

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



**“PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y DE FISIOTERAPIA DEL  
HOSPITAL MILITAR DE SANTA MARIA RAYON, RESPECTO A LA  
ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
VISUAL”**

**TESIS.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA.

**PRESENTA:**

P.L.T.F. GERARDO SANTIAGO RAMIREZ.

**DIRECTOR DE TESIS:**

DR. MIGUEL ANGEL KARAM CALDERON.

**REVISORES:**

DRA. EN SC. YAZMIN CASTILLO SANCHEZ

DR. PABLO MARTIN MORENO PEREZ.

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, ABRIL 2023.

## INDICE.

	<b>Pag.</b>
I. ANTECEDENTES. ....	4
1. Concepto de percepción.....	4
2. Teorias de la percepcion en la salud.....	5
3. Estudios realizados sobre la percepción en salud.....	7
4. Utilidad de la percepción.....	9
5. Participación de la fisioterapia en la discapacidad visual.....	10
5.1 Importancia de la fisioterapia.....	10
5.2 Discapacidad visual.....	13
5.3 Importancia de la orientación y movilidad.....	14
5.4 Afecciones en las personas con discapacidad visual.....	15
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
III. JUSTIFICACIÓN.....	20
IV. HIPÓTESIS.....	21
V. OBJETIVOS.....	22
1. Objetivo General.....	22
2. Objetivos Especificos.....	22
VI. MÉTODO.....	23
1. Tipo de estudio.....	23
2. Obtención de datos.....	23
3. Analisis de datos.....	24
VII. IMPLICACIONES ETICAS.....	27
VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	28
IX. LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.....	29
X. ORGANIZACIÓN.....	29
XI. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	30

XII. RESULTADOS.....	31
XIII. DISCUSIÓN.....	40
XIV. CONCLUSIONES.....	42
XV. SUGERENCIAS.....	43
XII. ANEXOS.....	45
XIII. BIBLIOGRAFIA.....	48

## **I. ANTECEDENTES.**

### **1. CONCEPTO DE PERCEPCIÓN.**

La percepción se ha estudiado desde diversos ámbitos, una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios entorno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización <sup>(1)</sup>.

No obstante que la percepción ha sido concebida como un proceso cognitivo, hay autores que la consideran como un proceso más o menos distinto señalando las dificultades de plantear las diferencias que ésta tiene con el proceso del conocimiento, uno de los aspectos que ha sido privilegiado en los estudios tanto psicológicos como filosóficos sobre percepción es el de la elaboración de juicios, que se plantea como una de las características básicas de la percepción <sup>(1)</sup>.

Sin embargo, en el ámbito de la salud la percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal, es subjetiva, ya que las reacciones ante un mismo estímulo varían de un individuo a otro; selectiva porque es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; temporal, puesto que es un fenómeno a corto plazo <sup>(2)</sup>.

Según la psicología de Neisser, nos dice que la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el preceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados con la conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema <sup>(3)</sup>.

Así, el estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud de la población y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo, los indicadores sociales para medir la salud se refieren al modo de interactuar con otras personas y con las instituciones sociales, las redes y el apoyo social son factores importantes para atenuar situaciones de estrés, así como la incidencia de la enfermedad tanto física como mental, la valoración del estado de salud nos acerca no sólo a quienes perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud en la forma en que lo hacen <sup>(2)</sup>.

## **2. TEORÍAS DE LA PERCEPCIÓN EN LA SALUD.**

Respecto a las teorías de la percepción en salud existen diversas propuestas que se han realizado, sin embargo las teorías que tienen mayor aceptación son las siguientes:

**a. Teoría social cognitiva:** Tiene como ponente principal a Bandura, señala que los individuos poseen un autosistema que les permite medir el control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivación o acciones, este autosistema provee mecanismos referenciales y un set de subfunciones para percibir, regular y evaluar comportamientos, esta compuesto por tres elementos; la conducta; los factores personales, que incluyen eventos cognitivos, afectivos y biológicos, y, finalmente, factores medioambientales, estos tres elementos interactúan entre sí configurando una triangulación dinámica <sup>(4)</sup>.

**b. Teoría de acción razonada:** Modelo propuesto por Fischbein Ajzen, asumen que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional que procesa la información que dispone de forma sistemática, la utiliza de forma sistemática y la utiliza para formar la intención de realizar o no una conducta específica <sup>(5)</sup>.

**c. Modelo de creencias en salud:** se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. En términos de salud, el valor será el deseo a evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa, la creencia en que una acción posible de realizar, prevendrá o mejorará el proceso <sup>(6,7)</sup>.

**d. Teoría de la percepción social:** esta teoría hace referencia a la valoración que un individuo hace de una determinada situación social y de su papel o posibilidades en ella, la Psicología social ha enfatizado conceptos tales como atribución, representación, autoconcepto, autoimagen, autoestima, autoeficacia y tantos otros que vienen a poner de manifiesto aquella valoración o captación que cada sujeto realiza en una situación de interacción social <sup>(9)</sup>.

La teoría social toma de importancia la atribución que se refiere a la percepción de la causalidad de la conducta social. Se basa en el análisis ingenuo de la acción. El hombre atribuye lo que ocurre en su ambiente a unos factores causantes determinados y esta explicación causal de las acciones ya sean propias o de los otros influye en su conducta en tanto que contribuye al significado de ésta y por lo mismo a su posible predicción y control <sup>(9)</sup>.

**e. Teoría Percepción biológica:** describe el condicionamiento como reaccionar aprendido o construido en base a las asociaciones que cada individuo puede haber sufrido. Tener afecto o miedo a un objeto o situación es un fenómeno de condicionamiento típico que implica una alteración biológica, normalmente referida en términos emocionales <sup>(9)</sup>.

Dentro de esta teoría el condicionamiento clásico o pavloviano ha demostrado con claridad cómo los organismos pueden responder condicionadamente y con atracción o aversión a estímulos inicialmente neutros en función de sus emparejamientos con otros estímulos incondicionados placenteros o aversivos. En

este sentido, cuando se dice que se percibe una situación "como amenazante" se está describiendo la existencia de un condicionamiento aversivo en un individuo particular <sup>(9)</sup>.

**f. Teoría de la percepción física:** Otra acepción del concepto de percepción va unida a la orientación respecto del comportamiento físico de los objetos y del propio cuerpo en el espacio y en el tiempo. El aspecto cualitativo de la percepción se inicia con la percepción de las constelaciones espaciales y con la percepción de los movimientos que se realiza con los objetos que utiliza. La percepción de la situación dinámica y espacial de las distancias, de los errores y de las velocidades de los objetos entra en estrecha relación con las situaciones cinestésicas que la persona realiza <sup>(9)</sup>.

### **3. ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE LA PERCEPCIÓN EN SALUD:**

Respecto a la percepción en salud se han llevado a nivel mundial diversos estudios, los cuales podemos agrupar para poder entender como se ha desarrollado esto: Al estudiar la salud es importante considerar que las percepciones son una herramienta útil para conocer las diferentes formas de entender y atender la salud.

Un estudio que muestra la valoración de la percepción de salud en edades tempranas nos sugiere que esta puede ser esencial para apoyar los esfuerzos de salud pública, ya que se ha mostrado en algunos estudios como un predictor sensible de dimensiones complejas estrechamente relacionadas entre sí como el estilo de vida, la morbilidad, la mortalidad, y el bienestar psicosocial, asociándose los resultados obtenidos en la adolescencia con los resultados de salud en etapas posteriores de la vida <sup>(10)</sup>.

Los estudios de percepciones sobre la salud con jóvenes se han enfocado principalmente en temas de sexualidad humana como la iniciación sexual, el embarazo y el aborto o sobre sistemas de prevención, estos trabajos concluyeron que aspectos sociales influyen sobre las percepciones que tienen los jóvenes sobre

la salud, destacando la influencia del género, la edad, la situación económica, los roles que representan y al grupo al que pertenecen <sup>(14)</sup>.

Otro estudio sobre la percepción en salud, con estudiantes que practican alguna actividad física, se concluyó que quienes practican alguna actividad física señalan mejor percepción de salud que aquellos que no practican ninguna actividad, así mismo, los hombres han señalado mejor percepción de salud que las mujeres, por lo que los resultados obtenidos en relación con los beneficios de la práctica regular y adecuada de actividad física conlleva a un estado de salud adecuado y mejor <sup>(15)</sup>.

Por otro lado, un estudio sobre la percepción de la salud, que observa la existencia de relaciones entre el autoconcepto físico, la percepción de salud y satisfacción vital en adolescentes, así como las diferencias en función del sexo, se encontró que existen vínculos entre estas variables, focalizando la atención en la asociación que el autoconcepto físico y la percepción de salud tienen con la satisfacción vital <sup>(11)</sup>.

Una de las hipótesis de esta investigación es que el autoconcepto físico y percepción de salud en la adolescencia tienen capacidad para predecir la evaluación que hagan los adolescentes sobre lo satisfechos que están con sus vidas. En relación a la percepción de salud, este estudio pone de manifiesto diferencias significativas en función del sexo, teniendo los chicos una mejor valoración de la misma <sup>(11)</sup>.

Se tienen estudios sobre la percepción de salud, han señalado que el sexo es una variable que discrimina la percepción de salud entre las personas, siendo más favorable en hombres que en mujeres y haciéndose patente en todas las edades, aunque el fenómeno sea más evidente cuando se alcanza una edad madura <sup>(11)</sup>.

En relación con estudios de la percepción en salud del adulto mayor, sobre su estado de salud y calidad de vida, encontramos que estos son influidos por su salud mental y capacidad funcional, por tanto, la percepción de salud es un constructo



asociado a otras variables psicológicas como el autoestima, la satisfacción con la vida y depresión y se ha probado tener asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son, el número de enfermedades crónicas que los adultos mayores pueden padecer, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, etc <sup>(10)</sup>.

El desarrollo de estudios de este tipo, son importantes pues permiten a partir de la vivencia de las personas con alguna discapacidad visual profundizar en la comprensión de la rehabilitación de la visión, lo cual es esencial para generar servicios de salud que no sólo respondan a los efectos de la condición visual, sino que aborden los problemas subyacentes haciendo así que las intervenciones estén mejor adaptadas a los diferentes tipos de grupos de poblaciones <sup>(13)</sup>.

#### **4. UTILIDAD DE LA PERCEPCIÓN.**

La percepción en salud es una estrategia relevante en el ámbito de la salud pública, debido a que nos permite conocer sobre las sensaciones que tiene la gente respecto a diversas cosas y así conocer su participación o no participación de diversos aspectos <sup>(16)</sup>.

Las percepciones reflejan el concepto amplio de salud y permiten conocer las relaciones que establecen las poblaciones, familias e individuos con su entorno biológico, estilos de vida, creencias religiosas y etnia; de tal manera que las percepciones son construcciones colectivas <sup>(14)</sup>.

En cuanto la percepción de la salud como la ausencia de enfermedad ha sido una constante común en los sistemas de atención médica, ya que aunque existen tareas encaminadas a la prevención de enfermedades, por ejemplo, la mayoría de las unidades de salud tienen una alta prioridad a los procesos curativos, olvidándose con ello de las medidas preventivas que son una herramienta esencial para el tratamiento de diferentes patologías <sup>(14)</sup>.

Además que la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. La resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación fundamentalmente, opaca la percepción de un problema de salud, especialmente en los adultos, siendo los niños y niñas los sujetos de mayor atención (18).

Si analizamos el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad y utilidad. En cuanto a la perspectiva de riesgo subjetivo-colectivo contará con la percepción o creencia que asuma unitariamente todo el colectivo (17).

Por lo antes descrito la percepción en salud implica subjetividad, depende de la conjunción de los efectos de condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social, pero su determinación va más allá de lo estrictamente médico, por lo que se puede afirmar que la percepción es relevante para los clínicos, los tomadores de decisión, y los trabajadores que están en contacto con los diferentes grupos de población, así como mediante la percepción en salud se puede registrar todo con lo que se está interactuando y tiene significado; incluyendo los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos, que tienen los individuos sobre determinados aspectos de la vida (11,8).

## **5. PARTICIPACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LA DISCAPACIDAD VISUAL.**

### **5.1. IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA**

La Fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud (18).

La fisioterapia juega un papel fundamental en la capacidad de orientación y movilidad ya que es una habilidad esencial para todas las personas y está presente de forma intrínseca en todos los aspectos de la vida. En el caso de las personas con discapacidad visual, la adquisición de estas competencias entraña retos que requieren una respuesta muy específica y cierta formación previa por parte de mediadores, familiares, asistentes y otros profesionales <sup>(21)</sup>.

En relación a esto la importancia de la fisioterapia para el tratamiento de las personas con discapacidad visual, es importante ya que los efectos de las diferentes técnicas físicas pueden incidir directamente en la base de muchos procesos evolutivos y, en consecuencia, serán la causa de la estimulación, o en su ausencia, del bloqueo de una serie de factores psicofísicos, emocionales y afectivos que influyen en el desarrollo global de la persona <sup>(20)</sup>.

No obstante, dado que la necesidad de la intervención fisioterapéutica no es generalizable a todos los padecimientos en relación a la discapacidad visual, será preciso realizar una serie de observaciones y diagnósticos previos con el fin de detectar a su tiempo aquellos personas que la requieran. vemos cómo desde la fisioterapia se puede contribuir positivamente en la educación y el desarrollo de las personas con este padecimiento <sup>(20)</sup>.

Para conseguir una dinámica social óptima y normalizada en las acciones de la vida cotidiana de las personas con graves impedimentos visuales y evitar que dichas deficiencias originen otras problemáticas derivadas que no tienen por qué coexistir con la ceguera, la educación debe trabajar en tres ámbitos fundamentales, aunque no únicos:

- Ámbito cognitivo y formativo.
- Ámbito de relación con el entorno espacial y con los objetos.
- Ámbito socializador y afectivo <sup>(20)</sup>.

Mediante diversas técnicas físicas, como la reeducación muscular propioceptiva, la gimnasia terapéutica y compensatoria, la reeducación psicomotriz, la reeducación postural global, el masaje, los estiramientos o las técnicas de relajación, la fisioterapia estimulará, educará o reeducará una serie de aspectos relacionados con la postura y la motricidad, así como con la percepción exteroceptiva y propioceptiva, que influyen de diversas maneras en cada uno de los ámbitos mencionados. Algunos de estos aspectos son: <sup>(20)</sup>.

El control del tono muscular, tanto estático (postural) como dinámico (en movimiento):	Aspectos de la percepción:	Aspectos de integración motriz:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La marcha.</li> <li>• La higiene postural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tacto fino o agudeza táctil.</li> <li>• Tacto grosero, que implica la sensibilidad a la presión.</li> <li>• Sensación de la posición y movimiento de los segmentos corporales.</li> <li>• Sensibilidad a la vibración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilibrio.</li> <li>• Coordinación.</li> <li>• Dinámica general (naturalidad de movimiento).</li> <li>• Esquema corporal.</li> <li>• Orientación espacial.</li> </ul>

Para conseguir la máxima autonomía e integración en una persona con problemas visuales es importante la educación de la dinámica y la estática corporales, puesto que el desarrollo de la postura y el movimiento están íntimamente ligados con la función visual y cualquier alteración de los mismos tiene consecuencias en la vida cotidiana <sup>(22)</sup>.

Es por eso que médicos, profesores, educadores, técnico, fisioterapeuta y psicomotricista deben trabajar coordinadamente. Pero existen algunos patrones de movimiento organizaciones dinámicas características de algún segmento corporal y ciertas habilidades perceptivas que, por ser básicos necesarios en acciones cotidianas clave, constituyen signos fundamentales para la detección de las alteraciones físico funcionales derivadas de la ceguera y, por ello, deberán centrar nuestra atención en la determinación de los diagnósticos y los correspondientes programas de atención fisioterapéutica en relación con el programa educativo de cada uno de los pacientes que lo requieran <sup>(23)</sup>.

## **5.2 DISCAPACIDAD VISUAL.**

La visión es, de todos los sentidos, el que más información proporciona, y es crucial para realizar las actividades cotidianas. Tiene un papel muy importante en la comunicación y, por tanto, en las relaciones que se precisan para vivir en sociedad, sin embargo, esto no dice prácticamente nada sobre la propia discapacidad y mucho menos sobre la incidencia que puede tener en su autonomía. No obstante, la pérdida visual, ya sea originada por una patología ocular o por una lesión cerebral, reduce la capacidad para llevar a cabo las tareas de forma independiente y repercute en la forma de realizarlas <sup>(24)</sup>.

Un aspecto importante en la discapacidad visual es el enfoque interdisciplinar en la educación de los niños, jóvenes y adultos con discapacidad visual, es un hecho que ya acontece en la mayoría de sistemas de salud pero todavía con demasiada frecuencia se olvida en esta relación interdisciplinar un importante binomio, la fisioterapia y el desarrollo global de las personas con discapacidad visual <sup>(24)</sup>.

La OMS define la Discapacidad Visual en dos términos:

1. El término “ceguera” abarca desde 0.05 de agudeza visual (5%) la no percepción de la luz o una reducción del campo visual inferior a 10 grados.

2. El término “baja visión o debilidad visual” comprende una agudeza máxima a 0.3 (30%) y mínima superior a 0.05 (5%) <sup>(25)</sup>.

En México, la discapacidad visual es la segunda enfermedad más reportada según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y de acuerdo con la directora del Hospital de la Ceguera APEC, Valeria Sánchez, en México hay un total de 2 millones 237 mil personas que tienen deficiencias visuales, siendo el glaucoma la principal causa de ceguera irreversible <sup>(26)</sup>.

Las causas determinantes de la discapacidad visual son la afección del sistema visual en alguno de sus segmentos (ojos, vías y/o centros ópticos) y la afección de sus funciones. Esto provoca una importante disminución o anulación de las habilidades visuales e impide la visión normalizada incluso con la aplicación de medios ópticos correctores <sup>(24)</sup>.

### **5.3. IMPORTANCIA DE LA ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD.**

La capacidad de orientación y movilidad es una habilidad esencial para todas las personas y está presente de forma intrínseca en todos los aspectos de la vida. En el caso de las personas con discapacidad visual, la adquisición de estas competencias entraña retos que requieren una respuesta muy específica y cierta formación previa por parte de mediadores, familiares, asistentes y otros profesionales <sup>(28)</sup>.

La expresión orientación y movilidad se suele emplear como un todo, pero es necesario hacer una distinción entre ambos conceptos para comprender los diferentes aspectos que intervienen en el movimiento autónomo como puede ser un desplazamiento. El dominio de ambos conceptos facilita la instrucción y el aprendizaje, así como la posterior adopción de los hábitos indicados <sup>(15)</sup>.

La orientación se define como la capacidad de entender la posición y localización del propio cuerpo en un área determinada, así como la relación entre este y otros

objetos o lugares en el entorno. Algunos ejemplos de habilidades relacionadas con la orientación son la capacidad de reconocer puntos de referencia o tener bien interiorizados los conceptos relativos a direcciones <sup>(28)</sup>.

La movilidad, por su parte, se refiere al desplazamiento seguro del propio cuerpo en un espacio, ya sea interior o exterior, es decir, está vinculada al movimiento propio. Se trata de acciones cómo incorporarse, caminar, saltar o desplazarse, algunos ejemplos de habilidades relacionadas con la movilidad son las técnicas de protección, de rastreo, de bastón largo, o el hecho de cruzar una calle <sup>(28)</sup>.

En el proceso de trabajar la orientación y la movilidad de una persona con discapacidad visual intervienen elementos tanto intelectuales como físicos. Para alcanzar las habilidades mínimas es necesario dominar ciertos conceptos, adquirir habilidades sociales y, al mismo tiempo, controlar la postura, el tono muscular, etc <sup>(28)</sup>.

#### **5.4 AFECCIONES EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

Un conjunto de investigaciones señala que el problema de movilidad en personas con discapacidad visual afecta a la salud física y psicológica; al aprendizaje de conceptos y representaciones mentales; al aprendizaje y desarrollo de habilidades así como de actitudes y a diversos aspectos sociales <sup>(21)</sup>.

**Afectaciones a la salud física y psicológica:** se ha encontrado que el desarrollo de las habilidades de orientación y movilidad para la autonomía de las personas con discapacidad visual mejoran su salud física y psicológica. Pero si dichas habilidades no se alcanzan adecuadamente surgen problemas que afectan diversos aspectos de la condición física como la postura corporal, por otra parte, algunos autores, encontraron que los hombros de las personas con discapacidad visual generalmente se desplazan hacia abajo, la cabeza se agacha y las piernas se abren para intentar ganar estabilidad; estas alteraciones, al ser mantenidas por muchos años, generan problemas de salud <sup>(27)</sup>.

Así mismo se reconoce que esta limitación física de la autonomía, ajena la suficiencia del individuo, conlleva la carga añadida de un estado de alerta constante y provoca sentimientos de inseguridad y miedo que pueden generar a su vez alteraciones de orden psicológico tales como la ansiedad y estrés del caminante con discapacidad visual <sup>(21)</sup>.

**Afectaciones al aprendizaje y desarrollo de actitudes:** Se encontró que existen diversos factores relacionados con la actitud que afectan de manera positiva o negativa al desarrollo de la orientación y movilidad de la persona con discapacidad visual, algunos son internos, como la percepción de normalidad y la personalidad, y otros, como la influencia de los padres y los profesores, se pueden considerar como externos <sup>(21)</sup>.

Entre los factores internos, la percepción de normalidad tiene una poderosa influencia en el comportamiento de las personas con discapacidad visual, en muchas ocasiones esa percepción es negativa, generada en gran medida por la influencia de la sociedad o la de los padres, y tiene consecuencias no favorables para el desarrollo de las actitudes relacionadas con la orientación y movilidad autónoma <sup>(21)</sup>.

**Afectaciones sociales:** Respecto a las afectaciones sociales, se ha encontrado que el nivel de desarrollo de la orientación y movilidad autónoma de las personas con discapacidad visual tiene relación directa con sus habilidades sociales. Pero este proceso también sucede a la inversa, es decir, que las habilidades sociales influyen sobre el desarrollo de la orientación y movilidad <sup>(21)</sup>.

Por otra parte en México la investigación de Hernández (2012), basada en diferentes observaciones participativas de recorridos en espacios públicos de personas con discapacidad visual, encontró que existen leyes a favor de la accesibilidad de las personas con discapacidad pero que estas no se cumplen



cabalmente en la ciudad de México y esto ocasiona que algunas personas con ceguera o debilidad visual no se sientan motivadas para salir de sus hogares, desplazarse e incluirse en actividades sociales, por lo que concluye que la verdadera fuente de discapacidad es el conjunto de fuerzas sociales que producen espacios públicos que segregan, lugares de trabajo que discapacitan y tecnología excluyente <sup>(21)</sup>.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La discapacidad visual afecta diversos ámbitos de la vida de las personas que la presentan. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), al 2020, considera que más de 1,000 millones de personas viven en todo el mundo con algún tipo de discapacidad, De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, en México hay 6,179,890 personas con algún tipo de discapacidad, lo que representa 4.9 % de la población total del país, de ellas 53 % son mujeres y 47 % son hombres por lo que requieren con frecuencia servicios de asistencia.

Asi mismo, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) al año 2021, menciona que el 30% de la población mexicana tiene algún tipo de problema visual, sobre todo miopía y astigmatismo. también refiere que se tiene alrededor de 700 mil personas con discapacidad ocular, como ceguera o debilidad que la adquirieron por enfermedad, accidente o de forma congénita,

Las personas que tienen alguna discapacidad visual, presentan una serie de consecuencias en su vida, específicamente en los movimientos presentes en las actividades cotidianas, ya sea en el trabajo, la recreación, los deportes, todo lo cual es importante para su desarrollo psico-social, ya que dicha discapacidad puede estar afectando la interacción entre las personas con deficiencias, tal condición se puede ver agravada por la existencia de las barreras sociales, limitando la independencia de la personas con tal discapacidad.

Los pacientes con discapacidad visual han sido tratados básicamente por médicos especializados, como son los oftalmólogos, sin embargo y no obstante que desde la fisioterapia se puede brindar un buen aporte que facilite la rehabilitación social de movilidad de estos pacientes y mejore su calidad de vida, poco es considerada esta disciplina en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con discapacidad visual, lo que puede estar limitando los resultados de las terapias indicadas, promoviendo su vida la independencia y la capacidad de enfocarse también en el movimiento que es un factor indispensable para este tipo de discapacidad.

Considerando lo antes expuesto surge la siguiente interrogante.

**¿Cuál es la percepción del personal Médico y de Fisioterapia del Hospital Militar de Santa María Rayon, respecto a la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual?**

### **III. JUSTIFICACIÓN**

A nivel mundial como en nuestro propio país las alteraciones visuales es un problema que se ha venido incrementando, en México sobre el tipo de limitaciones que se reportaron en el censo 2020, llama la atención la cantidad de personas que no pueden ver aún usando lentes, lo que podemos entender como discapacidad visual, pues ya es ligeramente superior a la cantidad de personas con limitación para caminar, o discapacidad motriz.

La población con discapacidad visual presenta muchos problemas físicos y psicosociales, siendo una de las más importantes la orientación y movilidad, lo cual los priva de poder realizar actividades de forma independiente y por lo mismo se vuelven personas muy sedentarias y dependientes.

Identificar la percepción que tanto el personal médico como el de fisioterapia tiene respecto a la orientación y movilidad en las personas con discapacidad visual, es necesario, para proporcionar una capacitación adecuada a las personas, y se pueda brindar una atención de manera integral a los pacientes que así lo requieran, así como un tipo de atención que resulte más eficiente y efectiva.

Según los datos obtenidos tendremos información que nos ayudará a preparar mejor a las personas y que con esta mejor formación de la gente, se pueda brindar una mejor atención, por otra parte una formación adecuada de los profesionales particularmente en el área de fisioterapia, puede ayudar a la disminución de costos de atención, tanto para instituciones, como para pacientes y familiares, al establecer diagnósticos de manera oportuna e implementar estrategias de tratamiento que como ya se mencionó sean más eficiente.

#### **IV. HIPÓTESIS.**

Por ser un estudio descriptivo, no se requiere hipótesis y la intención del estudio esta plasmada en el planteamiento del problema y objetivos de estudio.

## **V. OBJETIVOS.**

### **1. OBJETIVO GENERAL.**

- Determinar la percepción del personal Médico y Fisioterapia del Hospital Militar de Santa Maria Rayon, respecto a la orientación y movilidad en las personas con discapacidad visual.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar las variables demográficas de los participantes en el estudio.
- Identificar el conocimiento que el personal médico y de fisioterapia tiene con respecto a la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual.
- Identificar la opinión que los médicos y fisioterapeutas tienen respecto a la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual.
- Identificar las fuentes de información que tienen las personas participantes en el estudio.
- Determinar la relación entre las variables demográficas y la percepción que tienen las personas participantes en el estudio.

## **VI. MÉTODO.**

Para fines del desarrollo del presente trabajo de tesis se consideró los siguientes elementos.

### **1. TIPO DE ESTUDIO.**

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo transversal, donde se aplicó un cuestionario, con el objetivo de determinar la percepción del personal Médico y Fisioterapia del Hospital Militar de Santa Maria Rayon, respecto a la orientación y movilidad en las personas con discapacidad visual.

### **2. OBTENCIÓN DE DATOS.**

Los datos requeridos para el presente estudio fueron obtenidos por el alumno tesista, mediante la aplicación de un cuestionario al personal de Médicos y Fisioterapeutas que laboran en el Hospital Militar de Santa María Rayón Toluca, Estado de México, los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2023, dicho cuestionario titulado “percepción sobre la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual”, esta integrado por 20 reactivos divididos en cuatro secciones: **(ver anexo No 1.)** que contiene los siguientes apartados:

- a) información general de los participantes.
- b) conocimientos acerca de la terapia física y discapacidad visual.
  - 5 preguntas abiertas para el conocimiento general acerca de la Terapia física y discapacidad visual.
  - 2 preguntas de opción múltiple para el conocimiento general acerca de los ámbitos fundamentales y técnicas físicas que un fisioterapeuta trabaja y utiliza para el tratamiento de las personas con discapacidad visual.
  - 3 preguntas Falso o Verdadero, acerca del tratamiento de la fisioterapia en personas con discapacidad visual.
- c) 5 reactivos tipo Likert para identificar la percepción acerca de la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual.
- d) 5 reactivos tipo Likert para identificar las fuentes de información, sobre la participación de la fisioterapia en personas con discapacidad visual

## UNIVERSO DEL TRABAJO.

Se tomarón en cuenta a todos los Médicos y Fisioterapeutas que se encuentran laborando en el Hospital Militar de Santa Maria Rayon Toluca, Estado de México. Que cumplan con los siguientes criterios:

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Médicos y fisioterapeutas que se encuentren laborando en el Hospital Militar de Santa Maria Rayon, de ambos sexos, no importando la edad.
- Médicos y fisioterapeutas como pasantes o externos al hospital que deseen participar en el estudio.

### CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- Que no cumplan con alguno de los criterios de inclusión antes mencionados.

## 3. ANALISIS DE DATOS.

Para fines del presente estudio se consideró las variables de acuerdo con el siguiente esquema de operacionalización.

<b>variable</b>	<b>Definición teórica</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Indicador.</b>
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Condición orgánica biológica de los padres.	Cualitativa Nominal.	Hombre Mujer.
Edad	Años de vida cronológica de una persona.	Años cumplidos del personal de salud.	Cuantitativa. Discreta.	Años.
Escolaridad,	Nivel educativo.	Último nivel escolar concluido por los participantes.	Cualitativo. Ordinal.	Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado.
Ocupacion.	Tipo de trabajo que efectúa una persona.	Trabajo o actividad que desempeña con regularidad.	Cualitativa Nominal	Médico general Especialista Terapeuta físico.



Percepción	Acto de recibir, interpretar y comprender a través de los sentidos.	Opinión respecto a la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual, se integrará con los conocimientos las actitudes y las conductas.	Cualitativa Ordinal	Nivel de percepción Buena de 13 a 15 puntos. Nivel de percepción regular de 9 a 12 puntos. Nivel de percepción Deficiente. de 5 a 8 puntos
Conocimientos.	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.	Conocimientos generales de Terapia Fisica y percepción sobre la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual.	Cualitativa Ordinal.	Nivel de conocimientos. Buena de 12 a 15 puntos Nivel de conocimientos. Regular. de 9 a 12 puntos Nivel de conocimientos. Deficiente. de 5 a 8 puntos
Fuentes de información.	Recursos humanos o fisicos disponibles para obtener información propia de un área.	Persona o recurso del que obtienen información de Terapia Fisica y percepción sobre la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual	Cualitativa	-Personas.  -Material impreso.  -Televisión.  -Radio.  -Internet.  -Platicas.

De acuerdo con el tipo de variable se consideró el siguiente esquema de análisis

**Variables cualitativas y cuantitativas :**

- a. Para las variables cualitativas se consideró un análisis de frecuencia en el cual utilizamos la moda y las proporciones.

- b. Para las variables cuantitativas se empleó las medidas de tendencia central como la media, moda así como las proporciones.
- c. En cuanto a las preguntas abiertas, se evaluó por el método de saturación.
- d. La percepción se evaluó empleando la escala de Likert, con lo cual se establecieron tres categorías de la siguiente forma:

Percepción buena: de 13 a 15 puntos

Percepción regular: de 9 a 12 puntos.

Percepción deficiente: de 5 a 8 puntos.

## **VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.**

Para fines del presente trabajo, se consideró los siguientes aspectos éticos:

**Confidencialidad:** La información obtenida sólo se usará para los fines de la investigación, siendo estos confidenciales.

**Anonimato:** Todos los datos serán empleados de manera anónima.

**Uso de la información:** Los resultados y su interpretación se darán a conocer a la autoridad correspondiente, con la intención de que se pueda llevar a cabo acciones que redunden en un beneficio para la institución y en beneficio de la sociedad.

### VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividades	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	semanas				semanas				semanas				semanas				semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de información y selección del tema.				x																
Planteamiento del problema y justificación					x	x	x	x												
Marco teórico									x	x	x	x								
Método													x							
Culminación de protocolo														x	x	x				
Presentación de protocolo.																	x	x	x	x

Actividades	Ago.-Sep.				Oct.-Dic.				Ene.-Feb.-Mar. 2023.															
	semanas				semanas				semanas				semanas				semanas							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Permisos para revisión	x	x	x	x																				
Aplicación de cuestionarios.					x	x	x	x																
Revisión y Evaluación de la información									x	x	x	x												
Clasificación y tabulación de datos.																								
Elaboración de cuadros y gráficas																	x	x						
Análisis e interpretación de datos.																			x	x				
Reporte final de tesis.																			x	x				

## **IX. LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.**

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el periodo comprendido entre los meses de Febrero del 2022 a Noviembre del mismo año, en las instalaciones del Hospital Militar de Santa Maria Rayon. Toluca, Edo, de México.

## **X. ORGANIZACIÓN.**

La organización será de la siguiente manera:

Se recabó toda la información necesaria para llevar a cabo el trabajo de investigación, aplicando un cuestionario que brindó aspectos relevantes del tema de investigación, obteniendo el permiso de los médicos y fisioterapeutas del Hospital Militar de Santa Maria Rayon, en la aplicación de un cuestionario online y escrito, así como su difusión entre la muestra de estudio el link correspondiente de acceso al cuestionario, además se analizó las respuestas para elaborar las conclusiones pertinentes.

TESISTA:

P.L.T.F. GERARDO SANTIAGO RAMIREZ.

A cargo de materializar el proyecto de investigación, delimitando el problema a estudiar, búsqueda de información, confección y aplicación del instrumento de investigación y harán correcciones que estime el director, para que finalmente se presenten los resultados obtenidos, con el objeto de generar conocimiento nuevo.

DIRECTOR.

DR. MIGUEL ANGEL KARAM CALDERON.

Quien está a cargo de revisar, supervisar y ajustar el contenido del proyecto de investigación brindando asesoría académica, apoyo psicosocial y apoyo práctico al tesista, para conducirlos al éxito de la investigación.

## XI. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

El costo de este proyecto de investigación será de aproximadamente \$3200, mismos que serán sostenidos por el investigador.

Tipo.	Categoría.	Recursos.	Descripción.	Financiamiento.	Cantidad.
Recursos para el proyecto.	Gastos del trabajo de investigación.	Impresión.	3 juegos de la tesis.	Personal.	\$ 1500.
		Internet.	Para el cuestionario online.	Personal.	\$ 500.
		Copias del cuestionario.	Para aplicarlo.	Personal.	\$ 300.
		tinta	Para imprimirlo.	Personal.	\$ 300.
	Materiales.	Hojas.	Para imprimirlo	Personal.	\$ 300.
		Papelería.	Diverso.	Personal.	\$ 300.
<b>Total</b>					<b>\$ 3200.</b>

## XII. RESULTADOS.

### ANÁLISIS DE DATOS.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con el cuestionario que se aplicó al personal Médico y Fisioterapeutas, que laboran en el Hospital Militar de Santa María Rayón, Toluca Edo. Mex. durante el periodo de Enero a Marzo del 2023.

De acuerdo a las características sociodemográficas, tenemos que del total de entrevistados son mujeres, correspondiente al 80% y un 20% que representa al género masculino, la edad que con mayor proporción se encuentra entre los 24 a 30 años equivalentes al 56%. (ver tabla 1)

Respecto a las características sociodemográficas observamos que la escolaridad con mayor porcentaje de los participantes fue de nivel de Licenciatura con el 72% y un menor grado son Especialistas con un 8%. Conforme a la ocupación, la mayoría de los encuestados fueron Fisioterapeutas con un 72%, seguidos por los Médicos con un 20% y en menor grado los Especialistas en el área de fisioterapia con un 8%. (ver tabla 1).

TABLA 1: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

	Variable.	N.	%.
Sexo.	Hombre.	5	20%
	Mujer.	20	80%
	Total.	25	100%
Edad.	21-23	6	24%
	24-30	14	56%
	31-24	5	20%
	Total.	25	100%
Escolaridad.	Especialistas.	2	8%
	Licenciatura.	18	72%
	Maestría.	5	20%

Ocupación.	Médico General.	5	20%
	Fisioterapeutas.	18	72%
	Especialistas en Fisioterapia.	2	8%
	Total	25	100%

### CONOCIMIENTOS GENERALES ACERCA DE TERAPIA FÍSICA.

De acuerdo a los conocimientos generales que tiene el personal de Médicos y Fisioterapeutas respecto a la Terapia Física, se encontro que el 20% la refiere como una rama de la medicina asi como una ciencia, tenemos también que un 16% la define como un conjunto de técnicas y solo el 4 % como una especialidad o readaptación del paciente a sus actividades de la vida diaria. ( Ver Tabla 2)

TABLA 2: DEFINICIÓN DE TERAPIA FISICA.

Definición	Frecuencia.	Porcentaje.
Disciplina.	3	12%
Rama de la Medicina.	5	20%
Arte y Ciencia.	2	8%
Profesión.	2	8%
Técnicas.	4	16%
Ciencia.	5	20%
Arte.	2	8%
Readaptación.	1	4%
Especialidad.	1	4%
Total.	25	100%

Ademas se indago acerca de la comprensión sobre la discapacidad visual, como se aprecia en la tabla Num.3, el 36% de los entrevistados entiende que la Discapacidad Visual, es la perdida parcial total de la vista, seguido de un 20% que lo entiende como una alteración de la vista y en un menor grado lo entiende como una persona que no tiene capacidad de ver con el 4%.



TABLA 3. ENTENDER LA DISCAPACIDAD VISUAL.

Entender la Discapacidad Visual.	Frecuencia.	Porcentaje.
Pérdida parcial total de la vista.	9	36%
Limitación para la visión.	3	12%
Dificultad y alteración de la visión.	2	8%
Alteración de la vista.	5	20%
Disminución de la vista.	4	16%
Persona que no tiene capacidad de ver.	1	4%
Alguien con dioptrias.	1	4%
Total.	25	100%

Respecto a la opinión sobre la orientación y movilidad de las personas con Discapacidad Visual, gran parte de los encuestados (24%) opina que es importante para su independencia, seguido de un 16% que manifiesta que no hay adaptaciones adecuadas para este tipo de discapacidad y en un menor porcentaje ( 4%) opina que ayuda a mejorar la propiocepción de las personas con Discapacidad Visual. ( Ver Tabla 4)

TABLA 4: OPINIÓN SOBRE LA ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD.

Opinión.	Frecuencia.	Porcentaje.
No hay adaptaciones adecuadas.	4	16%
No se le da importancia.	3	12%
Es importante para independencia.	6	24%
Pocos especialistas para ayudar.	2	8%
Se encuentra reducida o limitada movilidad	3	12%
Habilidad esencial	2	8%
Comprometida de manera importante.	2	8%
Es necesario el aprendizaje.	2	8%
Ayuda a mejorar la propiocepción.	1	4%
Total	25	100%

Dentro de la importancia de la participación del Fisioterapeuta en personas con Discapacidad Visual, encontramos que el 20% de los encuestados creen que es importante ya que les ayuda a una integración a su entorno social de buena manera, seguido de un 16% que mencionan que es importante para desarrollar mas sus otros sentidos asi como para mejorar su postura y propiocepción, en menor porcentaje creen que contribuye positivamente en la educación y su desarrollo con un 4%. (Ver Tabla 5)

TABLA 5: IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.

Importancia.	Frecuencia.	Porcentaje.
Para desarrollar mas sus otros sentidos.	4	16%
Enseñanza de los aditamentos de la marcha.	2	8%
Integración a su entorno social.	5	20%
Traslacion de un lugar a otro.	3	12%
Para mejorar postura y propiocepción.	4	16%
Contribuye positivamente en la educación y su desarrollo.	1	4%
En la capacitación de personal.	2	8%
Independencia a los pacientes.	2	8%
Orientacion espacial.	2	8%
Total.	25	100%

Los ámbitos fundamentales en que se deben trabajar con una persona con discapacidad visual, el 20.16% refiere que se debe trabajar el ámbito de relación con el entorno espacial y con los objetos. Por otra parte, el ámbito socializador fue también un lugar importante (19.35%) y el ámbito que en menor proporción fue elegido por los encuestados fue el nutricional con un (11.29%). ( Ver Tabla 6)

TABLA 6: ÁMBITOS FUNDAMENTALES QUE SE DEBE TRABAJAR CON UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL.

Ámbitos Fundamentales	Frecuencia.	Porcentaje.
Ámbito cognitivo.	21	16.93%
Ámbito formativo.	18	14.51%
Ámbito de relación con el entorno espacial y con los objetos.	25	20.16%
Ámbito socializador	24	19.35%
Ámbito afectivo o emocional.	22	17.74%
Ámbito nutricional.	14	11.29%
Total.	124	100%

Dentro de las técnicas físicas encontramos que el 23.076% de los encuestados opina que el fisioterapeuta utiliza la reeducación postural global, seguido de un 20.192% que opina que el fisioterapeuta utiliza como técnica física la reeducación psicomotriz, en menor proporción manifiesta que utiliza el masaje y los estiramientos en un 11.538%. ( Ver Tabla 7)

TABLA 7: TÉCNICAS FÍSICAS QUE UN FISIOTERAPEUTA UTILIZA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.

Técnicas Físicas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Reeducación muscular propioceptiva.	14	13.461%
La gimnasia terapéutica y compensatoria.	19	18.269%
La reeducación psicomotriz.	21	20.192%
La reeducación postural global.	24	23.076%
El masaje y los estiramientos.	12	11.538%
Técnicas de relajación.	14	13.461%
Total.	104	100%

## **PERCEPCIÓN ACERCA DE LA ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

En términos generales encontramos que la mayoría de los encuestados tiene una buena percepción acerca de la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual en un 88%, y con tan solo un 12% con una percepción regular sobre el tema.

Al analizar los resultados acerca de la percepción de la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual, se puede constatar que el 80% de los hombres encuestados tienen buena percepción acerca de la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual y el 20% tiene una percepción regular. En el caso de las mujeres cuentan con una buena percepción en un 90% y solo el 10% tiene una percepción regular.

Con referente a la edad, podemos encontrar que el rango de edad menor a 27 años tiene una percepción buena en un 92%, y tan solo el 8% de mencionado rango, tiene una percepción regular, en el caso de encuestados de 28 años o mas tienen una percepción buena en un 83% y solo un 17% en ese rango de edad tiene una percepción regular.

De acuerdo a los grados de estudios, podemos encontrar que el 80% de Médicos tienen una buena percepción acerca de la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual y solo el 20 % tiene una percepción regular, en el caso de los licenciados en Fisioterapia cuentan con una buena percepción en un 89% y un 11% con percepción regular, hablando de los Especilistas en Fisioterapia que son en un menor porcentaje que los mencionados anteriormente cuentan con una buena percepción. (Ver Tabla 8)

**TABLA 8: PERCEPCIÓN ACERCA DE LA ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL.**

Frecuencia Variable demográfica.	Percepción buena		Percepción regular		Percepción deficiente.		Total.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Percepción	22	88%	3	12%	0	0%	25	100%
<b>1.- Sexo.</b>								
H	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
M	18	90%	2	10%	0	0%	20	100%
<b>2.- Edad.</b>								
Menor a 27 años.	12	92%	1	8%	0	0%	13	100%
28 o mas.	10	83%	2	17%	0	0%	12	100%
<b>3. Grado de estudios.</b>								
Médicos.	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
Licenciatura.	16	89%	2	11%	0	0%	18	100%
Especialistas.	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%

### **PERCEPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN.**

De acuerdo a las fuentes de información el 52% considera que el personal médico y fisioterapeuta acceden a fuentes de información oportuna y veraz acerca de la rehabilitación en personas con discapacidad visual, un 36% no esta en acuerdo ni desacuerdo, destacando el 12 % que cree que el personal no accede a fuentes de información oportuna y veraz acerca de la rehabilitación en personas con discapacidad visual.

Sobre la existencia de libros, revistas, articulos, etc sobre la intervención de la fisioterapia en personas con discapacidad visual, el 60% esta en totalmente de acuerdo que existen y solo el 40 % no esta en acuerdo ni desacuerdo.

Respecto al material que existe sobre la intervención de la fisioterapia en personas con discapacidad visual, si se encuentra actualizada y es coherente con estandares

educativos, el 68% no esta en acuerdo ni desacuerdo, un 20 % cree que si se encuentra actualizada y es coherente con los estandares educativos y solo el 12 % cree que no esta actualizada ni es coherente. (Ver Tabla 9)

**TABLA 9: FUENTES DE INFORMACIÓN.**

Consideración de la información.	Totalmente de acuerdo		Ni de acuerdo ni desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total.	
acceso a fuentes de información oportuna y veraz	13	52%	9	36%	3	12%	25	100%
Existencia de información en libros, artículos, revistas, etc,	15	60%	10	40%	0	0%	25	100%
El material que existe está actualizada y es coherente con estándares educativos.	5	20%	17	68%	3	12%	25	100%
redes de información y apoyo para fisioterapeutas sobre el tema.	7	28%	16	64%	2	8%	25	100%
trabajo transdisciplinario en este nosocomio.	14	56%	8	32%	3	12%	25	100%

Acerca de la existencia de las redes de información y apoyo para fisioterapeutas sobre temas relacionados con la intervencion fisioterapeutica en personas con discapacidad visual, apreciamos que los encuestados se encuentran indiferentes en un 64%, con un 28% que cree en la existencia de las redes de información y apoyo, solo un 8 % se encuentra en total desacuerdo.

Respecto si se llevan a cabo el trabajo transdisciplinario en este Nosocomio donde los profesionales de la salud participan en equipo el 56 % esta totalmente de acuerdo, el 32% lo desconoce y solo el 12% cree que no se lleva a cabo el trabajo transdisciplinario en este hospital. (Ver Tabla 9)

### **XIII. DISCUSIÓN.**

Con base en los resultados obtenidos de la presente investigación y como lo demuestra la información recopilada se dio cumplimiento a los diferentes objetivos planteados. Para el objetivo general que fue “Determinar la percepción del personal Médico y Fisioterapia del Hospital Militar de Santa Maria Rayón, respecto a la orientación y movilidad en las personas con discapacidad visual” se encontro que el 80% de los encuestados tiene buena percepción.

Encontramos también una mala comprensión de lo que es la Fisioterapia dentro de un equipo de salud, ya que la mayoría de los encuestados en un 20 % la refiere como una rama de la medicina así como una ciencia y en menor proporción de un 4% la refiere como una especialidad o readaptación del paciente a sus actividades de la vida diaria, y que de acuerdo con la OMS, es "El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad.

Con respecto a la percepción de la discapacidad visual que según la OMS. La define en dos terminos, el término “ceguera” que abarca desde 0.05 de agudeza visual (5%) la no percepción de la luz o una reducción del campo visual inferior a 10 grados, y el término “baja visión o debilidad visual” comprende una agudeza máxima a 0.3 (30%) y mínima superior a 0.05 (5%). Como se observa en los resultados obtenidos en la presente investigación solo el 36% la entiende como la perdida parcial total de la vista. Por lo cual debe implementarse mas fuentes de información acerca de la discapacidad visual para un buen entendimiento en los profesionales de salud.

En base a los objetivos especificos, respecto a la orientación y movilidad de personas con discapacidad visual un 24% opina que es importante para su independencia, seguido de un 16% que manifiesta que no hay adaptaciones adecuadas para este tipo de discapacidad en este nosocomio, y esto condicionan desafortunadamente tanto el nivel hospitalario y social, ya que no se cumplen con

los requisitos básicos para favorecer la movilidad de las personas con discapacidad visual, lo que de alguna manera favorecen los demás comentarios y esto de alguna manera afecta la calidad de vida.

Con referente a la importancia de la participación del Fisioterapeuta en personas con Discapacidad Visual, encontramos que el 20% de los encuestados creen que es importante ya que les ayuda a una integración a su entorno social de buena manera. Por lo cual no tienen buen conocimiento de la participación del fisioterapeuta en el tratamiento de las personas con discapacidad visual. Ya que la participación del fisioterapeuta abarca, diversas técnicas físicas, como la reeducación muscular propioceptiva, la gimnasia terapéutica y compensatoria, la reeducación psicomotriz, la reeducación postural global, el masaje, los estiramientos o las técnicas de relajación.

Al hablar de fuentes de información existentes entre las profesiones, podemos decir que el 12 % está de acuerdo que el personal no accede a fuentes de información oportuna y veraz acerca de la rehabilitación en personas con discapacidad visual. Cabe recalcar de la existencia de las redes de información y apoyo para, fisioterapeutas sobre temas relacionados con la intervención fisioterapéutica en personas con discapacidad visual, apreciamos que los encuestados se encuentran indiferentes con el tema en un 64%, cifra que deja mucho de que hablar sobre la importancia y desconocimiento que se tiene sobre la discapacidad visual en este nosocomio.

La mayoría de las personas con discapacidad visual se encuentran en un grupo de población vulnerable, siendo que la ceguera por catarata en México afecta principalmente a personas de bajos recursos, edad avanzada y en zonas marginadas, no solo en este nosocomio y que solo reciben atención médica por parte del oftalmólogo olvidando la parte de la rehabilitación y con ende la importancia de la participación del fisioterapeuta dentro del equipo multidisciplinario.



#### **XIV. CONCLUSIONES.**

Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación podemos concluir lo siguiente:

En general la percepción que tiene el personal de Médicos y Fisioterapeutas con referente a la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual es buena, lo que representa al 88% total de la muestra, sin embargo la falta de interés sobre el tema en un 64%, las barreras arquitectónicas que existen en este nosocomio en un 16 %, así como la actualización de la información en un 68% que no le da importancia, y un 64% le es indiferente las redes de apoyo e investigación sobre la intervención fisioterapéutica en personas con discapacidad visual, limitan la participación transdisciplinaria entre el personal de salud.

No pasa lo mismo a la hora de analizar las preguntas abiertas acerca de los conocimientos generales, en donde la mayoría de los profesionales en un 20% incluso los terapeutas físicos, no tiene claro su rol como profesional. Lo que nos lleva a la conclusión de que seguimos considerando técnicos en un 16%.

Por lo cual se vuelve una necesidad el acceso a fuentes de información verídicas, oportunas y actuales no solo en tratamiento médico de las personas con discapacidad visual, si no también de terapia física, además de la expansión de dicha área donde la formación este basada en conocimientos teórico prácticos: ámbitos cognitivos, formativos, de relación con el entorno espacial y con los objetos, socializador, efectivo o emocional y no solamente en la atención médica por parte del oftalmólogo.

Finalmente la percepción que se tiene sobre la discapacidad visual se ve influenciada al parecer por la formación disciplinaria que se tiene, debido a que se resaltan por un lado las barreras físicas que se tiene no solo en este nosocomio, si no en todas las instalaciones sanitarias, mientras por otro lado otros participantes se enfocaron en la necesidad de aprendizaje.

## **XV. SUGERENCIAS.**

Antes de emitir las recomendaciones, es importante señalar la importancia del respeto y buena actitud como valores fundamentales para hacer posible las relaciones de convivencia y comunicación eficaz entre las personas ya que son condición indispensable para el trabajo en equipo entre las distintas áreas de este hospital.

Ahora bien, conforme a lo resultados obtenidos en la presente investigación se sugiere las siguientes acciones para mejorar la percepción y participación de la Fisioterapia.

- **Instalación.**

Realizar trabajos de accesibilidad a la instalación sanitaria como rampas, señalamientos, barandales así como guías podotáctiles de orientación en las calles para personas con discapacidad visual, ya que el hospital no cuenta con mencionadas guías podotáctiles de orientación para sus pacientes con discapacidad visual.

- **Talleres:**

Fomentar talleres de uso de silla de ruedas, muletas, bastón, orientación espacial para una mejor movilidad dentro y fuera del hospital, así como incluir diferentes profesiones para una mejor participación transdisciplinaria.

- **Foros de discusión.**

Estudio de casos clínicos: presentación de un caso clínico con referente al trabajo de la fisioterapia en personas con discapacidad visual y sus avances, así como sus beneficios, donde cada especialidad que intervenga en el tratamiento debata la importancia del mismo.

- Congreso.

La importancia del trabajo transdisciplinario en pacientes con discapacidad visual.

- Premios motivacionales.

Otorgar premios como ( bastones) en los talleres a las personas con discapacidad visual que obtenga el mejor desenvolvimiento en los talleres otorgados en el hospital.

- Adquisición de material.

Adquirir (libros, revistas, artículos, etc) actualizados sobre la intervención fisioterapéutica en personas con discapacidad visual, así como la importancia del trabajo transdisciplinario en este padecimiento.

## XII. ANEXOS.

### Anexo 1.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA.

**Cuestionario:** para identificar la percepción del personal Médico y fisioterapeuta respecto la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual.

#### Sección 1: *información general.*

Nombre y Grado:			
Edad	años	<b>sexo</b>	<b>O Mujer O Hombre</b>
Escolaridad	O Licenciatura. O Especialidad. O Maestría. O Doctorado.		
Ocupación.	O Médico en general. O Médico especialista. O Fisioterapeuta.		
Años de sv.		Años de sv en la especialidad.	

Preguntas de estudio.

Solo tienes que responder SINCERAMENTE el siguiente cuestionario, esto tiene un tiempo estimado de 15 minutos.

#### Sección 2: *conocimientos acerca de Terapia física y discapacidad visual.*

1.-¿Para ti que es la Fisioterapia?

2.-¿Qué entiendes por discapacidad visual?

3.-¿Qué opinas sobre la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual?.

4.-Consideras importante la intervención del fisioterapeuta en un equipo de salud.

O SI.

O NO.

¿Por qué?.

5.- ¿Crees que es importante la participación del fisioterapeuta en el tratamiento de las personas con discapacidad visual?

SI.

NO.

¿Por qué?.

6.- Marca con una X los ambitos fundamentales que se debe trabajar con una persona con discapacidad visual.

Ámbito cognitivo.	
Ambito formativo.	
Ámbito de relación con el entorno espacial y con los objetos.	
Ámbito socializador	
Ámbito afectivo o emocional.	
Ámbito nutricional.	

Marca con una X si es Falso o Verdadero.

7.- Para conseguir la máxima autonomía e integración en una persona con problemas visuales es importante la educación de la dinámica y la estática corporales.

Falso.

Verdadero.

8.- La Fisioterapia para el tratamiento de las personas con discapacidad visual es importante ya que los efectos de las diferentes técnicas físicas pueden incidir directamente en la base de muchos procesos evolutivos.

Falso.

Verdadero.

9.- La Fisioterapia puede contribuir positivamente en la educación y el desarrollo de las personas con discapacidad visual.

Falso.

Verdadero.

10.- Marque las diversas técnicas físicas que un Fisioterapeuta utiliza para el tratamiento de las personas con discapacidad visual.

Reeducción muscular propioceptiva.

La gimnasia terapéutica y compensatoria.

La reeducación psicomotriz.

La reeducación postural global.

El masaje y los estiramientos.

Técnicas de relajación.

**Sección 3.** *Percepción acerca de la orientación y movilidad de las personas con discapacidad visual.*

**Instrucciones:** Encierre en un círculo el número de su respuesta a cada afirmación en las siguientes oraciones.

1. Totalmente de acuerdo	2. ni acuerdo ni desacuerdo.	3. totalmente en desacuerdo.
--------------------------	------------------------------	------------------------------

11. La capacidad de orientarse y moverse es una habilidad esencial para todas las personas.	1	2	3
12. En el proceso de trabajar la orientación y la movilidad de una persona con discapacidad visual intervienen elementos tanto intelectuales como físicos.	1	2	3
13. La fisioterapia brinda un buen aporte que facilita la rehabilitación social de movilidad de los pacientes con discapacidad visual y mejora su calidad de vida	1	2	3
14. Las personas que tienen alguna discapacidad visual, presentan una serie de consecuencias en su vida, específicamente en los movimientos presentes en las actividades cotidianas.	1	2	3
15. Los pacientes con discapacidad visual presenta muchos problemas físicos y psicosociales, siendo una de las más importantes la orientación y movilidad	1	2	3

**Sección 4:** *fuentes de información.*

**Instrucciones:** Encierre en un círculo el número de su respuesta a cada afirmación de las siguientes oraciones:

1. Totalmente de acuerdo	2. ni acuerdo ni desacuerdo.	3. totalmente en desacuerdo.
--------------------------	------------------------------	------------------------------

16. Considera que el personal médico y fisioterapeuta acceden a fuentes de información oportuna y veraz acerca de la rehabilitación en personas con discapacidad visual.	1	2	3
17. Cree que exista información en libros, artículos, revistas, etc, sobre la intervención de la fisioterapia en personas con discapacidad visual.	1	2	3
18. El material sobre la intervención de la fisioterapia en personas con discapacidad visual que existe está actualizada y es coherente con estándares educativos.	1	2	3
19. Existen redes de información y apoyo para fisioterapeutas sobre temas relacionados con la intervención fisioterapéutica en personas con discapacidad visual.	1	2	3
20. En este nosocomio se llevan a cabo el trabajo transdisciplinario donde los profesionales de la salud participan en equipo.	1	2	3

### **XIII. BIBLIOGRAFIA.**

1. Luz María Vargas Melgarejo. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, vol. 4, núm. 8, 1994, pp. 47-53, de Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>.
  
2. Angélica María Razo González, Ricardo Díaz Castillo, Martha Patricia López González. (2017). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. 28/02/2018, de revista CONAMED Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con182b.pdf>.
  
3. Gutierrez, I, Valencia, M. Percepción de, egresado de la licenciatura en terapia Física de la Facultad de Medicina a de la Universidad Autónoma del Estado de México (1ed.).México: UAEMex; 2014.
  
4. Tejada Zabaleta A. Agenciación humana en la teoria cognitivo social: definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico* (internet). 2005 julio-diciembre (consultado el 11 de Mayo del 2022). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100510>.
  
5. Darina Stefani. Teoria de la acción razonada: Una propuesta para la evolución cuanti-cualitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar* (internet) 2005 (consultado el 11 de Mayo del 2022); Disponible en: <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/viewFile/538/478>.
  
6. Emilio Moreno Jesus Gil. El modelo de creencias en salud: Revisión teorica, concientización critica y propuesta alternativa. *Rev. Int. Psicol. Tex.psicol.* (internet) 2005 (consultado el 11 de Mayo del 2022); Disponible en: <http://www.iipsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi> ES.pdf.

7. Francisco Soto, Jesus A. El modelo de creencias en salud: un enfoque teorico para la prevención del sida. Rev. Esp. Sal. Pub. (internet) 1997 (consultado el 11 de Mayo del 2022); 71 (4) Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n4/esp\\_sida.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n4/esp_sida.pdf).
8. Jacqueline Hernández Sánchez, Clara María Forero Bulla. (2011). Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud. 2011, de Revista Cubana de Enfermería. Sitio web: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n2/enf08211.pdf>.
9. Josep Roca i Balasch,. (1991). Percepcion: , Usos y Teorias. 1991, de INEFC- Barcelona. Sitio web: Percepción: Usos Y Teorias | Apunts. Educación física y .<https://raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/view>.
10. Flavia Vivaldi, Enrique Barr. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. 2012, de Universidad de Concepción, Chile Sitio web: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>.
11. Antonio Videra-García y Rafael Reigal-Garrido. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. 2013, de Universidad de Málaga, España Sitio web: [https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico\\_evolutiva4.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico_evolutiva4.pdf).
12. Rosa, García Cantó, Carrillo. (2018). Percepción de salud, actividad física y condición física en escolares,18/07/2018, de la Facultad de Educación. Universidad de Murcia Sitio web: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v18n3/1578-8423-cpd-18-3-179-189.pdf>.
13. María del Pilar Oviedo. Martha Liliana Hernández. Juan Camilo Suárez. (2020). Percepción de la rehabilitación visual: Una mirada desde las personas con baja



14. Cándido Roberto Vázquez-Morales y Guadalupe del Carmen Álvarez-Gordillo. (2016). Percepciones sobre la salud en estudiantes que viven en áreas de riesgo de desastres de origen hidrometeorológico: el caso de Motozintla, Chiapas, México. 2016, de Población y Salud en Mesoamerica Sitio web: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44643207005>.

15. Carolina Castañeda-Vázquez. María del Carmen Campos-Mesa. Óscar Del Castillo-Andrés. (2015). Actividad física y percepción de salud de los estudiantes universitarios. 2015, de Physical Activity and Self-Rated Health in University Students Sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n2/v64n2a13.pdf>.

16. Pablo Jodra, José Luis Maté-Muñoz y Raúl Domínguez. (2019). Percepción de salud, autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física. septiembre 2019, de Revista de Psicología del Deporte/Journal of Sport Psychology Vol. 28. no2 2019. pp. 127–134 Universidad de Almería / Universidad Autónoma de Barcelona Sitio web: [https://www.researchgate.net/publication/335601978\\_Percepcion\\_de\\_salud\\_autoestima\\_y\\_autoconcepto\\_fisico\\_en\\_personas\\_mayores\\_en\\_funcion\\_de\\_su\\_actividad\\_fisica](https://www.researchgate.net/publication/335601978_Percepcion_de_salud_autoestima_y_autoconcepto_fisico_en_personas_mayores_en_funcion_de_su_actividad_fisica).

17. José A. García del Castillo. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. 2012, de Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID). Universidad Miguel Hernández de Elche. Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf>.

18. Mónica Sacchi. Margarita Hausberger. Adriana Pereyra. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. 2007, de Salud

colectiva                      buenos                      aires.                      Sitio                      web:  
<https://www.scielo.org/article/scol/2007.v3n3/271-283/es/>.

19. AMEFI. Org. ¿Qué es la fisioterapia? [Sede Web]. AMEFI [s.f; 01 de mayo 2022].  
Disponible en: <http://www.amefi.com.mx/fisioterapia>.

20. D. Ciscar Presas M. A. Soler Martí. (2005). La fisioterapia en el entorno educativo del niño con discapacidad visual. 2005, de Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña                      Sitio                      web:  
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/23517/Integracion-461.pdf?sequence=1>.

21. Juan José García Llamas. (2019). Orientación y movilidad autónoma en niños con discapacidad visual. 10/05/19, de Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Guadalajara Jalisco. Sitio web:  
[https://rei.iteso.mx/xmlui/themes/Mirage2/bookview/template.html?path=/bitstream/handle/11117/5865/TesisDoctoral\\_JuanGarciaLlamas\\_.pdf?sequence=4&isAllowed=y#page=1](https://rei.iteso.mx/xmlui/themes/Mirage2/bookview/template.html?path=/bitstream/handle/11117/5865/TesisDoctoral_JuanGarciaLlamas_.pdf?sequence=4&isAllowed=y#page=1).

22. Bullinger, A. (1991). Vision, posture et mouvement chez le bébé: approche développementale et clinique. En F.Jouen y A. Henocq (Eds.), Du nouveau-né au nourrisson: Recherche fondamentale et pédiatrie (47-61). París: P.U.F.

23. Blouin, M., Bergeron, C. et al. (1995). Diction- naire de la réadaptation, Tome 1: Termes tech niques d' évaluation. (Vols. 1) Québec: Publications du Québec.

24. María Pilar Basterrechea Estella. Concepción Blocona Santos. (2011). Discapacidad visual y autonomía personal. 2011, de Organización Nacional de Ciegos Españoles, 2011                      Sitio                      web:  
[https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26230/discap\\_visual.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26230/discap_visual.pdf)

25. Definición de discapacidad visual según la OMS:  
<https://creena.educacion.navarra.es/web/necesidadeseducativas/especiales/equipo-visuales/discapacidad-visual/definicion-visuales/>.

26. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y de acuerdo con la directora del Hospital de la Ceguera APEC, Valeria Sánchez, México.  
<https://www.tecsalud.mx/noticias/conoce-las-complicaciones-oculares-derivadas-del-covid-19>.

27. Educación Inclusiva. Personas con discapacidad visual. Módulo 6: Autonomía personal: [http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/129/cd/unidad\\_6/m6\\_orientacion\\_movilidad.htm](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/129/cd/unidad_6/m6_orientacion_movilidad.htm) Consultada el 20 de noviembre de 2017.

28. Federación Española de Sordoceguera. (2018). Guía de orientación y movilidad. 2018, de Federación Española de Sordoceguera. Barcelona España. Sitio web: [https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/2793801/Guia\\_de\\_orientacion\\_y\\_movilidad\\_sin\\_clave.pdf/134eea73-3596-48ed-942b-94aa57dbffdb](https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/2793801/Guia_de_orientacion_y_movilidad_sin_clave.pdf/134eea73-3596-48ed-942b-94aa57dbffdb).