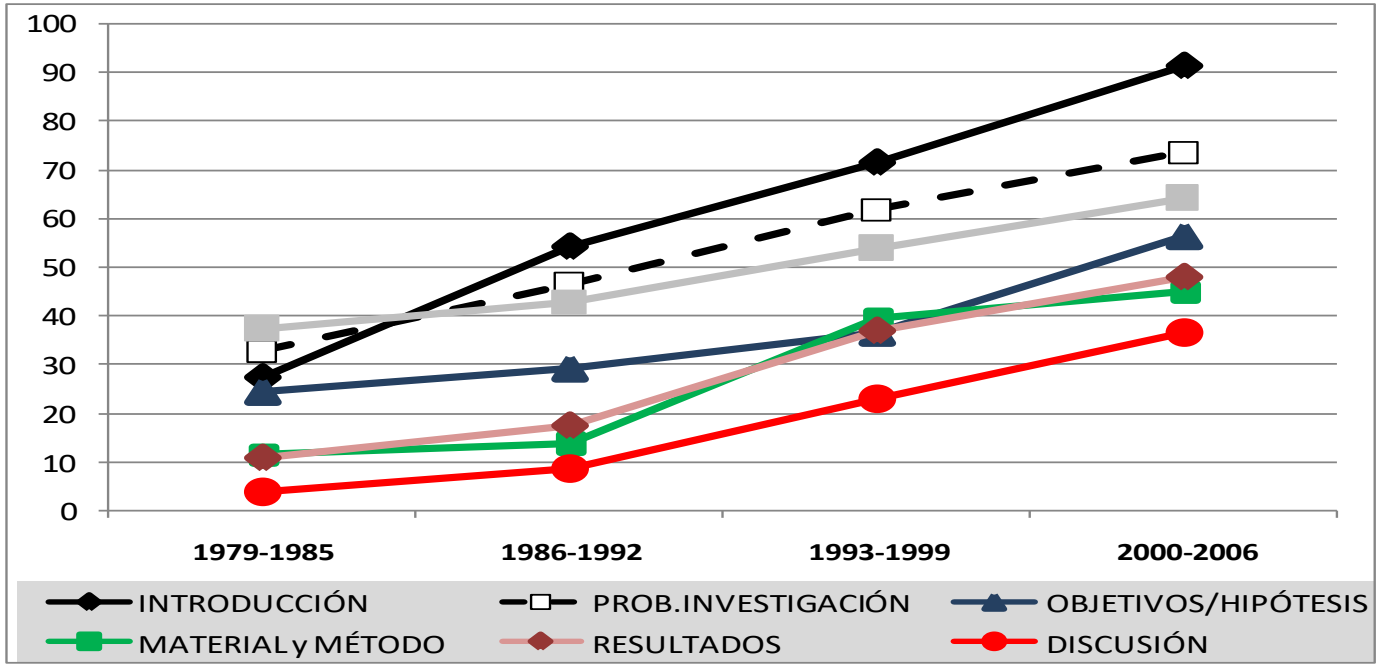
Meroño AJ, Rebollo J, Rebollo MA, García R (2010)



20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

Desarrollo científico de la Fisioterapia en España. Estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006)

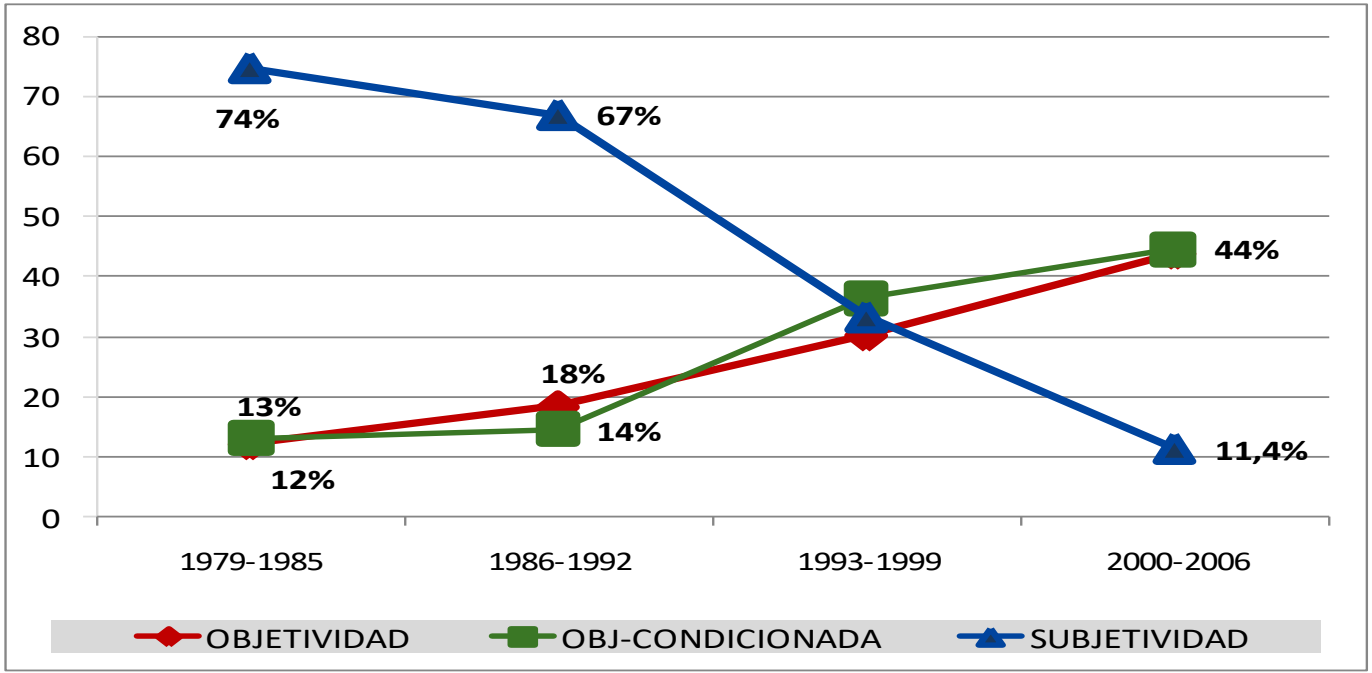
Meroño AJ, Rebollo J, Rebollo MA, García R (2010)



20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

Desarrollo científico de la Fisioterapia en España. Estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006)

Meroño AJ, Rebollo J, Rebollo MA, García R (2010)



20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

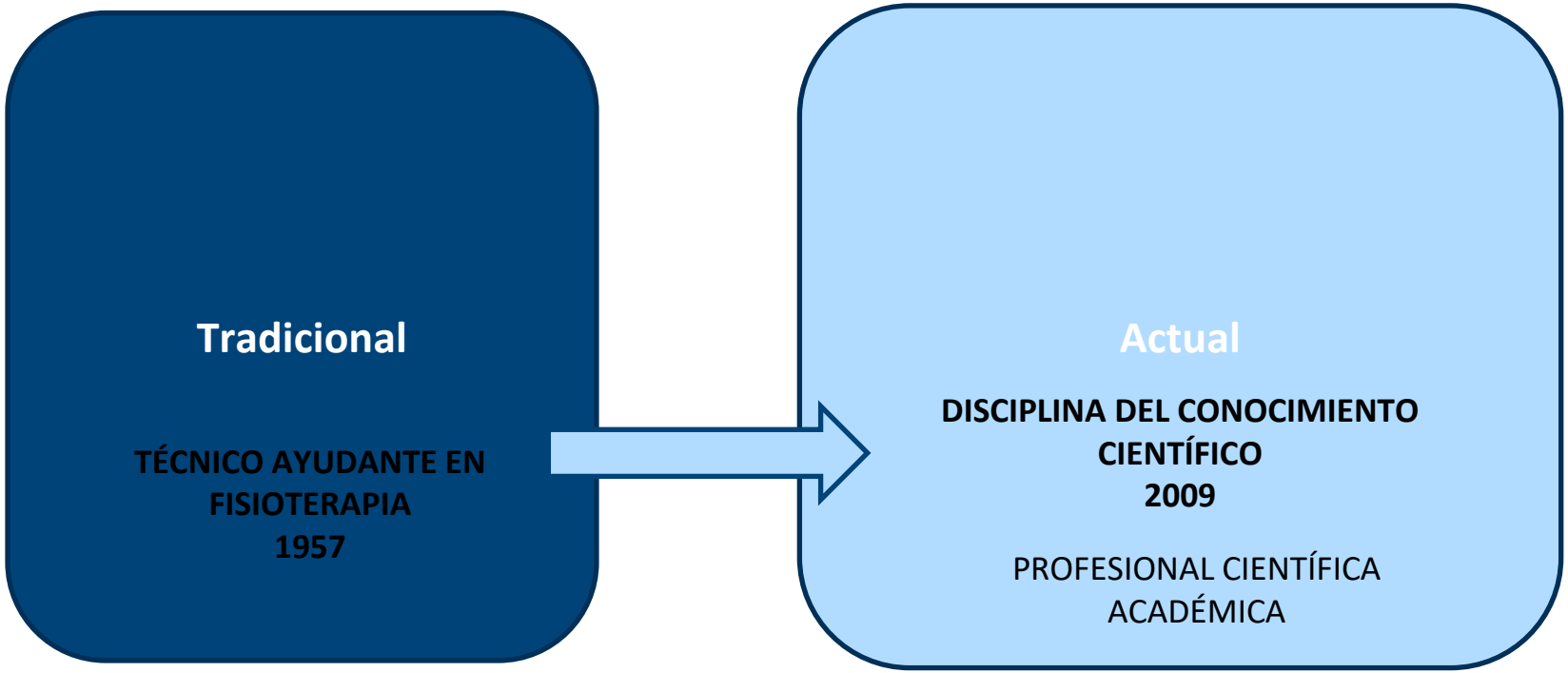
*A diferencia con otras especialidades de las ciencias de la salud, se **evidencia un déficit** en el traslado de conocimiento desde el ámbito de la fisioterapia.*



***Fomentar estudios** en esta misma línea sobre el uso de los canales de comunicación emergentes que permitan a los fisioterapeutas recoger y transmitir información.*



20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual



20. Marco teórico tradicional VS Marco teórico actual

ESPECIALIDADES EN FISIOTERAPIA

?????



REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

1. Chillón Martínez R. La fisioterapia en España: 1957-2007. Estudio histórico comparativo desde el enfoque ciencia, tecnología y sociedad. 2008.

2. González MLC. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología).2010; 2(1).

3. Arnall DA, Cebrià MA, CallejaC. El largo camino: recorrido de la fisioterapia hacia la práctica independiente. Fisioterapia. 2010; 32(4): 183-189.

4. Chillón Martínez R, Rebollo Roldán J, Suárez Serrano, C, Meroño Gallut J. Contribución y rol de las mujeres para la conformación de la fisioterapia española (1957-2009). In *Investigación y género, avance en las distintas áreas de conocimiento: I Congreso Universitario Andaluz Investigación y Género,[libro de actas]. Sevilla: Universidad de* Sevilla. 2009; *281-298.*.

5. González Dóniz, M.L. Pardo Carballido, C.Fisioterapia en el sistema público de salud : hacia un nuevo modelo; *Fisioterapia : revista de salud, discapacidad y terapéutica física* 1992 ; 14(2) : 64-75

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

6. Mateu sanz M, Bernal Navarro E, Faus Cuñat V. La fisioterapia actual en España: Estudio Comparativo con Europa.

7. Meroño Gallut AJ, Rebollo Catalán A, García Pérez R, Desarrollo científico de la fisioterapia en España; estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006): Tesis doctoral, 2010.

8. Raquel Chillón Martínez: Estudio histórico sobre la conformación de la Fisioterapia Española en la segunda mitad del siglo XX a través de los acontecimientos más relevantes. Cuestiones de fisioterapia, revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia, ISSN 1135-8599, Vol. 38, Nº. 2, 2009 , págs. 101-11

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

UCAM

Tema 23

Proceso de atención en fisioterapia

Fundamentos de la fisioterapia

material adaptado

por

Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia

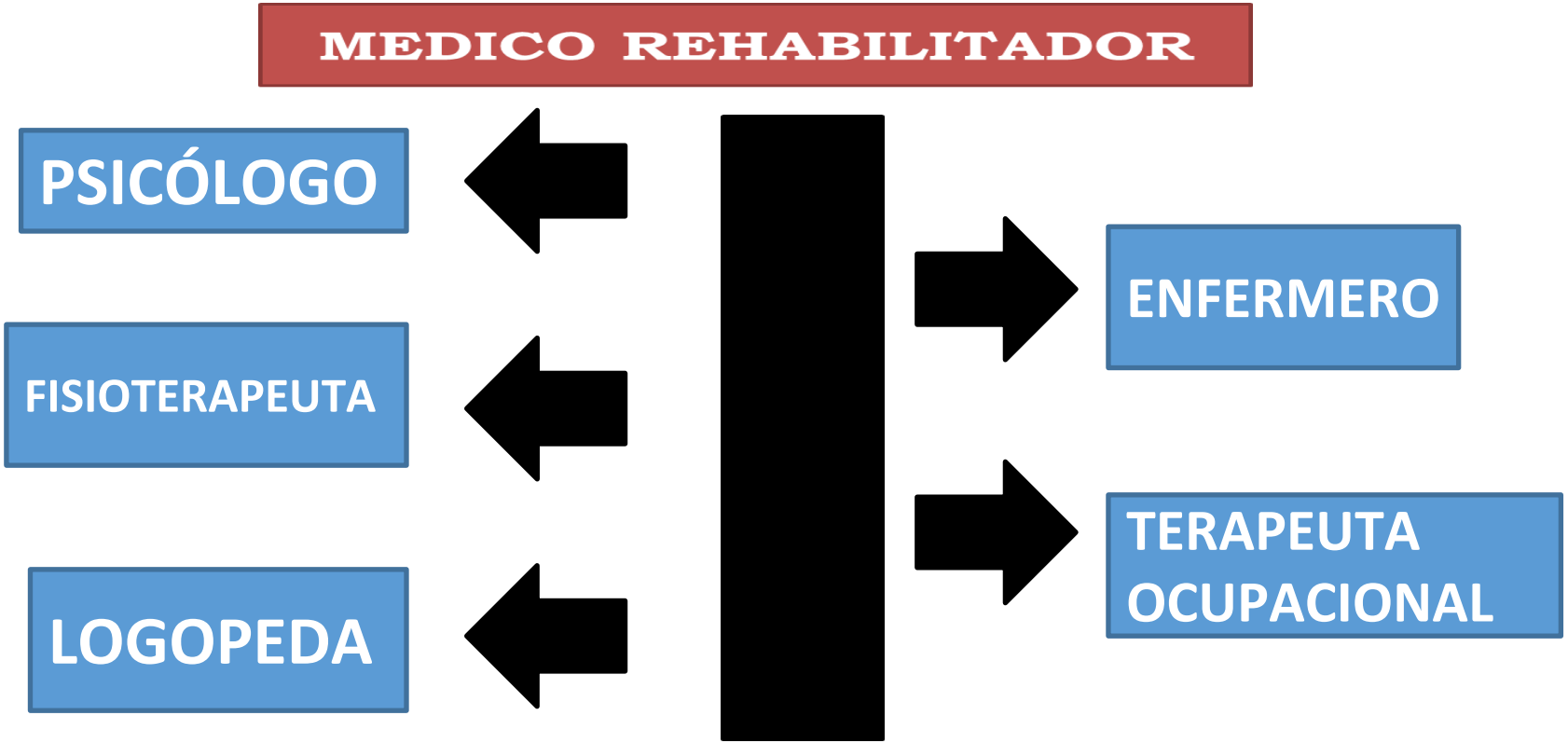


FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA

Art. 70 BOE Nº 102 de 26 de abril 1973

Son funciones de los fisioterapeutas la aplicación de **tratamientos con medios físicos** que, por prescripción facultativa, se prestan a todos los enfermos de todas las especialidades de medicina y cirugía donde se necesita la aplicación de dichos tratamientos.

FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA



FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA EN EL CONTEXTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

1- Visión **globalizada** del problema.

2- **Integración** del individuo en su entorno.

3- **Atención** integral y simultanea a todas sus necesidades.

4- **Respeto** por el paciente en sus señas individuales y culturales.

5- Construcción de un **equipo terapéutico** (técnicas de prevención, detección evaluación y tratamiento).

FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA

En general

1- Realizar **una historia** de fisioterapia que recoja los datos personales, valoración articular, balance muscular etc..

2- Emplear los agentes físicos tanto naturales como artificiales y aplicar los **tratamientos fisioterapéuticos** precedido del diagnostico facultativo.

3- Realizar el examen y **valoración** de los datos objetivos así como las estimaciones subjetivas que permitan el análisis de la situación del paciente en cualquier momento

FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA

En general

4- **Aconsejar** a los profesionales afines a la fisioterapia sobre la **conducta a seguir** en cada caso o grupo de pacientes sometidos a tratamiento fisioterapéutico.

5- **Aconsejar a familiares** y personal responsable del paciente sujeto a fisioterapia sobre las pautas de colaboración al programa fisioterapéutico establecido

FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA

En centros hospitalarios

1- Prestar su **labor preventiva** a la población adscrita al hospital.

2- Ocuparse del **seguimiento completo** en toda la evolución de los pacientes a su cargo.

3- **Colaborar con el resto de servicios** asistenciales en la orientación y seguimiento del tratamiento fisioterapéutico.

4- Participar en la **formación sanitaria** del personal colaborador y a su cargo en el ámbito fisioterapéutico.

5- Si el hospital es universitario y el fisioterapeuta los desea, formar parte del **personal docente**.

FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA

En los centros de salud y asistencia ambulatoria

1- Realizar su **labor asistencial** a la población adscrita a su área de operaciones ambulatoria y domiciliaria.

2- Intervenir en los **programas de educación** sanitaria, salud escolar y laboral.

3- Prestar sus conocimientos para participar en la **detección precoz** de posibles patologías congénitas o adquiridas del aparato locomotor.

4- Ejecutar sus funciones interviniendo en los programas de atención geriátrica buscando **recuperación y mantenimiento** de la capacidad física.

5- Actuar en el seguimiento de tratamientos fisioterapéuticos en **colaboración con el resto de servicios**.

FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA

En centros educativos

1- Prestar una **labor preventiva** y asistencial a los niños del centro.

2- Ocuparse del **seguimiento completo** en toda la evolución de los niños a su cargo.

3- Prestar sus conocimientos en la **detección precoz** de posibles patologías congénitas o adquiridas del aparato locomotor.

4- Actuar en el seguimiento de tratamientos fisioterapéuticos en **colaboración con el resto de servicios**.

5- Si el hospital es universitario y el fisioterapeuta lo desea, formar parte del **personal docente**.

FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA

En centros sociales

1- Prestar una **labor preventiva** y asistencial a los pacientes del centro.

2- Ocuparse del **seguimiento completo** en toda la evolución de las personas a su cargo.

3- Colaborar con **el resto de servicios** asistenciales en la orientación y seguimiento del tratamiento fisioterapéutico.

4- Ejecutar sus funciones en geriátricos, buscando la recuperación y **mantenimiento de la capacidad física**.

5- Si el hospital es universitario y el fisioterapeuta los desea, formar parte del **personal docente**.

FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA

- LABOR ASISTENCIAL
- LABOR DOCENTE
- LABOR DE GESTIÓN
- LABOR DE INVESTIGACIÓN

Método de intervención en fisioterapia

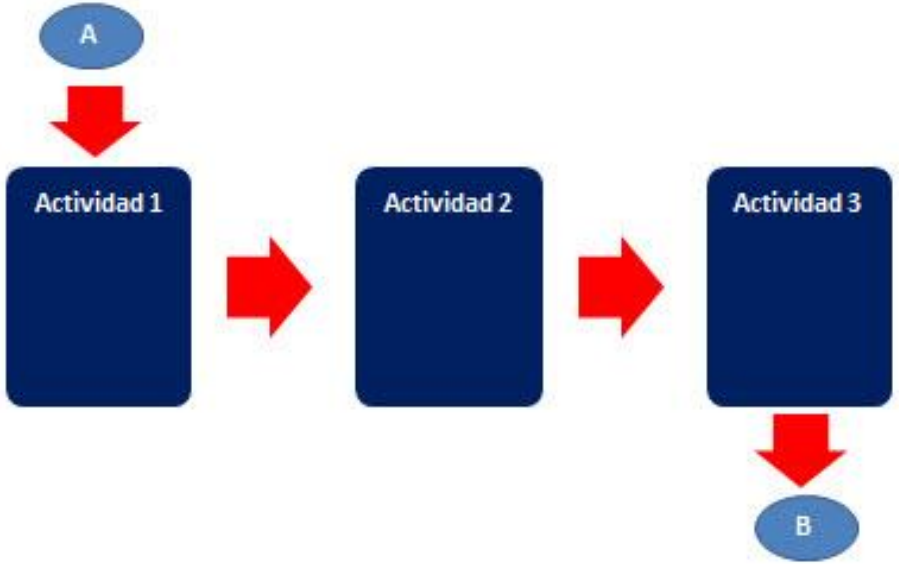
Método sistemático y organizado de administrar la atención fisioterapéutica individualizada, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos, a las alteraciones de la salud, reales o potenciales.

PASOS QUE DEBE SEGUIR EL FISIOTERAPEUTA PARA RESOLVER UN PROBLEMA

Gallego T. la profesión de fisioterapia desde un enfoque teórico. X Congreso Nacional de Fisioterapia. Salamanca: Libro de Ponencias; 1996

Cinco etapas de atención

Este método ha de realizarse de **manera sistemática** siempre con cada una de las personas a las que se atienda.



Aplicarse de forma individualizada ya que cada persona responde de forma diferente y única.

Cinco etapas de atención

VALORACIÓN
Reunir información: historia de fisioterapia, examen físico y registro

ANALISIS DE DATOS
Identificación de problemas y elaboración del diagnóstico

FORMULACIÓN DE PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
Elabora un plan de acción

APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
Pone en practica el plan de acción

EVALUACIÓN
Comprueba si el plan está ayudando a resolver

VALORACIÓN

Durante esta fase se reúne y se examina la información con el fin de obtener todos los datos necesarios para determinar el estado de salud del paciente.

FILIACIÓN Y ANAMNESIS

EXPLORACIÓN

ANALISIS DE DATOS

Una vez en posesión de todos los datos, determinar los problemas que pueden ser resueltos por el fisioterapeuta, cuales deben ser derivados a otros profesionales o bien por distintos profesionales.



FORMULACIÓN DE PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

Se desarrollará un programa de acción con el fin de reducir o eliminar los problemas detectados.

Disponer las prioridades: problemas que deben resolverse en primer lugar

Determinar los objetivos: que esperan conseguir el fisioterapeuta y el paciente

Decidir las intervenciones del fisioterapeuta: que acciones concretas, métodos y técnicas de fisioterapia se usaran para cumplir los objetivos

APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

Es el momento de poner en marcha el programa

Aplicar el método o técnicas planificadas

Seguir recogiendo información para determinar como responde al programa.

EVALUACIÓN

Es el momento de comprobar si el programa de fisioterapia ha sido efectivo.

Objetivo conseguido



Objetivo fracasado



EVALUACIÓN

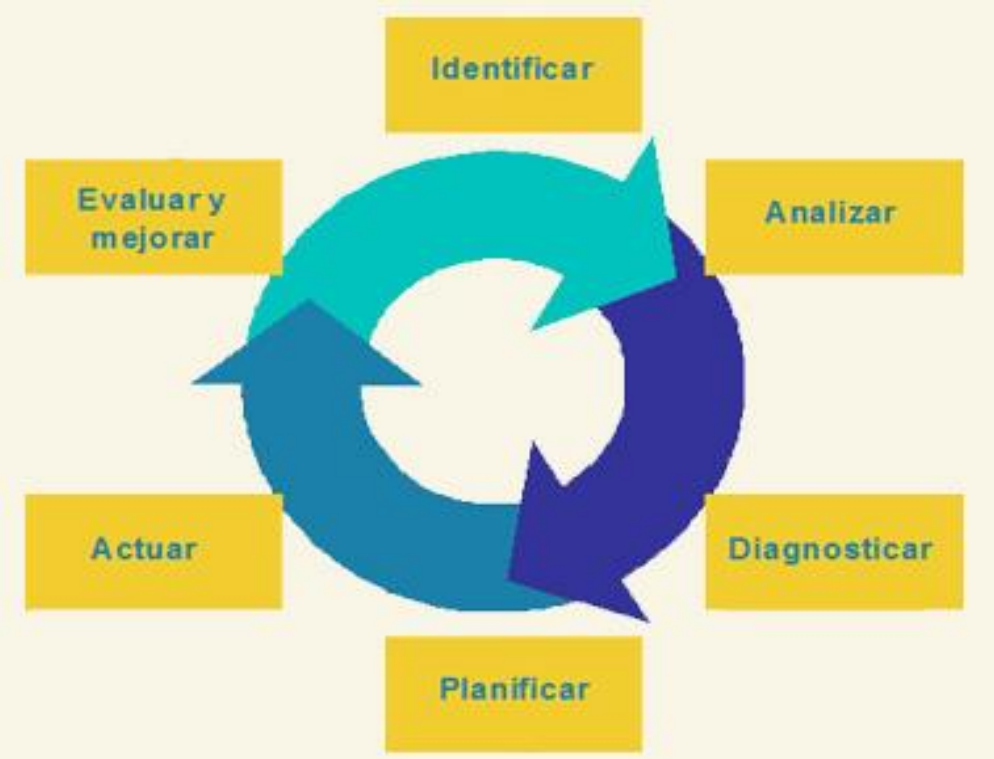
Es el momento de comprobar si el programa de fisioterapia ha sido efectivo.

Objetivo fracasado



Revisar las 5 etapas. Encontrar donde esta el error el subsanarlo

Introducción a la fisioterapia basada en la evidencia



¿¿ELIMINA LIBERTAD??

Introducción a la fisioterapia basada en la evidencia

La metodología **no busca eliminar la libertad** de los profesionales, **sino facilitar guías** de conducta que armonicen la profesión.

En la mayoría de los casos se trata más de **comprender el problema** que de buscar la solución

Criterios de calidad aplicados al proceso de atención en fisioterapia

OBJETIVIDAD

Descripción precisa de signos y síntomas

HOMOGENEIDAD

Para casos parecidos la propuesta terapéutica será muy similar

FIABILIDAD

Distintos profesionales utilizando aparatos y sistema de medida distintos deberán obtener idénticas cifras

Criterios de calidad aplicados al proceso de atención en fisioterapia

Balances, evaluaciones, pruebas de exploración física

Necesidad de realizar exámenes comparativos regulares

Respetar prescripción médica

Las actuaciones deben responder al 100% con la prescripción

Construir el programa de Tratamiento en función de Objetivos

Criterios de calidad aplicados al proceso de atención en fisioterapia

Mejora rápida ??

Buscar beneficios en la sesión.

Cooperación del paciente

Consulta:

Preguntarse siempre ¿Motivo de consulta del paciente?

Contexto psicosocial del paciente

Sólo 1 fisioterapeuta por paciente

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

1. Chillón Martínez R. La fisioterapia en España: 1957-2007. Estudio histórico comparativo desde el enfoque ciencia, tecnología y sociedad. 2008.

2. González MLC. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología).2010; 2(1).

3. Arnall DA, Cebrià MA, CallejaC. El largo camino: recorrido de la fisioterapia hacia la práctica independiente. Fisioterapia. 2010; 32(4): 183-189.

4. Chillón Martínez R, Rebollo Roldán J, Suárez Serrano, C, Meroño Gallut J. Contribución y rol de las mujeres para la conformación de la fisioterapia española (1957-2009). In *Investigación y género, avance en las distintas áreas de conocimiento: I Congreso Universitario Andaluz Investigación y Género,[libro de actas]. Sevilla: Universidad de* Sevilla. 2009; *281-298.*.

5. González Dóniz, M.L. Pardo Carballido, C. Fisioterapia en el sistema público de salud : hacia un nuevo modelo; *Fisioterapia : revista de salud, discapacidad y terapéutica física* 1992 ; 14(2) : 64-75

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

6. Mateu sanz M, Bernal Navarro E, Faus Cuñat V. La fisioterapia actual en España: Estudio Comparativo con Europa.

7. Meroño Gallut AJ, Rebollo Catalán A, García Pérez R, Desarrollo científico de la fisioterapia en España; estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006): Tesis doctoral, 2010.

8. Raquel Chillón Martínez: Estudio histórico sobre la conformación de la Fisioterapia Española en la segunda mitad del siglo XX a través de los acontecimientos más relevantes. Cuestiones de fisioterapia, revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia, ISSN 1135-8599, Vol. 38, Nº. 2, 2009 , págs. 101-11

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

UCAM

Tema 25

La entrevista clínica

Fundamentos de la fisioterapia

material adaptado

por

Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia



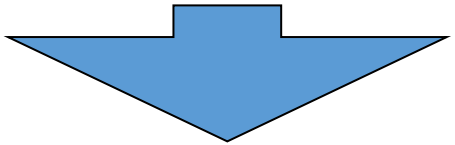
La entrevista clínica

Instrumento esencial para: Comunicarnos

Diagnosticar

Tratar

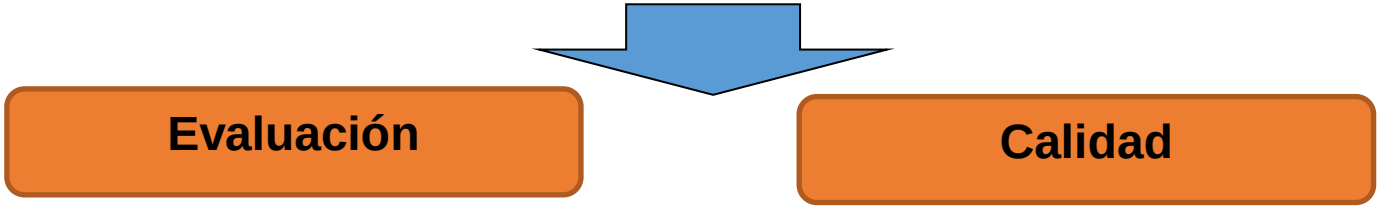
Facilitar el seguimiento de nuestros pacientes.



Requiere una habilidades por parte del profesional.

La entrevista clínica

El proceso más importante de la vida profesional.



1-Controlar parámetros biológicos (medir el contorno de un músculo**).**

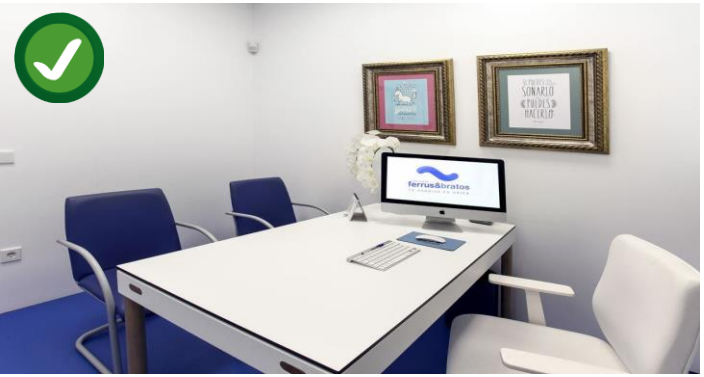
2-Procesos administrativos y de gestión (historias clínicas).

3-Derivación a otros niveles asistenciales (saber delegar y donde están nuestros limites).

Aspectos básicos analizados:

- ESPACIO FISICO
- MOBILIARIO IMPRESCINDIBLE
- HISTORIA CLINICA
- IMAGEN PERSONAL DEL FISIOTERAPEUTA
- LENGUAJE NO VERBAL
- LENGUAJE VERBAL
- USO DEL HUMOR
- CONTROL DEL TIEMPO
- FIGURA DEL ACOMPAÑANTE
- ERRORES QUE HAY QUE EVITAR

Espacio físico





1. **Adecuación ergonómica de la estancia.**
2. **Ventilacion ambiental convenientemente renovado.**
3. **Iluminación**
4. **Higiene como en cualquier espacio sanitario**

Mobiliario imprescindible



Sillón giratorio y regulado en altura

Dos sillas para el acompañante

Elementos decorativos

No macetas organicas por riesgo de contaminación

Imagen personal del fisioterapeuta



Higiene en un ambiente sanitario y ofrecer un aspecto que lo **identifique con un profesional de la salud de alta cualificación**

El cabello recogido y no se usaran complementos en las manos que dificulten el lavado de manos y aumente el riesgo de infección

Historia clínica

FILIACIÓN Y ANAMNESIS | **EXPLORACIÓN** | **DIAGNOSTICO**

CORRESPONDE AL INTERROGATORIO CLÍNICO PREVIO A LA EVALUACIÓN Y EXPLORACIÓN FÍSICA

¿QUÉ ES LA FILIACIÓN?

datos administrativos del paciente

¿QUÉ ES LA ANAMNESIS?

FILIACIÓN Y ANAMNESIS

SEXO

- PREDISPONE A SUFRIR DETERMIANDAS PATOLOGÍAS:
  - **OSTEOPOROSIS, TRASTORNOS GINECOLÓGICOS…**
  - **CANCER DE PULMÓN**

FILIACIÓN Y ANAMNESIS

EDAD

- NIÑOS

NO PROBLEMAS CRÓNICOS...

NO EPISODIOS PSICOLÓGICO NI ECONÓMICO ¿EMOCIONAL?

- ADULTOS.

LA EXPLORACIÓN FÍSICA PUEDE SER VARIABLE

DETERMINAR BIEN CUAL ES SU ESTADO DE SALUD NORMAL

FILIACIÓN Y ANAMNESIS

ACTIVIDADES PROFESIONALES Y DE OCIO

- IMPORTANTES REFERENTES A:
  - **PRONÓSTICO.**
  - **POSTERIOR READAPTACIÓN AL ESFUERZO**
  - **DESCRIPCIÓN DETALLADA: (FRECUENCIA, INTENSIDAD, GESTO)**

¿Cómo se gana la vida el paciente? ¿Qué tipo de aficiones tiene el paciente ?

¿ Desempeña algún tipo de deporte con frecuencia ?

FILIACIÓN Y ANAMNESIS

SITUACIÓN FAMILIAR

- NO INVADIR INTIMIDAD DEL PACIENTE
  - EN ALGÚN CASO QUIZÁ SEA CONVENIENTE SUSPENDER EL INTERROGATORIO.
  - FUNDAMENTALMENTE CONOCER EL AMBIENTE FAMILIAR O DE POSIBLE COLABORACIÓN.

FILIACIÓN Y ANAMNESIS

Expectativas del paciente

¿reales?

¿En que te puedo ayudar?

FILIACIÓN Y ANAMNESIS

TOMA DE MEDICAMENTOS/ALERGIAS

- POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

- POSIBLE CONTRAINDICACIÓN DE TÉCNICAS

- A VECES ORIENTAN SOBRE LA PATOLOGÍA SUFRIDA POR EL PACIENTE

FILIACIÓN Y ANAMNESIS

ENFERMEDADES ANTERIORES Y ACTUALES

- VALORAR LAS POSIBLES CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO
- POSIBLES SÍNTOMAS QUE PUEDAN LLEVAR ASOCIADOS DETERMINADAS PATOLOGÍAS
- ANOMALIAS CONGÉNITAS

Lenguaje no verbal

Cuatro componentes:

PROXÉMICA:
Como utilizan el espacio los interlocutores. (mesa de entrevista)

QUINÉSICA:
Gestualidad y expresiones fasciales calidad y cantidad de mov.

PARALENGUAJE:
Tono y énfasis de lo que se habla.

ESCENOGRAFÍA:
Símbolos del entorno como los títulos colgados en la pared.

Lenguaje no verbal

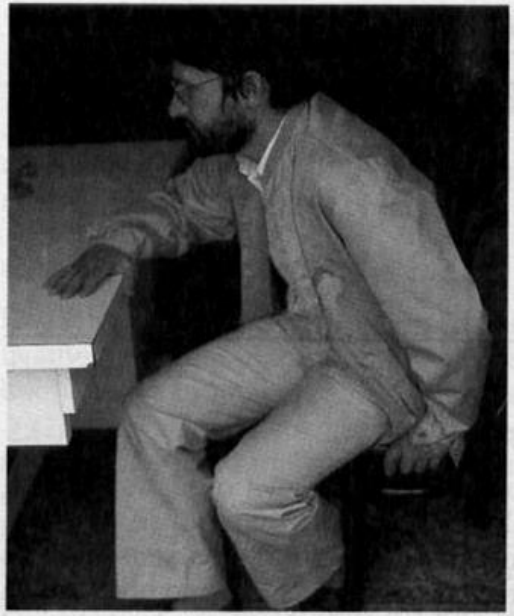


Figura 2.3. Posición de huida. El paciente desearía probablemente abandonar la consulta y se prepara como si fuera a levantarse de inmediato.

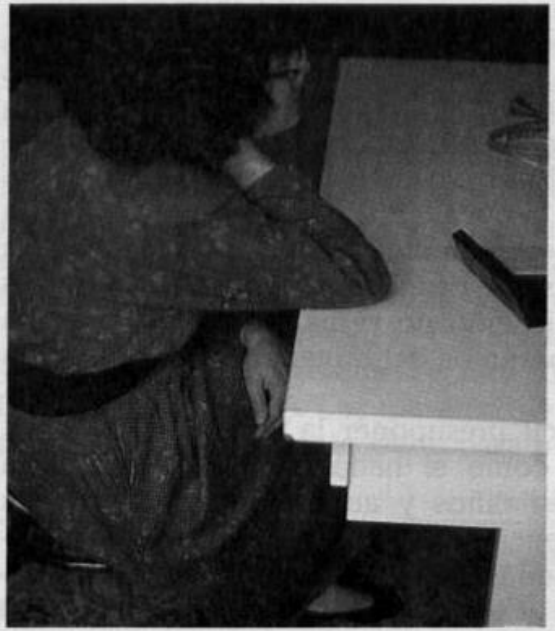


Figura 2.4. El paciente adopta una posición precavida, como si tuviera que defenderse de un golpe.

Lenguaje no verbal



Figura 2.5. Los niños y adolescentes suelen sentarse de manera indolente, expresando así su distancia con el desarrollo de la consulta.

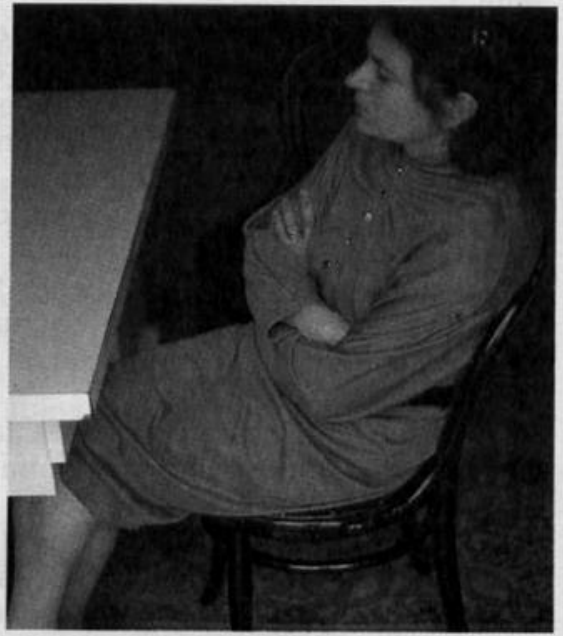


Figura 2.6. El paciente se cierra de brazos y piernas, manifestando así una defensa a los contenidos del diálogo.

Lenguaje no verbal

Blanco y colaboradores en 2002, los errores más frecuentes de la elaboración de una entrevista clínica fueron:

80% no dar tiempo a responder al paciente.

28.3% no aprovechar las emociones del paciente para aumentar su empatía.

26.6% control excesivo de la entrevista.

"LA ACTITUD DEL ENTREVISTADOR FACILITA O DIFICULTA LA COMUNICACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA"

Lenguaje verbal

Elemento fundamental de la interlocución.

¡¡Qué se dice y como se dice!!

Qué se dice:

Audible y entendible

Vocabulario manejado

Cortesía debe estar presente (tuteo)

Cómo se dice:

Tono de voz y ritmo

Acento

Volumen

UCAM

Control del tiempo



Uso del humor

Usarlo en su justa medida para facilitar la toma de contacto con el paciente **reforzando la conexión simpática u fomentando la empatía.**







Figura del acompañante



Interferencias y ruidos

1. Ruidos en el entorno

Ruidos físicos o imagen global que ofrece una consulta

- Recepción inadecuada
- Demasiada gente en la consulta
- Decoración o diseño de espacios inadecuado
- Interrupciones, llamadas telefónicas, etc.

Interferencias y ruidos

2. Interferencias cognitivas

Cuando el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

- Incapacidad del paciente para expresarse de manera comprensible
- Creencias mágicas o fuertes convicciones sobre aspectos del enfermar o sanar
- Creencias del entrevistador tendentes a ignorar los aspectos psicosociales de sus pacientes

Interferencias y ruidos

3. Interferencia emocional

Reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador.

- Paciente afecto de trastorno mental (depresión o ansiedad, por ej.) o emociones extremas (resentimiento, agresividad, etc.)
- Entrevistador disfuncional: actitudes de desresponsabilización, excesiva proyección sobre el paciente, etc.

Interferencias y ruidos

4. Interferencia social

Factor que condiciona en mayor medida la calidad de la relación.

- Notable diferencia sociocultural entre el paciente y el profesional de la salud

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

1. Chillón Martínez R. La fisioterapia en España: 1957-2007. Estudio histórico comparativo desde el enfoque ciencia, tecnología y sociedad. 2008.

2. González MLC. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología).2010; 2(1).

3. Arnall DA, Cebrià MA, CallejaC. El largo camino: recorrido de la fisioterapia hacia la práctica independiente. Fisioterapia. 2010; 32(4): 183-189.

4. Chillón Martínez R, Rebollo Roldán J, Suárez Serrano, C, Meroño Gallut J. Contribución y rol de las mujeres para la conformación de la fisioterapia española (1957-2009). In *Investigación y género, avance en las distintas áreas de conocimiento: I Congreso Universitario Andaluz Investigación y Género,[libro de actas]. Sevilla: Universidad de* Sevilla. 2009; *281-298.*.

5. González Dóniz, M.L. Pardo Carballido, C. Fisioterapia en el sistema público de salud : hacia un nuevo modelo; *Fisioterapia : revista de salud, discapacidad y terapéutica física* 1992 ; 14(2) : 64-75

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

6. Mateu sanz M, Bernal Navarro E, Faus Cuñat V. La fisioterapia actual en España: Estudio Comparativo con Europa.

7. Meroño Gallut AJ, Rebollo Catalán A, García Pérez R, Desarrollo científico de la fisioterapia en España; estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006): Tesis doctoral, 2010.

8. Raquel Chillón Martínez: Estudio histórico sobre la conformación de la Fisioterapia Española en la segunda mitad del siglo XX a través de los acontecimientos más relevantes. Cuestiones de fisioterapia, revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia, ISSN 1135-8599, Vol. 38, Nº. 2, 2009 , págs. 101-11

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

UCAM

Tema 26

Proceso de inspección y palpación

Fundamentos de la fisioterapia

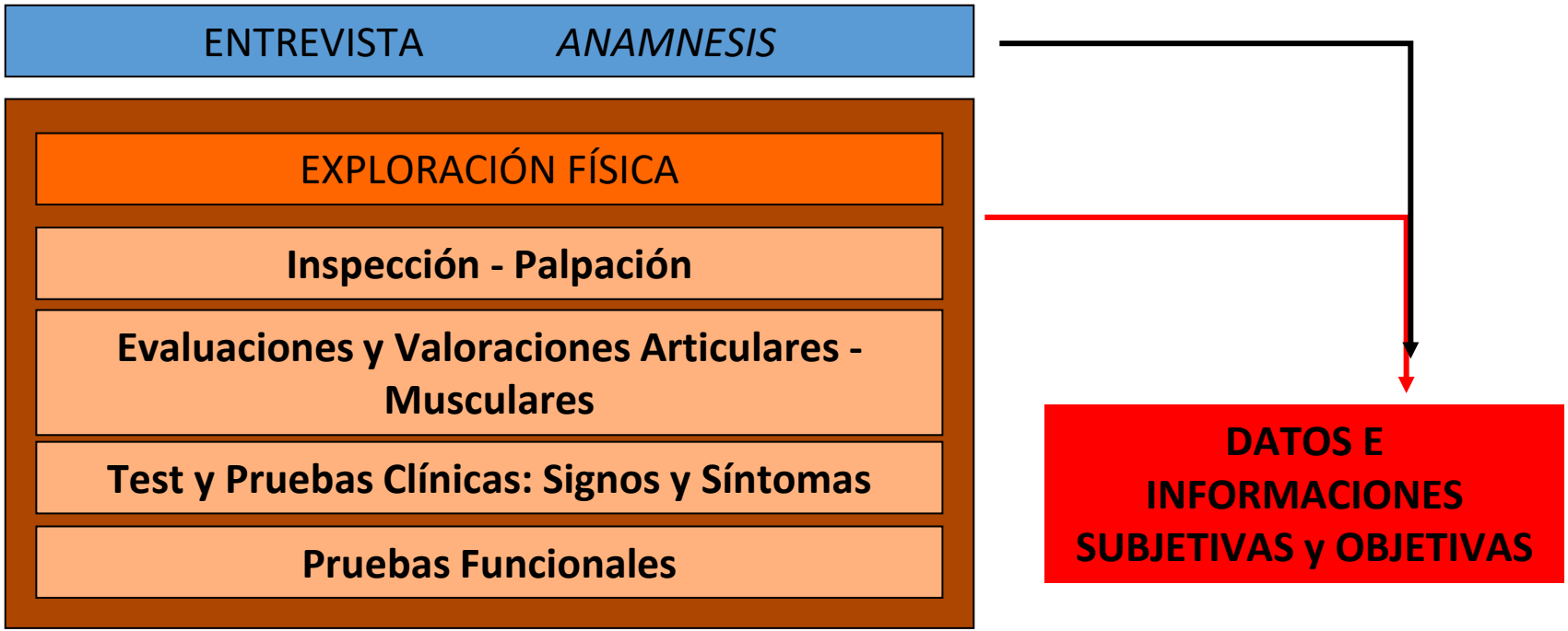
material adaptado

por

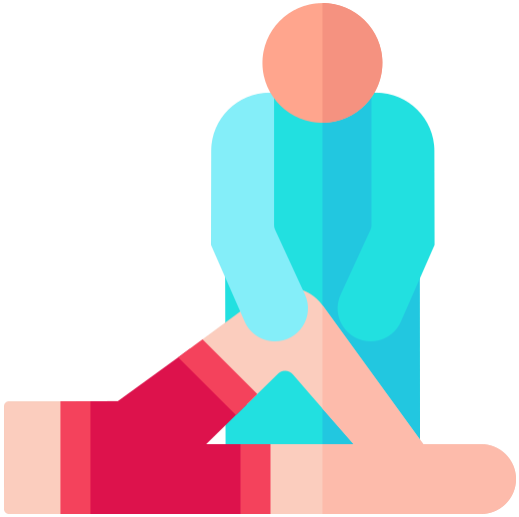
Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia




ENTREVISTA *ANAMNESIS*
EXPLORACIÓN FÍSICA
Inspección - Palpación
Evaluaciones y Valoraciones Articulares - Musculares
Test y Pruebas Clínicas: Signos y Síntomas
Pruebas Funcionales
DATOS E INFORMACIONES SUBJETIVAS y OBJETIVAS

Examen físico



Exploración que realiza personalmente el profesional sanitario a todo individuo, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por enfermedad.

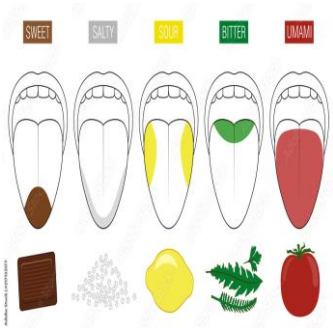
Examen físico

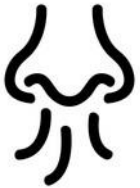
Para captar cómo es el examen del paciente nos valemos de la información que podemos lograr a través de nuestros sentidos: la vista, el tacto, el oído, el gusto e incluso el olfato.











Examen físico

Valiéndose de **pequeños aparatos** llevados consigo mismo.

FISIOTERAPEUTA





MEDICOS Y ENFERMEROS





Examen físico

Las cuatro técnicas básicas de la exploración clínica son:

INSPECCIÓN

PALPACIÓN

PERCUSIÓN

AUSCULTACIÓN

Pruebas complementarias nos permite efectuar distintos exámenes (de sangre, endoscopías, radiografías, biopsias, etc.)

El examen físico aporta un información valiosa, en el momento mismo, sin mayores costos.

INSPECCIÓN

INSPECCIÓN INDIRECTA

1- El examen físico comienza desde el momento que vemos al paciente por primera vez. (cómo se desenvuelve, cómo se comunica).

2- Observar la marcha del paciente cuando entra en la consulta

3- Desviaciones sagitales y axiales de tronco y miembros inferiores

4- Como expresa un movimiento

INSPECCIÓN

INSPECCIÓN DIRECTA

CARACTERISTICAS

1-Es imprescindible una iluminación adecuada preferentemente la natural.

2-Lugar tranquilo, limpio y bien aireado.

3-Temperatura de la sala.

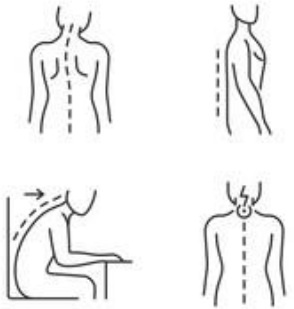
4-Uso de toallas o paños de tela. (intimidad y comodidad)

INSPECCIÓN

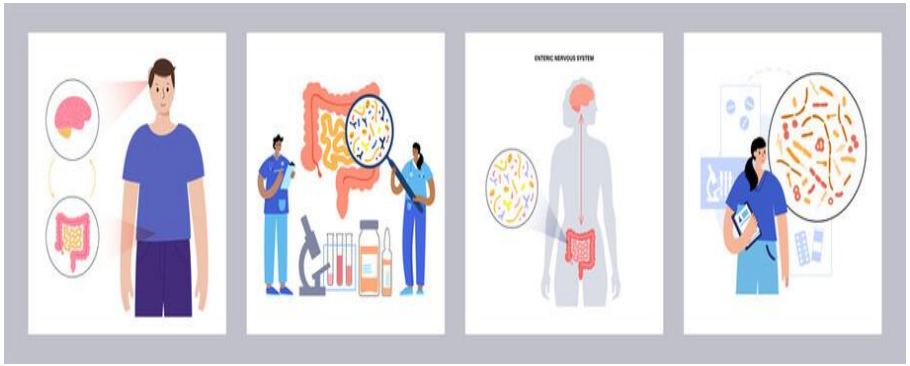
INSPECCIÓN DIRECTA

El examinado se colocará de pie, sentado o acostado, de acuerdo con lo que queremos examinar y con las limitantes físicas.

OBSERVAR LA ESTRUCTURA



OBSERVAR LA FUNCIÓN



INSPECCIÓN

INSPECCIÓN DIRECTA

COORDINACIÓN OCULOMANUAL

Educar las manos

Educar la vista

Cual es ojo dominante del terapeuta

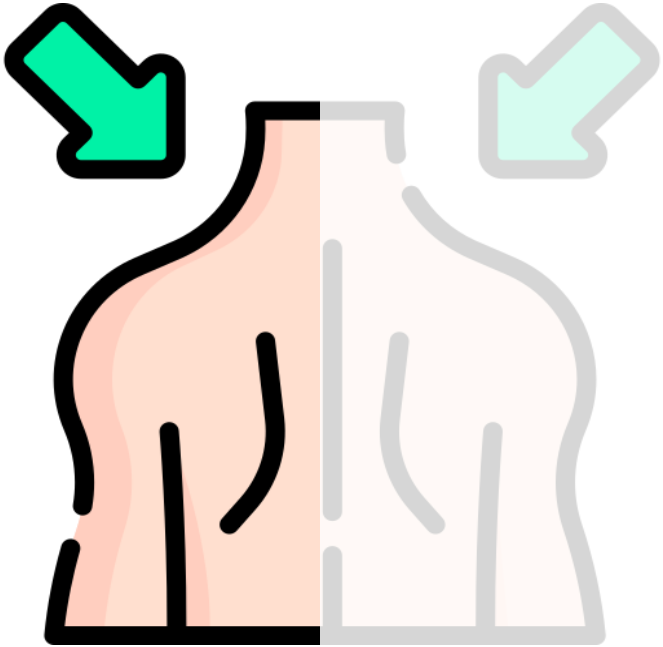
Las manos y los ojos deberán colocarse en el mismo plano

INSPECCIÓN

En su ejecución deben observarse las siguientes invariantes:

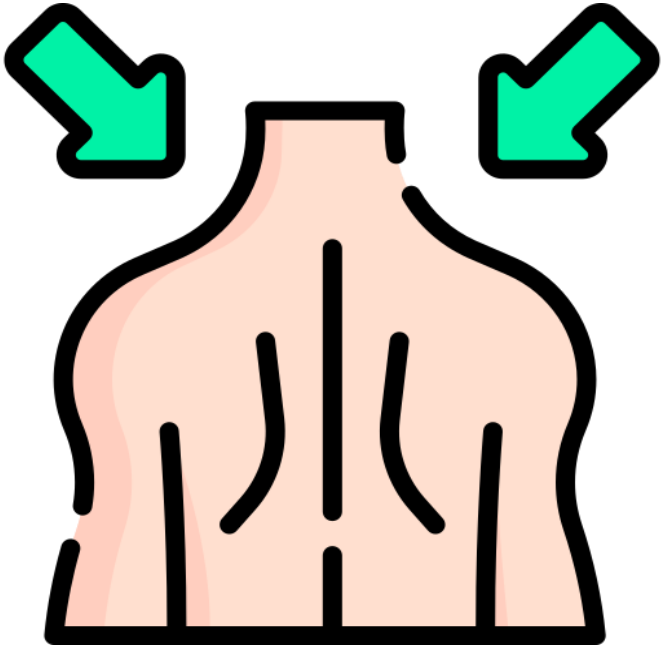
- **ASPECTO O/Y SIMETRIA**
- **FORMA**
- **TAMAÑO**
- **COLOR**
- **MOVILIDAD**

INSPECCIÓN



NO LIMITAR LA OBSERVACIÓN A LA ZONA CONSIDERADA.

INSPECCIÓN



COMPARAR SIEMPRE CON EL CONTRALATERAL SANO.

INSPECCIÓN

ASPECTOS A DESTACAR EN EL PROCESO DE INSPECCIÓN

PILOSIDAD

- **> EN HOMBRES QUE EN MUJERES**
- **DIFICULTAD A LA HORA DE REALIZAR LA OBSERVACIÓN**
- **ALTERACIÓN LOCALIZADA DE LA PILOSIDAD**

VOLUMEN DEL MIEMBRO

- **EDEMAS, INFLAMACIONES LOCALES ETC...**

ASPECTO DE LA PIEL

- **FINA O GRUESA**
  - **DESCAMACIÓN TRAS INMOVILIZACIÓN**
  - **PIEL DE NARANJA, ARRUGAS, ESTRÍAS ETC...**

INSPECCIÓN

SECRECIONES EN LA PIEL

- LIGADA A LA ACTIVIDAD DE LAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS
  - ASPECTOS: SECO, GRASIENTO, CHORREANTE, RELUCIENTE

HERIDAS, ÚLCERAS, CICATRICES

- DEFINIR ASPECTO, COLOR, FORMA Y VOLUMEN
- ASPECTO BROTADO: INDICA CICATRIZACIÓN

PLIEGUES DE FLEXIÓN

- REPRESENTAN ZONAS SOMETIDAS A CONSTANTES FUERZAS DE ELONGACIÓN SIEMPRE EN EL MISMO SENTIDO

LUNARES, QUISTES SEBÁCEOS

INSPECCIÓN

COLORACIÓN DE LA PIEL

MALA CIRCULACIÓN: ASPECTO BLANQUECINO PARDO, MARMÓREO

HIPERVASCULARIZACIÓN: COLORACIÓN ROJIZA

COLOR VIOLÁCEO: MAL RETORNO VENOSO

COLOR NEGRO: ZONA DE NECROSIS

COLOR NO HOMOGÉNEO CON TRAYECTORIAS AZULADAS: VENAS

TUMEFACCIONES: ROJO VIOLÁCEO.

QUERATOSIS: ZONAS MARRÓN OSCURO: EXCESO DE SOLICITACIÓN

PALPACIÓN

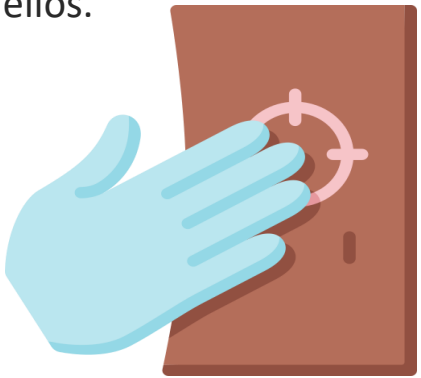
Ya Susruta, médico hindú del siglo V, palpaba rutinariamente el pulso, pero fue **Francisco Hipólito Albertini (1726),** quien sistemáticamente la practicó para el diagnóstico de las enfermedades del pecho.

La palpación es la **apreciación manual** de la sensibilidad, la temperatura, la consistencia, la forma, el tamaño, la situación y los movimientos de la región explorada

PALPACIÓN

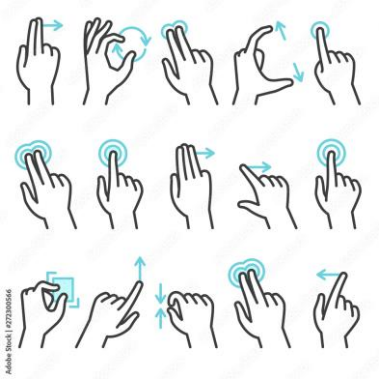
Palpación

Cuando esta apreciación se realiza en los tegumentos o a través de ellos.



Tacto

Cuando esta apreciación se realiza introduciendo uno o más dedos y aún las manos por las vías naturales (boca, nariz etc..)



PALPACIÓN

Palpación

La palpación de los tegumentos se realiza con la **mano desnuda**, salvo posibilidades de contaminación.



Tacto

El tacto se realiza con la mano protegida, ya sea con dedos o guantes de goma lubricados para facilitar la penetración.



PALPACIÓN

- CONOCIMIENTO ANATÓMICO PRECISO

- VISIÓN ESPACIAL

PALPACIÓN OBJETIVA Y PALPACIÓN SUBJETIVA

NO ES SÓLO LA LOCALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA

TAMBIÉN LA SENSACIÓN QUE ESTA GENERA

PALPACIÓN

HABILIDAD DE DETECTAR ANORMALIDADES **EN LA TEXTURA** DE LOS TEJIDOS

HABILIDAD PARA **DETECTAR ASIMETRÍAS** EN LA POSICIÓN, TANTO VISUALES COMO MANUALES

HABILIDADES PARA DIFERENCIAR **MOVIMIENTOS EN TODA SU AMPLITUD, CALIDAD DE MOVIMIENTO Y LA SENSACIÓN DE FINAL DE MOVIMIENTO**

DETECTAR CAMBIOS EN LOS HALLAZGOS PALPATORIOS EN EL TIEMPO, TANTO HACIA LA MEJORÍA COMO HACIA EL EMPEORAMIENTO

PALPACIÓN

EL DORSO DE LA MANO

ES MÁS SENSIBLE A VARIACIONES DE Tª

LAS YEMAS DE LOS DEDOS

DISCRIMINACIÓN FINA

DIFERENCIAS DE TEXTURA

PALPACIÓN

- RECEPCIÓN

  PROPIOCEPTORES Y MECANORECEPTORES

  RECEPCIÓN DEL ESTÍMULO

- TRANSMISIÓN

  SNP & SNC

- INTERPRETACIÓN

PALPACIÓN

CONTACTO SUAVE

PRESIÓN MUY LIGERA

EVALUAR **CAMBIOS TISULARES** TANTO ACTIVA COMO PASIVAMENTE

CONTACTO PROFUNDO

PRESIÓN ADICIONAL PARA TESTAR CAPAS MÁS PROFUNDAS DE TEJIDO

COMPRESIÓN: **PALPACIÓN A TRAVÉS** DE DIFERENTES CAPAS DE TEJIDO

CIZALLAMIENTO: **MOVIMIENTOS ENTRE** DIFERENTES CAPAS DE TEJIDO

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

1. Chillón Martínez R. La fisioterapia en España: 1957-2007. Estudio histórico comparativo desde el enfoque ciencia, tecnología y sociedad. 2008.

2. González MLC. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología).2010; 2(1).

3. Arnall DA, Cebrià MA, CallejaC. El largo camino: recorrido de la fisioterapia hacia la práctica independiente. Fisioterapia. 2010; 32(4): 183-189.

4. Chillón Martínez R, Rebollo Roldán J, Suárez Serrano, C, Meroño Gallut J. Contribución y rol de las mujeres para la conformación de la fisioterapia española (1957-2009). In *Investigación y género, avance en las distintas áreas de conocimiento: I Congreso Universitario Andaluz Investigación y Género,[libro de actas]. Sevilla: Universidad de* Sevilla. 2009; *281-298.*.

5. González Dóniz, M.L. Pardo Carballido, C. Fisioterapia en el sistema público de salud : hacia un nuevo modelo; *Fisioterapia : revista de salud, discapacidad y terapéutica física* 1992 ; 14(2) : 64-75

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

6. Mateu sanz M, Bernal Navarro E, Faus Cuñat V. La fisioterapia actual en España: Estudio Comparativo con Europa.

7. Meroño Gallut AJ, Rebollo Catalán A, García Pérez R, Desarrollo científico de la fisioterapia en España; estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006): Tesis doctoral, 2010.

8. Raquel Chillón Martínez: Estudio histórico sobre la conformación de la Fisioterapia Española en la segunda mitad del siglo XX a través de los acontecimientos más relevantes. Cuestiones de fisioterapia, revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia, ISSN 1135-8599, Vol. 38, Nº. 2, 2009 , págs. 101-11

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

UCAM

Tema 30

Planificación de objetivos terapéuticos, plan de actuación terapéutico, alta del servicio

Fundamentos de la fisioterapia

material adaptado

por

Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia



UCAM

FORMULACIÓN DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

En esta etapa se **diseña un plan de acción con el fin de reducir o eliminar** los problemas detectados de una forma

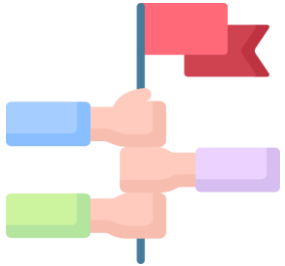
ORGANIZADA **INDIVIDUALIZADA**

Durante esta etapa de formulación de fijan

PRIORIDADES **OBJETIVOS** **ACCIONES**







PRIORIDADES

Se determinan aquellos problemas que requieren una acción inmediata.

Criterios para priorizar:

Aquellos problemas que dificulten o impidan las habilidades de la vida diaria.

Aquellos problemas que dificulten o impidan la realización de trabajo o las actividades de educación

Aquellos que dificulten o impidan las actividades del ocio

OBJETIVOS

Es un paso básico para cualquier plan o estrategia terapéutica.

La mayoría de las personas trabajan para llegar a **las metas que se han fijado**



UCAM

OBJETIVOS

Cinco elementos básicos:

- La designación de la persona que va a realizar la acción
- La acción especifica que hay que realizar
- El nivel que se debe de conseguir
- El tiempo que se prevé se necesita para completar la acción
- El método que se va a utilizar para valorar el progreso

OBJETIVOS

Recomendaciones

Los objetivos deben ser realistas

Los objetivos deben ser los pilares del programa de fisioterapia (el éxito se medirá en relación con la consecución de los objetivos)

Los objetivos dirigen las actuaciones
(es necesario saber que se pretende para saber que hacer)

Los objetivos son factores de motivación

UCAM

OBJETIVOS

Recomendaciones

Estar centrados en el paciente

Ser descritos en términos de logros del paciente
(el paciente en una semana será capaz de trasladarse de la cama a la silla)

Ser enunciados con precisión
(La acción concreta que hay que realizar debe ser precisa, generalizar no es suficiente)

Dirigirse a obtener un restablecimiento óptimo según las necesidades del paciente y no un restablecimiento máximo

UCAM

OBJETIVOS

Recomendaciones

Incluir el tiempo estimado que se considera razonable para poder alcanzarlo

Marcar un objetivo por cada problema identificado

UCAM

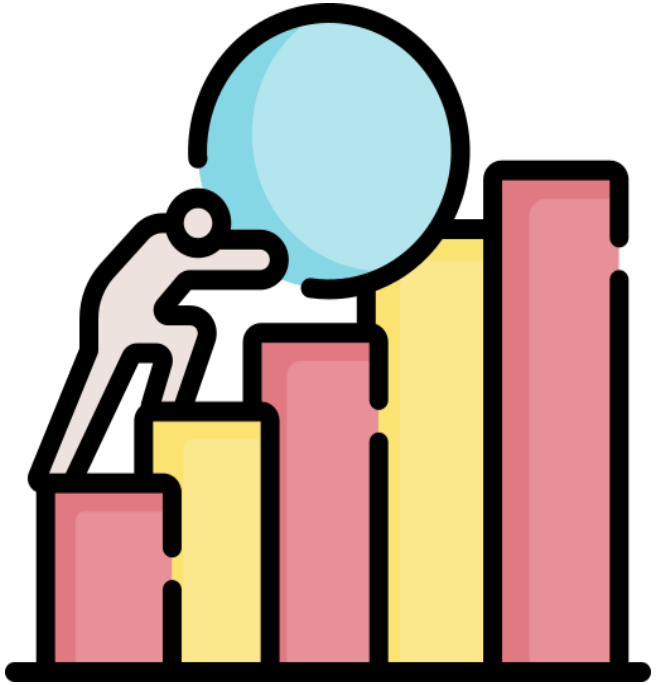
OBJETIVOS

Clasificación

Objetivos a corto plazo. Son las distintas fases en las que se divide un objetivo.

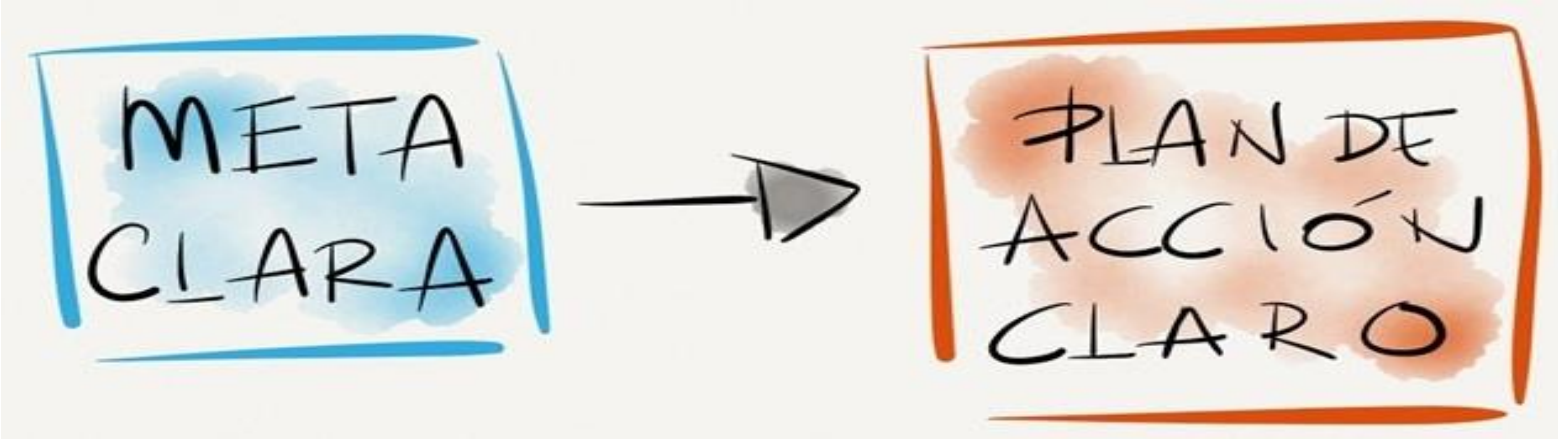
Objetivos a largo plazo. Es la suma de los objetivos a corto plazo.

Objetivo General. Es el objetivo que se fija para dar el alta al paciente. En fisioterapia, suele coincidir con el objetivo a largo plazo.



ACCIONES

Las técnicas y los métodos que el profesional fisioterapeuta utiliza para ayudar a la persona a conseguir el restablecimiento de su salud y solucionar aquellos problemas detectados en la etapa del diagnóstico de fisioterapia.



APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

Es la etapa en la que **se pone en práctica** todo lo que se ha diseñado en la formulación del programa.

Se realiza la recogida continua de los datos que proporcionaran la información necesaria para tomar decisiones sobre si el plan prescrito es el apropiado.

Se modificarán o adaptaran las actividades las actividades dependiendo de esta valoración sobre el plan.

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

Durante esta etapa se realizaran las **siguientes actividades**:

1.Ejecución de las técnicas y métodos propios de la fisioterapia

2.Recogida continua de datos en relación con las reacciones por la aplicación de las técnicas, lo que se conoce como “evolución”

3.Toma de decisiones sobre si el programa esta siendo el apropiado.

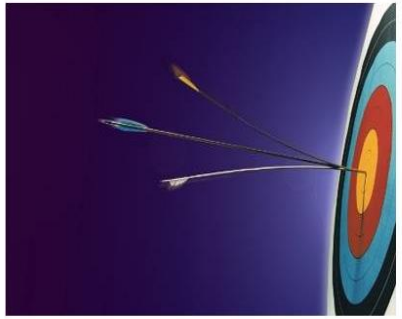
4. Adaptación y modificación de las técnicas y métodos, si es necesario.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

EVALUACIÓN

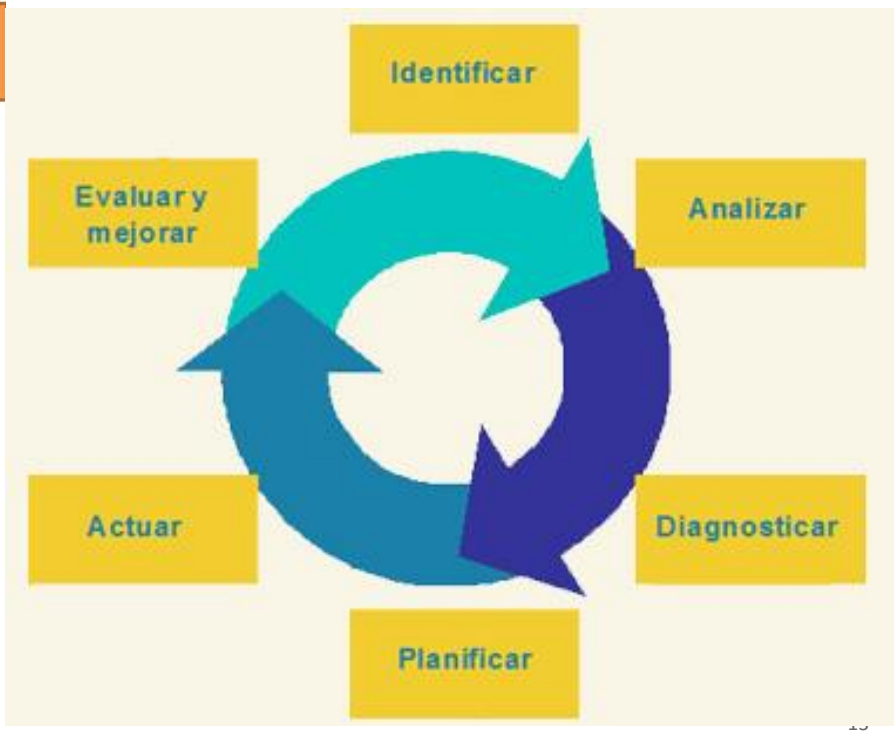
Es el momento de comprobar si el programa de fisioterapia ha sido efectivo.

Objetivo conseguido



Objetivo fracasado





EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN

Los criterios que se establecen son **los mismos que los objetivos** que se diseñan en la planificación del programa, y mediante la evaluación del programa se debe decidir hasta que punto se han alcanzado.

EVALUACIÓN DE LOGRO DE LOS OBJETIVOS

Comienza por volver a valorar al paciente y comprobar los cambios que se han producido con respecto a la primera recogida de datos.

Comparando datos, se pueden ver los cambios producidos.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES QUE AFECTAN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.

Realizarse un examen de todas las etapas anteriores.



¿Se han cometido fallos?

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

1. Chillón Martínez R. La fisioterapia en España: 1957-2007. Estudio histórico comparativo desde el enfoque ciencia, tecnología y sociedad. 2008.

2. González MLC. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología).2010; 2(1).

3. Arnall DA, Cebrià MA, CallejaC. El largo camino: recorrido de la fisioterapia hacia la práctica independiente. Fisioterapia. 2010; 32(4): 183-189.

4. Chillón Martínez R, Rebollo Roldán J, Suárez Serrano, C, Meroño Gallut J. Contribución y rol de las mujeres para la conformación de la fisioterapia española (1957-2009). In *Investigación y género, avance en las distintas áreas de conocimiento: I Congreso Universitario Andaluz Investigación y Género,[libro de actas]. Sevilla: Universidad de* Sevilla. 2009; *281-298.*.

5. González Dóniz, M.L. Pardo Carballido, C.Fisioterapia en el sistema público de salud : hacia un nuevo modelo; *Fisioterapia : revista de salud, discapacidad y terapéutica física* 1992 ; 14(2) : 64-75

6. Mateu sanz M, Bernal Navarro E, Faus Cuñat V. La fisioterapia actual en España: Estudio Comparativo con Europa.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

6. Mateu sanz M, Bernal Navarro E, Faus Cuñat V. La fisioterapia actual en España: Estudio Comparativo con Europa.

7. Meroño Gallut AJ, Rebollo Catalán A, García Pérez R, Desarrollo científico de la fisioterapia en España; estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006): Tesis doctoral, 2010.

8. Raquel Chillón Martínez: Estudio histórico sobre la conformación de la Fisioterapia Española en la segunda mitad del siglo XX a través de los acontecimientos más relevantes. Cuestiones de fisioterapia, revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia, ISSN 1135-8599, Vol. 38, Nº. 2, 2009 , págs. 101-11

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

UCAM

Tema 31-32

Gestión del diagnóstico en fisioterapia I

Fundamentos de la fisioterapia

material adaptado

por

Jasemin Todri

Grado en Fisioterapia



Diagnóstico en Fisioterapia



Ha sido motivo de diversos debates en los últimos años para conseguir el reconocimiento de la facultad de emisión, y por lo tanto, equipararse en esa competencia a otras Ciencias de la Salud.



La palabra diagnóstico proviene del griego y significa **“distinguir”.**

Etimológicamente se compone de ***“dia”*** que significa ***“a través de, por”*** y de ***gignistiken*** que quiere decir ***“conocer”.***

DEFINICIÓN

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Fisioterapeutas: corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de **tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación** de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.

Organización Mundial de la Salud que en 1958 define a la Fisioterapia como “el arte y la ciencia del **tratamiento** por medio del ejercicio terapéutico , calor, frío ,luz, agua, masaje y electricidad”.

DIAGNÓSTICO MEDICO

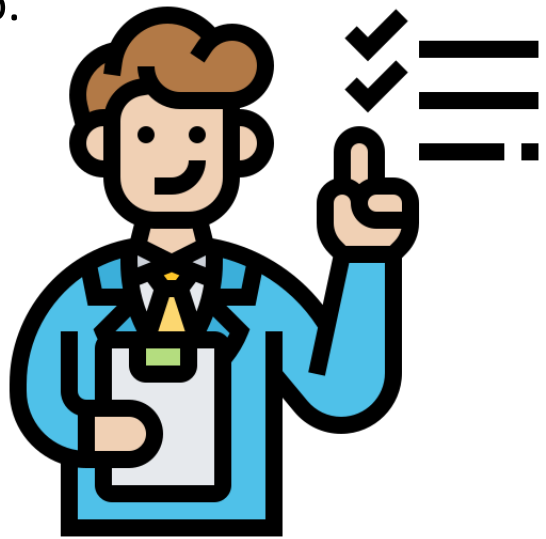
PRESCRIPCIÓN MEDICA

Según Sarhrman 1988

Primera definición del diagnóstico fisioterápico

Diagnóstico de fisioterapia es la expresión que se asigna a las **disfunciones esenciales** que son objeto de tratamiento fisioterápico.

El fisioterapeuta **identifica las disfunciones a partir de la historia de la enfermedad**, signos, síntomas y test de evaluación que el mismo ejecuta o solicita.



Según AFREK

Asociación Francesa para la investigación y la evaluación en fisioterapia

El diagnóstico fisioterápico **es un proceso de análisis de las deficiencias y discapacidades observadas y/o estudiadas**. Es un proceso de evaluación del pronóstico funcional cuyas deducciones **permiten**:

Establecer un **programa** de tratamiento en función de las necesidades observadas.

Escoger la **actuación** de fisioterapia que se va a realizar.

Fisioterapeutas holandeses

El diagnóstico es el juicio profesional de un fisioterapeuta sobre **el estado de salud de un enfermo**, partiendo de la **observación** del proceso patológico subyacente y de elementos anexos constituidos por **datos aportados** con la llegada del paciente, el historial de su enfermedad, los datos que se deducen del **examen médico y demás elementos médicos y psicosociales.**



Fisioterapeutas holandeses

Rechazamos esta última definición ya que un gran número de usuarios de la fisioterapia **no son "enfermos"** y la función del fisioterapeuta **no es la de precisar un "estado de salud".**

Ni las personas operadas de rodilla ni las que sufren lumbalgias son portadoras de una enfermedad.

Son individuos con una salud normal, pero lesionados que tropiezan con una seria de dificultades en la ejecución de los movimientos habituales.

El médico recoge **parámetros abstractos**. Se ocupa en primer lugar de los **trastornos biológicos** y realiza un diagnostico que es una descripción de los problemas del paciente, algunos de los cuales no son competencia de la fisioterapia.

El fisioterapeuta investiga **parámetros visibles y concretos de la actividad funcional** y que en general se pueden medir.

Diagnóstico médico: Acto de conocer la naturaleza de una **enfermedad** mediante la observación de sus síntomas y signos.

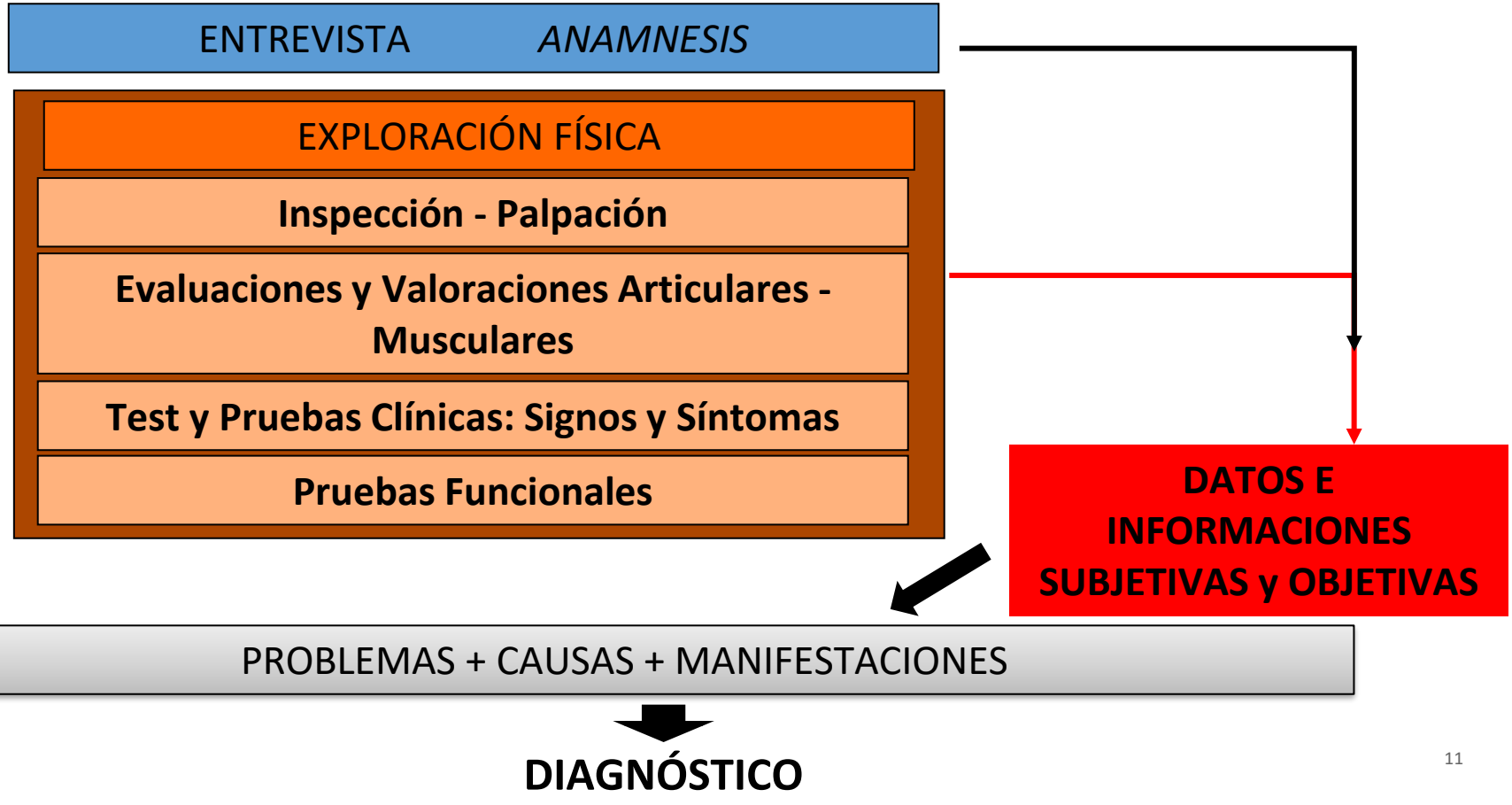
Diagnóstico fisioterápico: Proceso de análisis de **las deficiencias y discapacidades** observadas y/o estudiadas., cuyas deducciones permiten: **establecer un programa de tratamiento** en función de las necesidades observadas, y escoger el modelo terapéutico apropiado a realizar.

CRITERIOS GENERALES DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA

MÉDICO	FISIOTERAPEUTA
Proceso de selección de enfermedades con el fin de orientar hacia el tratamiento más conveniente	Se sitúa en otro terreno paralelo y complementario, el de la identificación del movimiento patológico.
Aclara la situación, investiga y denomina la patología	Objetivado, concreto, cuantificado, con el objetivo de poder evaluar el estado y la evolución del paciente y construir el programa de intervención adecuado






ENTREVISTA *ANAMNESIS*
EXPLORACIÓN FÍSICA
Inspección - Palpación
Evaluaciones y Valoraciones Articulares - Musculares
Test y Pruebas Clínicas: Signos y Síntomas
Pruebas Funcionales
DATOS E INFORMACIONES SUBJETIVAS y OBJETIVAS
PROBLEMAS + CAUSAS + MANIFESTACIONES
DIAGNÓSTICO

PROBLEMAS + CAUSAS + MANIFESTACIONES

DIAGNÓSTICO

MANIFESTACIONES

Aquello que se puede **observar, apreciar, sentir o valorar**.

Puede tratarse de **signos y síntomas**.

SÍNTOMAS (Lo que siente la persona)	SIGNOS (Los cambios que el médico percibe)
Dolor y ardor de piernas	Várices (en todos sus grados): "arañitas", reticulares, tronculares (várices grandes)
Pesadez en piernas	Cambios de coloración de la piel
Calambres nocturnos	Úlcera venosa
Edema (hinchazón) en pies y tobillos que vería durante el día, más intenso por las tardes	Lipodermatosclerosis
Cansancio	Edema

MANIFESTACIONES. Signos

Manifestaciones objetivas, medibles ante la presencia de un problema: atrofia muscular, cifosis, escoliosis, limitación para subir escaleras, limitación para peinarse, limitación de la movilidad articular





MANIFESTACIONES. Sintomas

Manifestaciones subjetivas ante el problema, pueden se expresadas por la persona de forma verbal o no verbal a través de la conducta: angustia, tristeza, desgana, irritabilidad, lamento, dolor, etc…





El diagnóstico de Fisioterapia

El diagnóstico de Fisioterapia es complejo, y debe ser muy reflexionado y sistemático. Pesan en el proceso del diagnóstico las **mediciones efectuadas y los signos**, también aunque en menor medida los síntomas, ya que son más subjetivos y menos mensurables. Todo lo anterior, junto a los conocimientos modulados por la experiencia, nos hacen identificar el problema y **elaborar unas metas y unos actos** de fisioterapia a desarrollar.

El diagnóstico de Fisioterapia

Para que un diagnóstico de Fisioterapia sea correcto, debe cumplir:

Realizar una entrevista en la que se recojan las opiniones del paciente

Aplicar de forma pertinente tests validados

Medir las deficiencias y las discapacidades y listarlas

Listar los objetivos

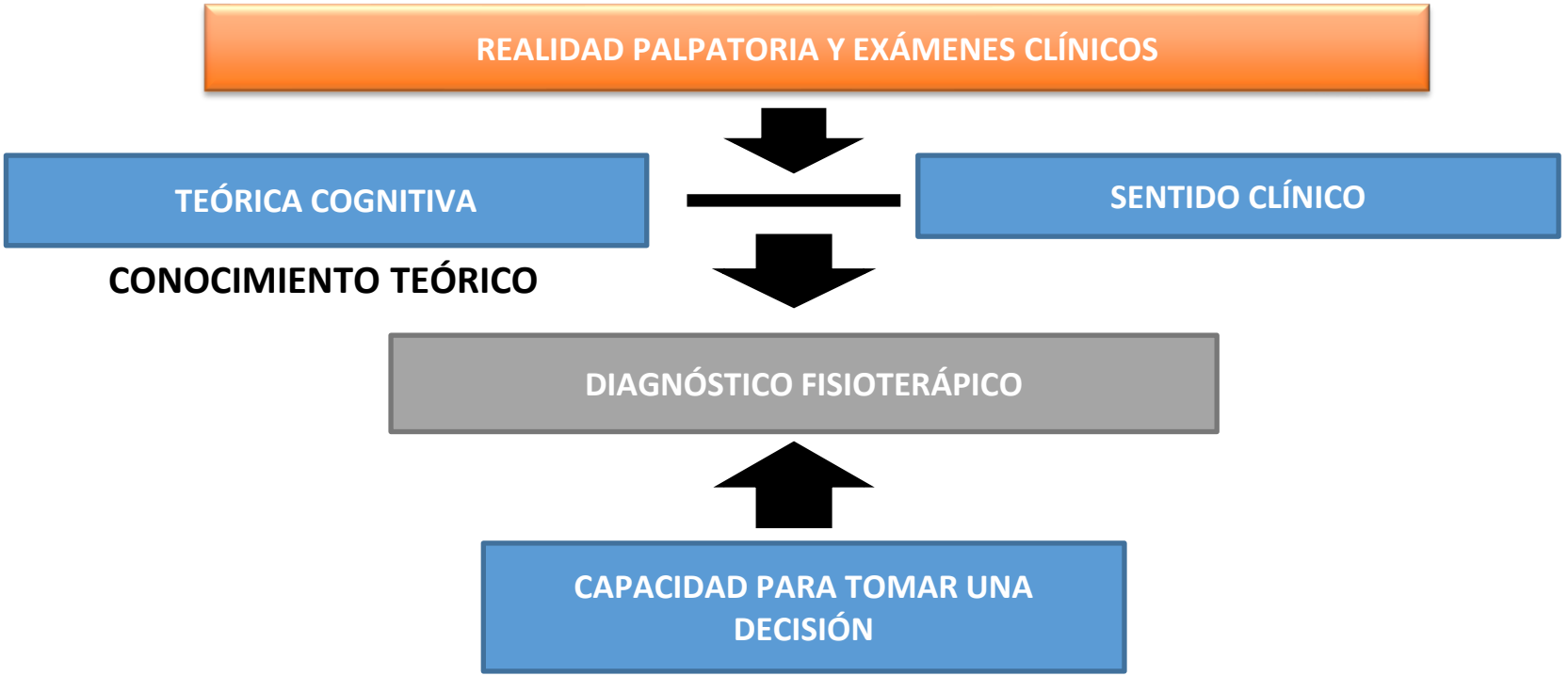
Escoger los actos de fisioterapia más adecuados

Establecer unos criterios de finalización del tratamiento

Los problemas cuya identificación y tratamiento son responsabilidad de la fisioterapia son los que están relacionados con los deterioros que provocan alteraciones en el movimiento normal y que generan limitaciones funcionales, discapacidades y handicaps

UCAM

COMPONENTES DEL DIAGNÓSTICO FISIOTERÁPICO



Conocimientos anteriores, experiencias sobre el terreno, sentido de la realidad y capacidad de elección.

El discurso que desde hace años se mantiene acerca del funcionamiento de la actividad profesional del fisioterapeuta en el SNS viene contemplado (o precedido) por la "lucha de intereses" mantenida por los médicos con formación en rehabilitación cuyo "referente histórico", que ha primado **por el peso de la profesión médica**, se ha basado en el también peso **de la denominada 'costumbre' o lo que es lo mismo, "lo que siempre se ha hecho".**

Es evidente que una **Fisioterapia sostenible es aquella desprovista de restricciones** injustificadas que obstaculizan el desarrollo profesional, que camina con paso firme a desarrollar su marco normativo, basado en los principios de los avances que la Fisioterapia ha ido alcanzando a lo largo de los últimos cuarenta años en el plano jurídico, profesional, social y competencial, que aleja a nuestra disciplina de conservadurismos basados en la 'costumbre', con unas cargas administrativas y un deterioro de la imagen profesional, que nos traslada a **un plano profesional muy por debajo de nuestra categoría y nivel académico, convirtiéndonos en meros ejecutores de los criterios de otros profesionales de la salud.**

También **es "sostenible" cuando se ejerce la profesión sin obstáculos**, basada en un trabajo en equipo que rechace el caducado sistema de la relación basado en la dualidad médico-fisioterapeuta, haciéndose necesario romper este círculo e integrar a los fisioterapeutas en todos los servicios médicos donde los pacientes demanden fisioterapia, manteniendo contacto directo con los clínicos que diagnostican la enfermedad y pactar procedimientos y objetivos directos. Pero también es "sostenible" poder tomar decisiones a la hora de compartir el alta y la agenda de control de nuestros pacientes que permita estructurar la organización asistencial.

La Sentencia establece que no ha de confundirse el diagnóstico de las enfermedades con la valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia" que es "la competencia que ha de adquirirse en esta última titulación sanitaria". **La Audiencia subraya que el término "diagnóstico" no está reservado al ámbito médico y entiende que "se utilice fuera de la medicina".**

Por tanto, la sentencia considera que **no se invade "la función de diagnóstico reservada a los médicos" por "la adquisición de competencias en los estudios de fisioterapia tendentes a 'proporcionar una atención de fisioterapia eficaz, otorgando una asistencia integral a los pacientes', ni a 'llevar a cabo las intervenciones fisioterapéuticas basándose en la atención integral de la salud'".**

En definitiva, concluye la sentencia, "al no contemplarse el diagnóstico médico entre las competencias que los estudiantes de fisioterapia deben adquirir", "caen por su base las denunciadas vulneraciones" efectuadas por la OMS.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

1. Chillón Martínez R. La fisioterapia en España: 1957-2007. Estudio histórico comparativo desde el enfoque ciencia, tecnología y sociedad. 2008.

2. González MLC. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología).2010; 2(1).

3. Arnall DA, Cebrià MA, CallejaC. El largo camino: recorrido de la fisioterapia hacia la práctica independiente. Fisioterapia. 2010; 32(4): 183-189.

4. Chillón Martínez R, Rebollo Roldán J, Suárez Serrano, C, Meroño Gallut J. Contribución y rol de las mujeres para la conformación de la fisioterapia española (1957-2009). In *Investigación y género, avance en las distintas áreas de conocimiento: I Congreso Universitario Andaluz Investigación y Género,[libro de actas]. Sevilla: Universidad de* Sevilla. 2009; *281-298.*.

5. González Dóniz, M.L. Pardo Carballido, C.Fisioterapia en el sistema público de salud : hacia un nuevo modelo; *Fisioterapia : revista de salud, discapacidad y terapéutica física* 1992 ; 14(2) : 64-75

6. Mateu sanz M, Bernal Navarro E, Faus Cuñat V. La fisioterapia actual en España: Estudio Comparativo con Europa.

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

6. Mateu sanz M, Bernal Navarro E, Faus Cuñat V. La fisioterapia actual en España: Estudio Comparativo con Europa.

7. Meroño Gallut AJ, Rebollo Catalán A, García Pérez R, Desarrollo científico de la fisioterapia en España; estudio de los artículos publicados en la revista Fisioterapia (1979-2006): Tesis doctoral, 2010.

8. Raquel Chillón Martínez: Estudio histórico sobre la conformación de la Fisioterapia Española en la segunda mitad del siglo XX a través de los acontecimientos más relevantes. Cuestiones de fisioterapia, revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia, ISSN 1135-8599, Vol. 38, Nº. 2, 2009 , págs. 101-11

material adaptado por Jasemin Todri

jtodri@ucam.edu

UCAM Universidad Católica de Murcia



© UCAM

Tema 34. Educación del paciente II



Contenido preparado de Profª. Jasemin Todri
jtodri@ucam.edu

Educación del paciente

El concepto de educación del paciente se ha ido transformando para el:

- **Derecho del paciente a la información.**
- **Atención a las preferencias, al punto de vista del paciente.**
- **Participación del paciente en las decisiones que le conciernen en la reorganización de servicios, en la definición de prioridades de investigación.**
- **Fortalecimiento del poder de decisión de paciente-ciudadano en varios niveles.**
- **Atención centrada en el paciente.**



EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

- “El empoderamiento, es un proceso educativo diseñado para ayudar a los pacientes a desarrollar los conocimientos, las habilidades, actitudes y grado de auto-conciencia necesaria para asumir efectivamente la responsabilidad de sus decisiones relacionadas con la salud, siendo un elemento clave de la educación para la salud.

- Para tener la capacidad de ejercer un mayor control sobre su salud, el paciente necesita disponer de la información, el conocimiento y la comprensión de dicha información. Esto le da confianza y la voluntad de afirmar el control.



EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

- La enseñanza en salud también incluye la comprensión correcta en relación a la salud y el sistema de salud, y permite a los pacientes a comprender y actuar en su propio interés. (Kickbusch, 2004)

- La Educación Terapéutica (ET) tienen como objetivo común la modificación de conocimientos, actitudes, comportamientos de salud a través del empoderamiento de las personas sobre su proceso salud/enfermedad.



EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

- Se ha definido como “El conjunto de actividades e intervenciones gestionadas por profesionales del cuidado de la salud, cuya misión es capacitar a la persona afectada, a su familia, entorno y relación con el medio en la gestión autónoma de la enfermedad y en la prevención de las complicaciones evitables, manteniendo y/o mejorando la calidad de vida”.



- La educación terapéutica debe ser una negociación permanente entre los objetivos terapéuticos y las necesidades del paciente, teniendo éste un papel proactivo, participativo en todos y cada uno de los pasos de la planificación de la educación terapéutica. Se realiza a dos niveles que se complementan y tienen la misma importancia: individual y grupal.

EDUCACIÓN RIABILITATIVA

- La educación al paciente y a su familia ayuda a los pacientes a participar mejor de su cuidado así como a participar en las decisiones que se tomen sobre su atención.

- El fisioterapeuta como el equipo medico, debe anticiparse a sus requerimientos al igual que coordinar actividades educativas centradas en las necesidades básicas del paciente para la prevención de complicaciones durante su estancia en el hospital, clínica y posteriormente en su hogar, facilitándole su adaptación al medio ambiente y a la vida familiar.



EDUCACIÓN del PACIENTE

El concepto de educación del paciente busca:

- Identificar signos tempranos de alarma para el paciente e inicio oportuno de un proceso de educación al paciente y su familia, acorde con sus necesidades individuales, garantizando su participación activa en el proceso de recuperación y rehabilitación.



EDUCACIÓN del PACIENTE

• Estimular su participación en las decisiones que se tomen sobre su cuidado, estableciendo un registro estandarizado en la historia clínica que incluye estrategias de seguimiento y evaluación del aprendizaje desde su ingreso hasta el egreso, teniendo como base fundamental el estándar asistencial del paciente: valoración, diagnóstico, tratamiento, adherencia al tratamiento, egreso y seguimiento posterior.



EDUCACIÓN del PACIENTE

• Realizar planes educativos individualizados a través de toda la organización, y durante la hospitalización del paciente y su familia con seguimientos estandarizados que garanticen la participación del paciente y su familia en el cuidado y recuperación de la salud.

• Articular el programa con los estándares de educación al paciente y su familia y la implementación de metas de mejora continua en estructura, procesos y resultados.

• Motivar la participación de los profesionales de la salud encargados del cuidado de pacientes en la educación al paciente.

EDUCACIÓN del PACIENTE

Transmisión de información

- la **mejor forma de transmitir la información -** el medio.
- la clave principal está en la **interacción directa con el paciente.**

La educación en el dolor

Paradigma biopsicosocial

- La información que hay que darle al paciente no es información sobre la estructura lesionada y los mecanismos de lesión, sino información sobre la **neurociencia del dolor desde un punto de vista biopsicosocial.**



Transmisión de tranquilidad y autocuidado

EDUCACIÓN del PACIENTE

Mediante la educación pretendemos:

a)aumentar los conocimientos del enfermo;

b) instruirlo para la correcta utilización de los procedimientos terapéuticos;

c) responsabilizarlo en el manejo de su enfermedad,

d) modificar sus hábitos de vida (conducta) para una mejor adaptación al tratamiento.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Desarrollo del proceso educativo

El programa educativo debe adaptarse a las características del paciente y desarrollarse de forma sistemática en un orden determinado :

a) valoración del paciente;
b) determinación del contenido educativo;
c) establecimiento de objetivos;
d) métodos de enseñanza;
e) evaluación y seguimiento.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Determinación del contenido educativo

El tiempo limitado y el esfuerzo que representa modificar los hábitos de vida hacen necesario determinar prioridades. Las áreas que se consideran de interés en la educación del paciente son:

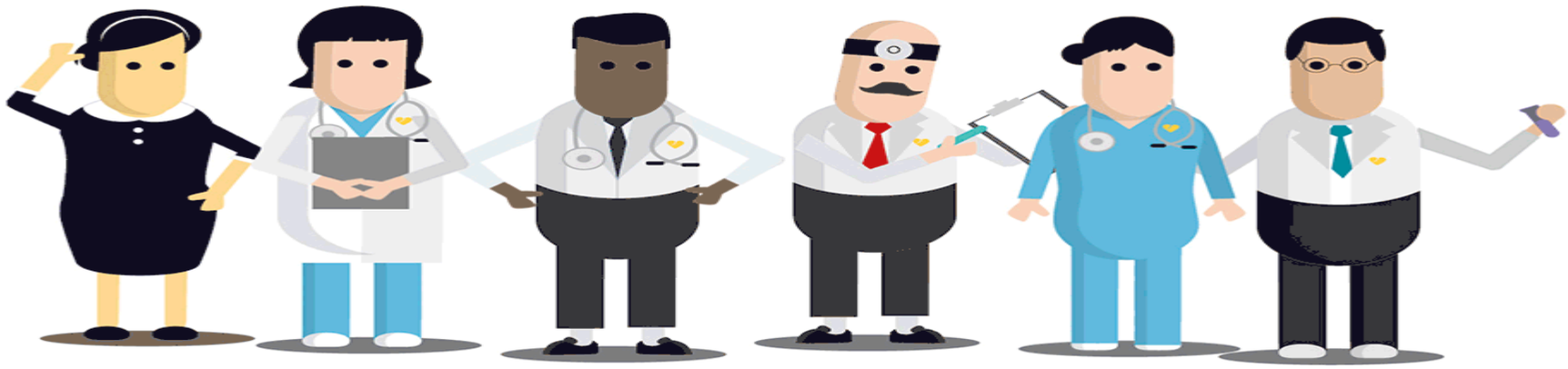
- Anatomía y fisiología.
- Medicamentos: descripción, mecanismo de acción, técnicas de administración y normas para mejorar el cumplimiento.
- Equipos de terapia rehabilitadora: uso, limpieza y conservación.
- Técnicas de terapia física.
- Ejercicio físico.
- Técnicas de conservación de energía.
- Técnicas de relajación y de reducción del estrés.
- Aspectos emocionales. Sexualidad.
- Nutrición.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Establecimiento de objetivos

- Los objetivos de aprendizaje son aquellos conocimientos y conductas que se espera que adquiera el paciente que entra en un programa de educación.
- Al fijar objetivos es necesario que expresen con claridad lo que el paciente debe aprender, no lo que el educador tiene que enseñar.
-Es conveniente establecer por escrito los objetivos a alcanzar y el tiempo necesario para conseguirlos.
- Debe determinarse con claridad el nivel de destreza exigido y esperar un solo resultado para cada objetivo.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Métodos de enseñanza

-Aunque se imparten conocimientos de manera formal, la educación se desarrolla continuamente mientras el paciente está en contacto con los miembros del equipo del programa de rehabilitación. Esto obliga a "predicar con el ejemplo".

-Todos los miembros del equipo están involucrados en el proceso educativo y la calidad de la enseñanza se enriquece con la aportación de las personas especializadas en distintas áreas.

- Si alguno no se siente motivado o no posee unas mínimas aptitudes no debería tener responsabilidad en la tarea educativa.

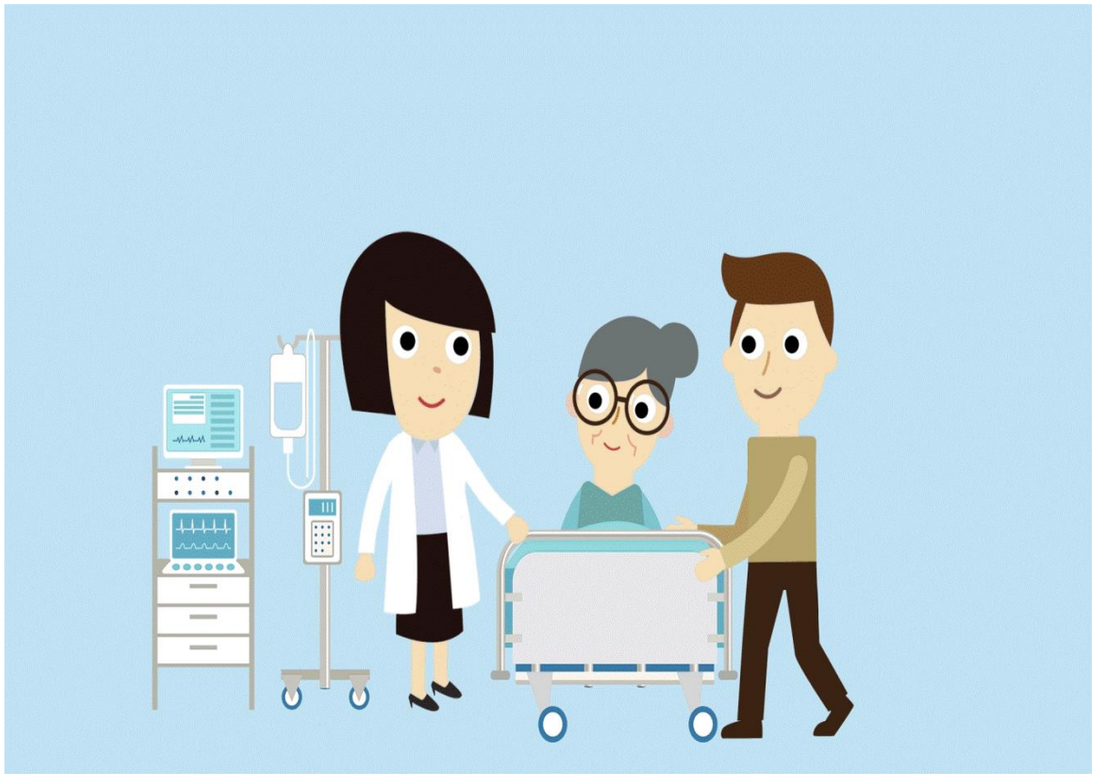


EDUCACIÓN del PACIENTE

Métodos de enseñanza

-Es absolutamente fundamental que haya un clima de simpatía y confianza entre el equipo y el paciente, que favorezca una buena comunicación. Esto aumentará la motivación y es uno de los factores más favorecedores del cumplimiento .

- Deben aceptarse las sugerencias del enfermo y familiares para realizar cambios o adaptaciones que permitan un mayor seguimiento del programa.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Existen diferentes métodos para impartir enseñanza que se aplicarán según las circunstancias en que se desarrolle el programa educacional:

Lectura:

-Llega a muchas personas al mismo tiempo pero el nivel de retención es bajo

Métodos audiovisuales:

-Aumentan la capacidad de retención y presentan la ventaja adicional de poder utilizarse en el domicilio.

Discusión en grupo:

- Permite hacer preguntas y expresar opiniones.

-Se obtiene información y apoyo de otros miembros del grupo que presentan los mismos problemas.

-Favorece cambios de conducta al comprobar que otros las realizaron con éxito.

Consejos individuales:

- Para tratar problemas muy específicos o personales de sentimientos o emociones.

Demostraciones y prácticas supervisadas:

- Es el método idóneo para adquirir habilidades (manejo de inhaladores, equipos de terapia respiratoria y técnicas de terapia física).

EDUCACIÓN del PACIENTE

El uso de material escrito refuerza la enseñanza:

-Existen libros que, con un lenguaje claro, esquemas y dibujos explican diversos procedimientos.

- El uso de carteles y notas, colocados en lugares estratégicos de la casa, sirve de recordatorio y facilita el cumplimiento. Igual de importancia en el hospital y clínica.

Cuando el paciente debe ser instruido en el manejo de equipos de rehabilitación, deben utilizarse modelos iguales a los que tiene en el domicilio.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Evaluación y seguimiento

Los fisioterapeutas deben recibir información de los pacientes y familiares y tener en cuenta sus opiniones acerca de la mayor o menor utilidad de los distintos métodos rehabilitadores, qué áreas consideran de interés y qué aspectos deberían ser modificados.

Debe hacerse un seguimiento periódico de los pacientes con el doble objetivo de mantener los logros adquiridos y evaluar el impacto del programa de rehabilitación.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Bases teóricas sobre modificación de la conducta

- Las actitudes tienen un componente cognoscitivo (la bebida perjudica mi salud), un componente afectivo (la bebida me anima) y un componente conductual (reunirse con amigos, brindar). Para modificar una conducta es necesario actuar sobre los tres componentes.

- Se han formulado diversas teorías para explicar la conducta humana y las posibles estrategias para modificarla.

- El modelo de salud basado en creencias predice que la probabilidad de emprender una acción depende de las creencias que el paciente tiene sobre su enfermedad y el tratamiento.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Modificación de la conducta

Informar e instruir al paciente son componentes del proceso educativo que permiten alcanzar el fin último de la educación → modificar la conducta para una mejor adaptación al tratamiento .



Bases teóricas sobre modificación de la conducta

- Informar o instruir no es suficiente para que ocurra un cambio de conducta porque ésta no se rige por normas racionales, sino por actitudes elaboradas a lo largo de nuestra vida.

- Las actitudes consisten en una serie de creencias organizadas, de tal manera que nos disponen a actuar o responder ante una situación de una manera predecible .

EDUCACIÓN del PACIENTE

Bases teóricas sobre modificación de la conducta

Según la teoría del aprendizaje social", las personas están motivadas a actuar de una determinada manera cuando existen dos creencias:

a) la creencia de que ejecutando la acción se obtiene el resultado deseado (expectativa de éxito),
b) la creencia de que se puede realizar la acción con la suficiente precisión para obtener el efecto previsto (expectativa de eficacia)".

Ejemplo:
Si un paciente no confía en que los ejercicios diafragmáticos alivien su disnea no se molestará en realizarlos, o bien, no se esforzará en dejar de fumar si no se siente con ánimo suficiente.

EDUCACIÓN del PACIENTE

Estrategias para modificar la conducta

- Tratan de estimular determinados comportamientos, intentando aumentar las expectativas de éxito o bien las expectativas de eficacia. Las más utilizadas son:

Refuerzo positivo: Consiste en premiar de alguna forma las conductas positivas alcanzadas. Si una persona es "recompensada" por una conducta, es muy probable que la repita cuando se encuentre en una situación similar.
Es una estrategia muy empleada y la mayor dificultad estriba en encontrar el premio (refuerzo) más eficaz para cada persona.

Reconversión de ideas (o modificación del conocimiento): Se ponen de manifiesto las creencias negativas mostrando sus contradicciones y transformándolas en positivas.
(A un enfermo que se queja de ser un "esclavo" de los inhaladores podemos hacerle ver que, en realidad, éstos lo liberan de la verdadera esclavitud que representa la disnea y los ingresos hospitalarios.)

EDUCACIÓN del PACIENTE

Estrategias para modificar la conducta

Contratos: El enfermo se compromete por escrito a desarrollar una determinada conducta recibiendo a cambio algún tipo de recompensa (refuerzo).

Automonitorización: El paciente lleva un control de los progresos de su conducta.

Intervenciones de mantenimiento: El seguimiento periódico del enfermo incluyendo algún tipo de refuerzo favorece el mantenimiento de la conducta.



Importancia de la educación del paciente

- Los programas de educación "es improbable que mejoren el estado de salud de los pacientes a menos que formen parte de un programa médico global que incluya entrenamiento físico".

- La eficacia de la educación no debe evaluarse en función de la mejoría del paciente sino de su adhesión al tratamiento. Si el tratamiento es correcto, es de esperar que el enfermo mejore si aumenta el cumplimiento; pero podría ocurrir lo contrario: siendo efectiva la educación (mejora el cumplimiento) podría empeorar el paciente si el tratamiento es incorrecto.

- Los programas educacionales con más énfasis en los aspectos conductuales son más eficaces que los que tienen un enfoque didáctico. Las técnicas más valiosas son: el refuerzo positivo (premiar la conducta), el seguimiento periódico y el ajuste del tratamiento a las actividades de la vida diaria.

Tema 34. Educación del paciente II



Contenido preparado de Profª. Jasemin Todri
jtodri@ucam.edu

Tema 34. Educación del paciente II



Contenido preparado de Profª. Jasemin Todri
jtodri@ucam.edu

Educación del paciente

El concepto de educación del paciente se ha ido transformando para el:

- **Derecho del paciente a la información.**
- **Atención a las preferencias, al punto de vista del paciente.**
- **Participación del paciente en las decisiones que le conciernen en la reorganización de servicios, en la definición de prioridades de investigación.**
- **Fortalecimiento del poder de decisión de paciente-ciudadano en varios niveles.**
- **Atención centrada en el paciente.**



EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

- “El empoderamiento, es un proceso educativo diseñado para ayudar a los pacientes a desarrollar los conocimientos, las habilidades, actitudes y grado de auto-conciencia necesaria para asumir efectivamente la responsabilidad de sus decisiones relacionadas con la salud, siendo un elemento clave de la educación para la salud.

- Para tener la capacidad de ejercer un mayor control sobre su salud, el paciente necesita disponer de la información, el conocimiento y la comprensión de dicha información. Esto le da confianza y la voluntad de afirmar el control.



EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

- La enseñanza en salud también incluye la comprensión correcta en relación a la salud y el sistema de salud, y permite a los pacientes a comprender y actuar en su propio interés. (Kickbusch, 2004)

- La Educación Terapéutica (ET) tienen como objetivo común la modificación de conocimientos, actitudes, comportamientos de salud a través del empoderamiento de las personas sobre su proceso salud/enfermedad.



EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

- Se ha definido como “El conjunto de actividades e intervenciones gestionadas por profesionales del cuidado de la salud, cuya misión es capacitar a la persona afectada, a su familia, entorno y relación con el medio en la gestión autónoma de la enfermedad y en la prevención de las complicaciones evitables, manteniendo y/o mejorando la calidad de vida”.



- La educación terapéutica debe ser una negociación permanente entre los objetivos terapéuticos y las necesidades del paciente, teniendo éste un papel proactivo, participativo en todos y cada uno de los pasos de la planificación de la educación terapéutica. Se realiza a dos niveles que se complementan y tienen la misma importancia: individual y grupal.

EDUCACIÓN RIABILITATIVA

- La educación al paciente y a su familia ayuda a los pacientes a participar mejor de su cuidado así como a participar en las decisiones que se tomen sobre su atención.

- El fisioterapeuta como el equipo medico, debe anticiparse a sus requerimientos al igual que coordinar actividades educativas centradas en las necesidades básicas del paciente para la prevención de complicaciones durante su estancia en el hospital, clínica y posteriormente en su hogar, facilitándole su adaptación al medio ambiente y a la vida familiar.



EDUCACIÓN del PACIENTE

El concepto de educación del paciente busca:

- Identificar signos tempranos de alarma para el paciente e inicio oportuno de un proceso de educación al paciente y su familia, acorde con sus necesidades individuales, garantizando su participación activa en el proceso de recuperación y rehabilitación.



EDUCACIÓN del PACIENTE

• Estimular su participación en las decisiones que se tomen sobre su cuidado, estableciendo un registro estandarizado en la historia clínica que incluye estrategias de seguimiento y evaluación del aprendizaje desde su ingreso hasta el egreso, teniendo como base fundamental el estándar asistencial del paciente: valoración, diagnóstico, tratamiento, adherencia al tratamiento, egreso y seguimiento posterior.



EDUCACIÓN del PACIENTE

• Realizar planes educativos individualizados a través de toda la organización, y durante la hospitalización del paciente y su familia con seguimientos estandarizados que garanticen la participación del paciente y su familia en el cuidado y recuperación de la salud.

• Articular el programa con los estándares de educación al paciente y su familia y la implementación de metas de mejora continua en estructura, procesos y resultados.

• Motivar la participación de los profesionales de la salud encargados del cuidado de pacientes en la educación al paciente.

EDUCACIÓN del PACIENTE

Transmisión de información

- la **mejor forma de transmitir la información -** el medio.
- la clave principal está en la **interacción directa con el paciente.**

La educación en el dolor

Paradigma biopsicosocial

- La información que hay que darle al paciente no es información sobre la estructura lesionada y los mecanismos de lesión, sino información sobre la **neurociencia del dolor desde un punto de vista biopsicosocial.**



Transmisión de tranquilidad y autocuidado

EDUCACIÓN del PACIENTE

Mediante la educación pretendemos:

a)aumentar los conocimientos del enfermo;

b) instruirlo para la correcta utilización de los procedimientos terapéuticos;

c) responsabilizarlo en el manejo de su enfermedad,

d) modificar sus hábitos de vida (conducta) para una mejor adaptación al tratamiento.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Desarrollo del proceso educativo

El programa educativo debe adaptarse a las características del paciente y desarrollarse de forma sistemática en un orden determinado :

a) valoración del paciente;
b) determinación del contenido educativo;
c) establecimiento de objetivos;
d) métodos de enseñanza;
e) evaluación y seguimiento.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Determinación del contenido educativo

El tiempo limitado y el esfuerzo que representa modificar los hábitos de vida hacen necesario determinar prioridades. Las áreas que se consideran de interés en la educación del paciente son:

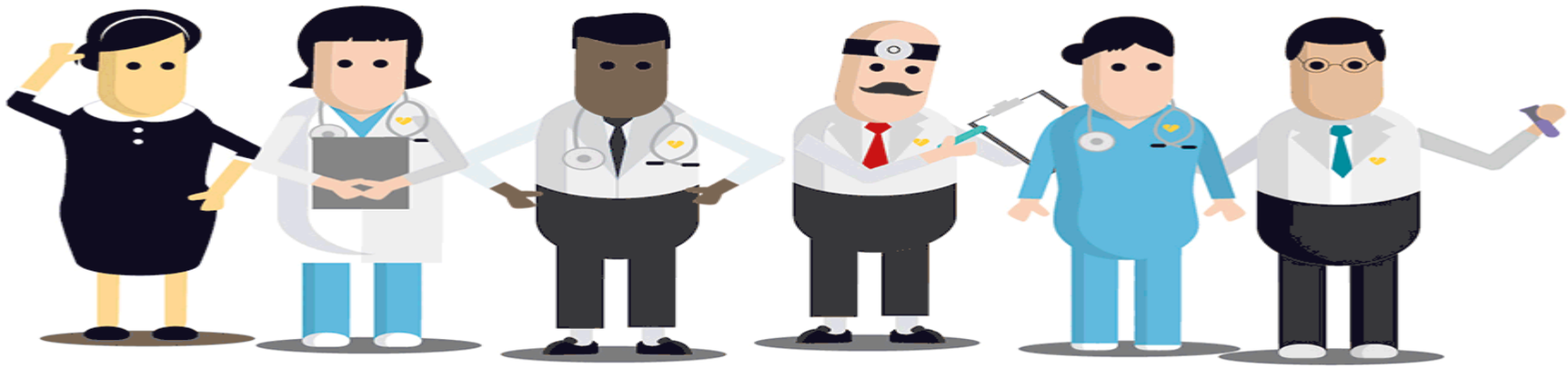
- Anatomía y fisiología.
- Medicamentos: descripción, mecanismo de acción, técnicas de administración y normas para mejorar el cumplimiento.
- Equipos de terapia rehabilitadora: uso, limpieza y conservación.
- Técnicas de terapia física.
- Ejercicio físico.
- Técnicas de conservación de energía.
- Técnicas de relajación y de reducción del estrés.
- Aspectos emocionales. Sexualidad.
- Nutrición.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Establecimiento de objetivos

- Los objetivos de aprendizaje son aquellos conocimientos y conductas que se espera que adquiera el paciente que entra en un programa de educación.
- Al fijar objetivos es necesario que expresen con claridad lo que el paciente debe aprender, no lo que el educador tiene que enseñar.
-Es conveniente establecer por escrito los objetivos a alcanzar y el tiempo necesario para conseguirlos.
- Debe determinarse con claridad el nivel de destreza exigido y esperar un solo resultado para cada objetivo.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Métodos de enseñanza

-Aunque se imparten conocimientos de manera formal, la educación se desarrolla continuamente mientras el paciente está en contacto con los miembros del equipo del programa de rehabilitación. Esto obliga a "predicar con el ejemplo".

-Todos los miembros del equipo están involucrados en el proceso educativo y la calidad de la enseñanza se enriquece con la aportación de las personas especializadas en distintas áreas.

- Si alguno no se siente motivado o no posee unas mínimas aptitudes no debería tener responsabilidad en la tarea educativa.

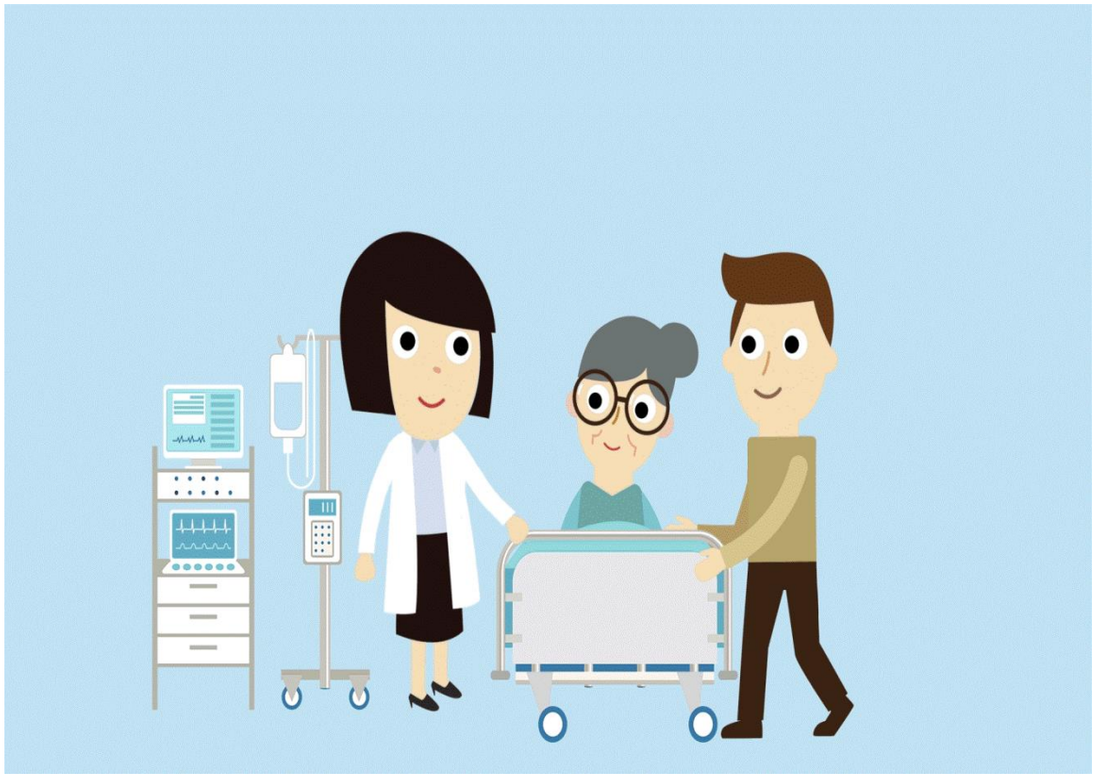


EDUCACIÓN del PACIENTE

Métodos de enseñanza

-Es absolutamente fundamental que haya un clima de simpatía y confianza entre el equipo y el paciente, que favorezca una buena comunicación. Esto aumentará la motivación y es uno de los factores más favorecedores del cumplimiento .

- Deben aceptarse las sugerencias del enfermo y familiares para realizar cambios o adaptaciones que permitan un mayor seguimiento del programa.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Existen diferentes métodos para impartir enseñanza que se aplicarán según las circunstancias en que se desarrolle el programa educacional:

Lectura:

-Llega a muchas personas al mismo tiempo pero el nivel de retención es bajo

Métodos audiovisuales:

-Aumentan la capacidad de retención y presentan la ventaja adicional de poder utilizarse en el domicilio.

Discusión en grupo:

- Permite hacer preguntas y expresar opiniones.

-Se obtiene información y apoyo de otros miembros del grupo que presentan los mismos problemas.

-Favorece cambios de conducta al comprobar que otros las realizaron con éxito.

Consejos individuales:

- Para tratar problemas muy específicos o personales de sentimientos o emociones.

Demostraciones y prácticas supervisadas:

- Es el método idóneo para adquirir habilidades (manejo de inhaladores, equipos de terapia respiratoria y técnicas de terapia física).

EDUCACIÓN del PACIENTE

El uso de material escrito refuerza la enseñanza:

-Existen libros que, con un lenguaje claro, esquemas y dibujos explican diversos procedimientos.

- El uso de carteles y notas, colocados en lugares estratégicos de la casa, sirve de recordatorio y facilita el cumplimiento. Igual de importancia en el hospital y clínica.

Cuando el paciente debe ser instruido en el manejo de equipos de rehabilitación, deben utilizarse modelos iguales a los que tiene en el domicilio.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Evaluación y seguimiento

Los fisioterapeutas deben recibir información de los pacientes y familiares y tener en cuenta sus opiniones acerca de la mayor o menor utilidad de los distintos métodos rehabilitadores, qué áreas consideran de interés y qué aspectos deberían ser modificados.

Debe hacerse un seguimiento periódico de los pacientes con el doble objetivo de mantener los logros adquiridos y evaluar el impacto del programa de rehabilitación.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Bases teóricas sobre modificación de la conducta

- Las actitudes tienen un componente cognoscitivo (la bebida perjudica mi salud), un componente afectivo (la bebida me anima) y un componente conductual (reunirse con amigos, brindar). Para modificar una conducta es necesario actuar sobre los tres componentes.

- Se han formulado diversas teorías para explicar la conducta humana y las posibles estrategias para modificarla.

- El modelo de salud basado en creencias predice que la probabilidad de emprender una acción depende de las creencias que el paciente tiene sobre su enfermedad y el tratamiento.



EDUCACIÓN del PACIENTE

Modificación de la conducta

Informar e instruir al paciente son componentes del proceso educativo que permiten alcanzar el fin último de la educación → modificar la conducta para una mejor adaptación al tratamiento .



Bases teóricas sobre modificación de la conducta

- Informar o instruir no es suficiente para que ocurra un cambio de conducta porque ésta no se rige por normas racionales, sino por actitudes elaboradas a lo largo de nuestra vida.

- Las actitudes consisten en una serie de creencias organizadas, de tal manera que nos disponen a actuar o responder ante una situación de una manera predecible .

EDUCACIÓN del PACIENTE

Bases teóricas sobre modificación de la conducta

Según la teoría del aprendizaje social", las personas están motivadas a actuar de una determinada manera cuando existen dos creencias:

a) la creencia de que ejecutando la acción se obtiene el resultado deseado (expectativa de éxito),
b) la creencia de que se puede realizar la acción con la suficiente precisión para obtener el efecto previsto (expectativa de eficacia)".

Ejemplo:
Si un paciente no confía en que los ejercicios diafragmaticos alivien su disnea no se molestará en realizarlos, o bien, no se esforzará en dejar de fumar si no se siente con ánimo suficiente.

EDUCACIÓN del PACIENTE

Estrategias para modificar la conducta

- Tratan de estimular determinados comportamientos, intentando aumentar las expectativas de éxito o bien las expectativas de eficacia. Las más utilizadas son:

Refuerzo positivo: Consiste en premiar de alguna forma las conductas positivas alcanzadas. Si una persona es "recompensada" por una conducta, es muy probable que la repita cuando se encuentre en una situación similar.
Es una estrategia muy empleada y la mayor dificultad estriba en encontrar el premio (refuerzo) más eficaz para cada persona.

Reconversión de ideas (o modificación del conocimiento): Se ponen de manifiesto las creencias negativas mostrando sus contradicciones y transformándolas en positivas.
(A un enfermo que se queja de ser un "esclavo" de los inhaladores podemos hacerle ver que, en realidad, éstos lo liberan de la verdadera esclavitud que representa la disnea y los ingresos hospitalarios.)

EDUCACIÓN del PACIENTE

Estrategias para modificar la conducta

Contratos: El enfermo se compromete por escrito a desarrollar una determinada conducta recibiendo a cambio algún tipo de recompensa (refuerzo).

Automonitorización: El paciente lleva un control de los progresos de su conducta.

Intervenciones de mantenimiento: El seguimiento periódico del enfermo incluyendo algún tipo de refuerzo favorece el mantenimiento de la conducta.



Importancia de la educación del paciente

- Los programas de educación "es improbable que mejoren el estado de salud de los pacientes a menos que formen parte de un programa médico global que incluya entrenamiento físico".

- La eficacia de la educación no debe evaluarse en función de la mejoría del paciente sino de su adhesión al tratamiento. Si el tratamiento es correcto, es de esperar que el enfermo mejore si aumenta el cumplimiento; pero podría ocurrir lo contrario: siendo efectiva la educación (mejora el cumplimiento) podría empeorar el paciente si el tratamiento es incorrecto.

- Los programas educacionales con más énfasis en los aspectos conductuales son más eficaces que los que tienen un enfoque didáctico. Las técnicas más valiosas son: el refuerzo positivo (premiar la conducta), el seguimiento periódico y el ajuste del tratamiento a las actividades de la vida diaria.

Tema 34. Educación del paciente II



Contenido preparado de Profª. Jasemin Todri
jtodri@ucam.edu