

UNIVERSIDAD FASTA
FACULTAD DE CS. MÉDICAS
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA
TESIS DE LICENCIATURA



LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO KINÉSICO EN UNA ENTIDAD DE SALUD PÚBLICA

TESIS DE LICENCIATURA
MARTIN SALORT



Tutora: Lic. Mariela Dominguez
Asesoramiento Metodológico

2015

“Debe entenderse que todos somos educadores.
Cada acto de nuestra vida cotidiana tiene implicancias,
a veces significativas. Procuremos entonces enseñar con el ejemplo”.

René Gerónimo Favalaro

“Daria todo lo que sé, por la mitad de lo que ignoro”.

René Descartes



DEDICATORIA

A mis padres, Irma y Juan Carlos, que estuvieron siempre; a mis hermanos y a mis amigos, por su aliento y buena onda. A mi amor incondicional y fortaleza Romina y a mi hermosa hija Catalina.



Un agradecimiento a todo el servicio de kinesiología del Hospital Interzonal, kinesiólogos de planta y residentes, por haberme brindado su tiempo y espacio, por abrirme sus puertas para el desarrollo de éste trabajo.

A los profesores que hacen de la enseñanza un instrumento para formar no sólo profesionales sino personas integra. A la Prof. Vivian, del Departamento de Investigación, al Prof. Santiago del Departamento de Estadísticas; a Eduardo del centro de copiado; a mis compañeros, en especial a mi amigo y dupla de estudio Gonzalo.



La falta de adherencia al tratamiento es un fenómeno mundial que se presenta en todas las áreas de la medicina, en un amplio abanico de patologías, tanto agudas como crónicas, no discriminando ni a niños ni ancianos. En el área de la rehabilitación kinésica el fenómeno del abandono también existe, ocasionando el estancamiento en la rehabilitación, alargando a la misma y hasta ocasionando una ineficiente recuperación con secuelas.

Objetivo: Determinar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico de las lesiones traumáticas en el Aparato Locomotor y que factores son la que la condicionan, en pacientes ingresados al servicio de kinesiología de un Hospital Público de Mar del Plata durante 3 meses del año 2014.

Materiales y métodos: El diseño metodológico es del tipo no experimental – transversal descriptivo. La muestra no probabilística se realizó con 120 pacientes de un hospital público de Mar del Plata durante los meses de octubre – noviembre y diciembre del año 2014. Los datos fueron recolectados mediante encuestas personales en una primera instancia, y luego una segunda encuesta telefónica sólo a aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento.

Resultados: Se determinó que el nivel de adherencia al tratamiento kinésico en el hospital público del Higa es del 75.8%; de un total de 120 pacientes han abandonado 29 personas. El factor socio-económico y demográfico, con el 34%, fue la causa principal de no-adherencia. El porcentaje resulta de la suma de los abandonos dados por problemas laborales, los de índole económica y por último los de transporte. El segundo factor de incumplimiento, en un 24%, es el relacionado al sistema de salud y al equipo profesional.

Conclusiones: Se considera una alta adherencia al tratamiento kinésico en el hospital público de Mar del Plata.

Palabras claves: Adherencia – tratamiento kinésico – abandono – lesión traumática.



The lack of adherence to treatment is a global phenomenon that occurs in all areas of medicine, in a wide range of pathologies, both acute and chronic, not discriminating or children or elderly. In the area of rehabilitation kinésica abandonment phenomenon also it exists, causing stagnation in rehabilitation, extending to it and even causing inefficient recovery with sequelae.

Objective: To determine the level of adherence to physiotherapy treatment of traumatic injuries Musculoskeletal and factors which determine, in patients admitted to the service of kinesiology at a public hospital in Mar del Plata during three months of 2014.

Material and Methods: The methodological design is non-experimental - descriptive cross. The probabilistic sample was performed with 120 patients from a public hospital in Mar del Plata during the months of October to November and December 2014. Data were collected through personal interviews in the first instance, and then a second telephone survey only patients who discontinued treatment.

Results: It was determined that the level of adherence to physiotherapy treatment at the public hospital Higa is 75.8%; a total of 120 patients have left 29 people. The socio-economic and demographic factor, with 34%, was the leading cause of non-adherence. The percentage is the sum of dropouts given by labor problems, economic ones and finally the transport. The second factor of default, 24%, is related to the health system and professional team.

Conclusions: It is considered a high adherence to physiotherapy treatment at the public hospital in Mar del Plata.

Key words: Adhesion - physiotherapy treatment - abandonment - traumatic injury.



Introducción.....	1
Capítulo 1 <i>Lesión traumática en el Aparato Locomotor</i>	4
Capítulo 2 <i>Adhesión y abandono en el tratamiento kinésico</i>	15
Diseño Metodológico.....	26
Análisis de los datos.....	35
Conclusiones.....	67
Bibliografía.....	71





INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia al tratamiento es un fenómeno mundial que se presenta en un amplio abanico de patologías, tanto agudas como crónicas, no discriminando ni a niños ni ancianos, tendiendo a un estancamiento en la rehabilitación, alargando a la misma y hasta ocasionando una ineficiente recuperación con secuelas.

En el área de la rehabilitación kinésica el fenómeno del abandono también dice presente, podemos encontrar como antecedente un estudio en el Hospital Público de Ramos Mejía realizado por González (2005)¹, donde enmarca que el 43,7 % de los pacientes abandonan la terapia física. Otro trabajo más reciente, hecho por Luengo (2012)² en un consultorio privado de rehabilitación física, marca que el 30% no concluyen su tratamiento.

Dimatteo & Di Nicola (1994)³ señalan que la adherencia, entendida como una implicación activa y voluntaria del paciente es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, y no sólo a los que involucran al paciente.

Según la OMS (2004)⁴ la complejidad de la no-adherencia a la rehabilitación se la reconoce como un fenómeno multifactorial que involucra factores asociados al paciente, a la enfermedad, relacionados al tipo de tratamiento, a factores socio-económicos, y a la interacción del paciente con el profesional de la salud, por ello es que requiere un abordaje multidisciplinario.

Como profesionales de la salud creo conveniente que la determinación de las variables que ocasionan el abandono a la terapia física puede ser de gran utilidad, tanto a kinesiólogos como así también a los distintos agentes que conforman el equipo multidisciplinario, en función de conocer las causas de inasistencia con posterior abandono, y así poder revertirlas para lograr mejores resultados en los tratamientos kinésicos.

¹ Gonzalez, F., (2005) explica su experiencia en el Hospital Público Ramos Mejía. Se sugiere ampliar la información en <http://www.hospitalramosmejia.info/r/200701/272.pdf>

² Luengo, D., (2012), en su Tesis de grado habla de las posibles causas de incumplimiento en la terapia física en una institución de rehabilitación privada.

³ Dimatteo & Di Nicola, (1994) en su artículo explican la importancia de la adherencia a un tratamiento terapéutico desde el modelo de Bandura. Se sugiere ampliar la información en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61122/88856>

⁴ OMS – Organización Mundial de la Salud (2004), en su trabajo “*Adherencia a los tratamientos a largo plazo*”, explica la adherencia en relación a enfermedades crónicas como el asma y la hipertensión entre otros.

Con el fin de abordar la problemática de la falta de adherencia en el área de la rehabilitación kinesiológica se planteó dicho problema:

¿Cuál es el grado de adherencia al tratamiento kinésico de las lesiones traumáticas en el Aparato Locomotor y que factores son los que la condicionan en un Hospital Público de Mar del Plata durante 3 meses del año 2014?

El **objetivo general** para la problemática planteada es:

- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico de las lesiones traumáticas en el Aparato Locomotor y que factores son la que la condicionan, en pacientes ingresados al servicio de kinesiología de un Hospital Público de Mar del Plata durante 3 meses del año 2014.

Los **objetivos específicos** son los siguientes:

- Establecer la prevalencia de los diferentes factores que conducen al abandono del tratamiento kinésico, según la clasificación determinada por la OMS.
- Identificar, dentro de los factores socio-económicos y demográficos, cual es la causa que más incide en el abandono al tratamiento kinésico.
- Indagar que tipos de lesiones, en el Aparato Locomotor, son las que presentaron mayor adherencia al tratamiento kinésico y cuáles no.
- Relacionar el momento en el que se produce el abandono con el porcentaje de cumplimiento.
- Determinar si el sistema de otorgación de turnos influyen sobre el abandono al tratamiento.

The background features a silhouette of a person standing on a suspension bridge, with their arms outstretched. The bridge's cables and structure are faintly visible. Overlaid on this are several semi-transparent anatomical diagrams, including a circular diagram with lines radiating from a central point, possibly representing a joint or a specific anatomical structure. The overall color scheme is a gradient of light blue to teal.

CAPÍTULO I

**Lesión traumática en
el Aparato Locomotor**

La Real Academia Nacional de Medicina (2012)¹ define a la lesión como:

“Alteración morfo estructural de un organismo en cualquiera de sus niveles de organización (molecular, celular, tisular, anatómico, corporal o social) producida por causas físicas, químicas o biológicas”.

Por su parte, la OMS (1994)² define a la misma como:

“Cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno”.

Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad. Las lesiones son producidas por diversos mecanismos nocivos o dañinos, que alteran el equilibrio o la homeostasis celular.

Entre las distintas clasificaciones de causas de lesiones, se menciona la de la OMS (1994): de causas externas se encuentran las de origen físico: como traumatismos, radiaciones, electricidad, calor, frío; las de origen químico: pueden ser sustancias corrosivas como tóxicos o venenos; y por último las biológicas: como agentes infecciosos como virus, bacterias o parásitos.

Entre las causas internas se distinguen los trastornos inmunológicos: enfermedades autoinmunes, reacciones de hipersensibilidad; las enfermedades hereditarias; las malformaciones congénitas o del desarrollo; los trastornos metabólicos como la diabetes mellitus; y deficiencia nutricional: allí se encuentran la malnutrición y las avitaminosis³.

Ya habiendo clasificado las distintas causas que pueden provocar una lesión, se profundizará en un tipo particular, el traumatismo, entendido como:

“Lesión interna o externa debida a la acción violenta de un agente externo. Los agentes vulnerables son de naturaleza muy variada: mecánicos, térmicos, químicos, eléctricos, radiaciones ionizantes, energía lumínica, onda expansiva, variaciones de presión y de velocidad. Actúan por diferentes mecanismos, algunos comunes para distintos agentes, y producen alteraciones generales y locales, que son muy variadas y dependientes de agente vulnerante responsable del traumatismo”
(Real Academia Nacional de Medicina: 2012: p1627).

El ser humano, en su relación con el medio ambiente, se encuentra enfrentado a la acción de diferentes agentes físicos como el calor, el frío, la electricidad, las radiaciones, distintos tipos de fuerzas como las mecánicas, las cuales aplicadas sobre el organismo producen diferentes lesiones. Dicha fuerza mecánica, desde punto de vista físico, es un vector y como tal tiene dos características fundamentales: magnitud y dirección; por lo tanto,

¹ Real Academia Nacional de Medicina en “*Diccionario de términos médicos*”, se sugiere ampliar información en diccionario de términos médicos citado en la bibliografía, p.981

² OMS – Organización Mundial de la Salud en <http://www.who.int/publications/es/>

³ La avitaminosis es un estado patológico causado por la carencia o deficiencia extrema de una o más vitaminas. “*Diccionario de términos médicos*”, p.187

cada vez que una fuerza actúa sobre el organismo, se debe cuantificar la cantidad que se aplicó y el mecanismo que se ejerció para producir una supuesta lesión. Asimismo, una fuerza determinada puede multiplicarse si se aplica mediante un efecto de palanca, y es lo que ocurre frecuentemente en fuerzas aplicadas sobre el organismo y dentro de la función normal dentro del sistema osteo-artro-muscular. Esta fuerza aplicada se traduce en una forma de energía y que entre mayor sea la energía aplicada sobre el cuerpo, mayor será la lesión producida. Así, por ejemplo, las lesiones sufridas serán mayores en caso de un accidente producido por una caída desde una cierta altura, a aquéllas producidas por fuerzas menores aplicadas sobre personas en una posición estática.

Las distintas lesiones traumáticas se traducen en el organismo como contusiones⁴, heridas, lesiones del aparato locomotor, traumas cráneo-encefálicos, traumas vertebr-medulares, politraumatismos, quemaduras y cuerpos extraños.

La Real Academia Nacional de Medicina (2012)⁵ define al aparato locomotor como:

“Aparato constituido por las estructuras anatómicas que permiten el movimiento de parte o de la totalidad del cuerpo, es decir, por los huesos y las articulaciones, que actúan como complejo de palancas, y por los músculos y sus tendones, que actúan como complejo motor”.

El aparato locomotor está constituido fundamentalmente por tejido tendinoso, cartilaginoso, óseo y muscular, que forman estructuras más complejas denominadas músculos, huesos y articulaciones. Como cabe esperar, en él también se hallan presentes otros tejidos como el sanguíneo, nervioso, adiposo, etc. Todas estas estructuras mencionadas son propensas a sufrir cualquier tipo de lesión.

Entre las funciones del aparato locomotor se pueden destacar: sostén de nuestro cuerpo; protección de estructuras, como el cráneo y la columna vertebral; respiración; albergue y protección de diferentes tejidos y órganos y locomoción.

Los músculos, principal tejido del sistema locomotor, conforman el 40 al 45% de la masa corporal. Son los componentes activos del aparato locomotor, permiten el desplazamiento y múltiples acciones, el latido del corazón, el movimiento del tórax cuando respiramos, y que los vasos sanguíneos puedan regular la presión y el flujo de la sangre a través del cuerpo. Los movimientos que realizan los músculos son coordinados y controlados por el sistema nervioso. Los músculos involuntarios son controlados por sistemas que se encuentran en el cerebro y en la parte superior de la espina dorsal. Los

⁴ La contusión es un hematoma sin laceración. Suele ser una lesión superficial pero puede aparecer en estructuras más profundas. Denominado vulgarmente moretón. Harper Collins, “Diccionario Médico”, p.220

⁵ Real Academia Nacional de Medicina define al aparato locomotor y a sus componentes, se sugiere ampliar información en “Diccionario de términos médicos” citado en la bibliografía, p.131

músculos voluntarios o esqueléticos son regulados por las partes del cerebro conocidas como la corteza motora y el cerebelo.

Cuando una persona decide moverse, la corteza motora envía una señal eléctrica a través de la espina dorsal y los nervios periféricos hasta los músculos, y hace que se contraigan. La corteza motora, ubicada en la parte derecha del cerebro, controla los músculos de la parte izquierda del cuerpo, y viceversa.

Los músculos mueven las partes del cuerpo contrayéndose y relajándose. Los músculos traccionan de los huesos, trabajando en pares de flexores y extensores. El flexor se contrae para doblar una extremidad en la articulación. Después, una vez completado el movimiento, el flexor se relaja y el extensor se contrae para extender o estirar el miembro en la misma articulación.

Un músculo de manera general se compone de un vientre muscular, en donde se encuentran las fibras musculares contráctiles, y uno o más tendones. El vientre muscular está rodeado de un tejido fibroso que se llama fascia⁶.

Cada músculo está compuesto por miles de fibras musculares que se van agrupando y rodeando de una serie de capas de tejido conectivo que se prolongan hasta formar tendones. Las fibras se agrupan formando haces y éstos a su vez forman músculos. Estos últimos en sus extremos se unen mediante los tendones a los huesos o ligamentos. Suponen aproximadamente 3/7 del peso total de nuestro organismo.

Un músculo mueve todas las articulaciones sobre las cuales pasa. Así, existen músculos cortos, monoarticulares que mueven sólo una articulación, y músculos largos, poliarticulares que movilizan varias articulaciones.

Los músculos, como cualquier tejido del cuerpo, no están exentos de recibir algún tipo de lesión, Sampietro (2007)⁷ define a este tipo de traumatismo como:

“Lesión muscular que abarca un daño o alteración en la estructura normal del musculo, tanto en el componente contráctil, como en los componentes conectivos o la unión musculo tendinosa del mismo. Este daño o disfunción puede ser producto de un estiramiento excesivo, la realización de una fuerza intrínseca más allá de la capacidad contráctil del musculo o una combinación de ambos”.

La lesión muscular, de acuerdo a su gravedad, se la puede clasificar en: contracturas o calambres, donde no hay lesión muscular anatómica; y distensiones o desgarros, donde hay lesión muscular propiamente dicha.

Las contracturas musculares son la contracción involuntaria y dolorosa de una masa muscular. Vulgarmente son denominadas calambres. Se producen por fatiga o

⁶ La fascia es una membrana de tejido conjuntivo que envuelve una estructura. “Diccionario Médico”, p.368

⁷ Sampietro en su curso a distancia de “Rehabilitación de Lesiones 2”, explica la prevención y rehabilitación de lesiones musculares, p.2

calentamiento inapropiado ante un esfuerzo intenso, es pasajera y no va unida a lesión anatómica.

Las distensiones fibrilares se producen al superar el límite de elasticidad del músculo, no existiendo daño anatómico. El paciente nota un dolor no intenso en el momento del esfuerzo y sensación de estiramiento muscular. A menudo son causadas al levantar algo pesado o al forzar demasiado un músculo, generalmente afectan a los músculos del cuello, la espalda, los muslos o la parte posterior de la pierna. El desgarro muscular ocurre cuando los músculos o tendones se estiran y se producen rupturas parciales o totales del músculo.

Los desgarros musculares se clasifican en rotura fibrilar, rotura parcial y rotura total.

La rotura fibrilar es la más frecuente y corresponde a una rotura microscópica en la que sólo unas fibrillas musculares son lesionadas. A veces pueden acompañarse de una lesión vascular, apareciendo un pequeño hematoma. Al ser de tamaño reducido, no suelen ser visibles con la ecografía. El paciente refiere un dolor violento, descrito a veces "como una pedrada", que se acompaña de impotencia funcional. Con el reposo disminuye el dolor pero éste se reproduce con la presión o el movimiento.

La rotura parcial representa el 20% de las roturas fibrilares. Su etiopatogenia es similar a la rotura fibrilar, con la única diferencia que el número de fibras musculares afectadas es mayor, pero sin llegar nunca a afectar por completo el cuerpo muscular. Con la ecografía se pueden visualizar la lesión muscular y el hematoma acompañante. A la palpación se puede apreciar una depresión en la zona afectada, llamada "signo del hachazo". La vuelta a la actividad física habitual será progresiva según la sensibilidad dolorosa del paciente, advirtiéndose, sobre todo en deportistas con mucho interés en volver a practicar deporte, de la importancia de realizar estiramientos y calentamiento previo para evitar nuevas roturas en la zona.

En la rotura total se rompen totalmente las fibras, separándose ambos extremos musculares con una retracción de los vientres musculares, que se retraen y contraen. Representan el 5% de las roturas fibrilares y cursan con intenso dolor e impotencia funcional completa. El tratamiento es siempre quirúrgico.

Siguiendo con la composición del Aparato Locomotor se encuentran los tendones, encargados de unir los músculos a los huesos, éstos fueron definidos por Antonio Jurado Bueno (2008)⁸ como:

“Estructuras anatómicas situadas entre el músculo y el hueso cuya función es transmitir la fuerza generada por el primero al segundo, dando lugar al movimiento articular”.

⁸ Jurado Bueno en su libro *“Tendón – Valoración y tratamiento en Fisioterapia”* habla de las características de los tendones, su rehabilitación y las principales tendinopatías, p.7

Estos tejidos poseen gran fuerza tensil y pueden resistir tracciones enormes. En una unidad de movimiento básica un músculo tiene dos tendones, uno proximal y otro distal, llamados origen e inserción respectivamente. El punto de unión entre el músculo y el hueso se denomina unión miotendinosa (UMT).

Los tendones, expuestos a solicitudes intrínsecas y extrínsecas, pueden verse dañados estructuralmente. La naturaleza del daño varía de acuerdo al tipo de fuerza, sea esta de carácter externa, traumatismo, o interna.

La tendinitis, tendinopatía intrínseca⁹, es una lesión común, es una inflamación del tendón producto de micro rupturas agudas con daño vascular (inflamatorias), se observa hematoma y edema (Sampietro: 2007)¹⁰.

En las tendinopatías extrínsecas, la causa normalmente es una compresión excesiva sobre el tendón. La compresión, provocada por un elemento externo, provoca una lesión del paratendón, tejido conjuntivo¹¹, que recubre al mismo tendón.

La entesitis es la llamada tendinitis de inserción, ya que es la lesión del tendón a nivel del su inserción ósea. Las localizaciones más frecuentes aparecen a nivel del codo, como la epicondilitis y la epitrocleitis, en la pata de ganso, tendón rotuliano y cuadriceps, y en el tendón de Aquiles.

Habiendo definido al aparato muscular, tendones y sus respectivas lesiones se pasará a definir al aparato esquelético u óseo como:

“El tejido óseo es un tejido conjuntivo especializado en la función esquelética y de sostén cuyas propiedades especiales también se deben a la composición de su matriz, en la cual se depositan sales de calcio”.
(Ulrich Welsch: 2009: p131)¹²

Los huesos, otro de los componentes del aparato locomotor, tienen tres funciones principales sobradamente conocidas: actúan como sostén del cuerpo y permiten que este se mantenga erecto; protege las vísceras ante cualquier presión o golpe del exterior, como por ejemplo, las costillas al albergar los pulmones; y permiten el movimiento de las extremidades, funcionando como puntos de anclaje de los músculos, que si no los tuvieran no podrían contraerse.

⁹ El término intrínseco indica que pertenece a una parte o está situado por completo dentro de ella. *“Diccionario Médico”*, p.507

¹⁰ Sampietro en su curso a distancia de *“Rehabilitación de Lesiones 2”*, explica la prevención y rehabilitación de lesiones musculares, p.2

¹¹ El tejido conjuntivo es un término general que designa cualquiera de los tejidos de sostén que conectan o unen las diversas partes del cuerpo, excepto el Sist. Nervioso. *“Diccionario Médico”*, p.927

¹² Ulrich Welsch en su libro *“Sobotta – Histología”* describe los distintos tejidos del cuerpo humano y los sistemas que éstos conforman.

El esqueleto humano cuenta con 206 huesos. Los huesos están formados por dos tipos de material: hueso compacto¹³ y hueso esponjoso¹⁴ y se clasifican según el tamaño en huesos: largos, cortos, planos e irregulares.

Dentro de las lesiones traumáticas en el aparato locomotor se encuentran las fracturas, entendidas como:

“Solución de continuidad, completa o incompleta de un hueso”
(Silberman: 2003: p209)¹⁵.

Una fractura consiste en la rotura de un hueso; puede quebrarse, partirse o astillarse. Cuando ello sucede, todos los otros elementos del aparato locomotor resultan o pueden resultar dañados; se lesionan en mayor o menor grado articulaciones, músculos, vasos, nervios, etc., sea en forma directa, por acción del traumatismo, o indirecta como consecuencia de las acciones terapéuticas.

Si se aplica más presión sobre un hueso de la que puede soportar, éste se parte o se rompe. Si el hueso fracturado rompe la piel, se denomina fractura abierta. Pueden causarlas una caída, un golpe fuerte y, a veces, un movimiento de torsión o contracción violenta de un músculo. La mayoría de las veces se requiere una fuerza considerable para que un hueso se rompa, pero en niños y ancianos los huesos son más frágiles, razón por la cual son más frecuentes las fracturas en estas personas. Estas lesiones solamente pueden poner la vida en peligro si van acompañadas de hemorragia arterial o si comprometen el sistema nervioso. Estas lesiones generalmente ocasionan shock como consecuencia del dolor y de la hemorragia que las acompaña.

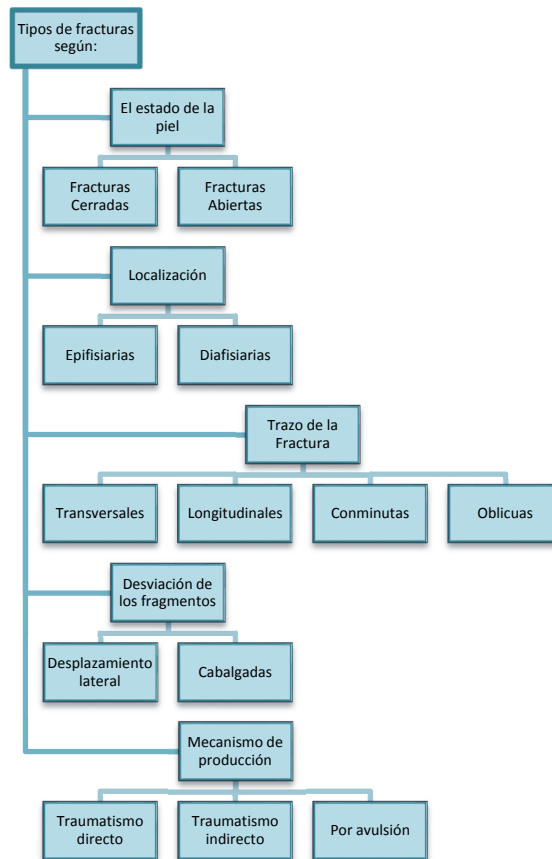
¹³ Tórtora lo define como tejido que contiene pocos espacios y es el componente más sólido del tejido óseo. Se encuentra por debajo del periostio de todos los huesos y forma la mayor parte de las diáfisis de los huesos largos. *“Principios de Anatomía y Fisiología”*, p.177

¹⁴ El hueso esponjoso, al contrario del hueso compacto, contiene láminas dispuestas en una red irregular de columnas delgadas denominadas trabéculas, lo que hacen más liviano a los huesos. *“Principios de Anatomía y Fisiología”*, p.177

¹⁵ Silberman en sus tomos I y II de *“Ortopedia y Traumatología”* explica las posibles fracturas que pueden sufrir los huesos del cuerpo humano y la ortopedia para dichos casos.

Después de una fractura, nuevas células óseas llenan la separación y reparan la rotura.

Diagrama N°1: Clasificación de fracturas



Fuente: Adaptado de Silberman, F. (2003)

Las fracturas se clasifican según criterios:

Por el estado de la piel, fracturas cerradas: son aquellas en las que la fractura no se comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada; fracturas abiertas: son aquellas en las que se puede observar el hueso fracturado a simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto. Algunas veces, el propio traumatismo lesiona la piel y los tejidos subyacentes antes de llegar al hueso; otras, el hueso fracturado actúa desde dentro, desgarrando los tejidos y la piel de modo que la fractura queda en contacto con el exterior.

Por la localización se dividen en: epifisarias, localizadas en las epífisis; diafisarias, localizadas en la diáfisis. Pueden afectar a los tercios superior, medio o inferior.

Por el trazo de la fractura se encuentran las transversales: la línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso; oblicuas: la línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso; longitudinales: la línea de

fractura sigue el eje longitudinal del hueso; conminutas: hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos.

Según la desviación de los fragmentos están las anguladas: los dos fragmentos en que ha quedado dividido el hueso a causa de la fractura forman un ángulo; con desplazamiento lateral: las dos superficies correspondientes a la línea de fractura no quedan confrontadas entre sí, por haberse desplazado lateralmente uno o los dos fragmentos; cabalgadas: uno de los fragmentos queda situado sobre el otro, con lo cual se produce un acortamiento del hueso afectado; y las engranadas: uno de los fragmentos ha quedado empotrado en el otro.

Según el mecanismo de producción de la fractura, se observan las de traumatismo directo: la fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cúbito por un golpe fuerte en el brazo; traumatismo indirecto: la fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático, como la fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos; y por avulsión¹⁶: en deportistas y personas con un gran desarrollo muscular se pueden producir fracturas por arrancamiento óseo al contraerse brusca y fuertemente un músculo determinado.

Compuesto por elementos básicos de tejido conjuntivo, los cartílagos, componentes estructurales del aparato locomotor, cumplen funciones variadas: forman parte de las articulaciones protegiéndolas en las partes donde friccionan; funcionan como amortiguadores, los meniscos; son precursores de los huesos; son responsables del crecimiento de los huesos forman parte de la estructura de orejas, tráquea, bronquios.

Existen tres tipos de cartílagos: elástico, hialino y fibrocartilago.

El cartílago hialino es el más importante, debido a que la mayoría de las articulaciones están revestidas con este tipo de tejido. Compuesto por colágeno y mayormente agua, éstos tejidos no poseen abastecimiento nervioso ni vascular, por ello una contusión aguda puede llegar a generar una ruptura, desgarrando el cartílago.

“Las lesiones del cartílago articular se clasifican según su tamaño y profundidad y según la causa y la histopatología”. (Bahr: 2007: p17)¹⁷

En la mayoría de los pacientes, la lesión no produce síntomas en el estadio agudo; el peligro radica en los cambios degenerativos que ocurren a largo plazo. Una lesión muy común en deportistas y adultos mayores es la rotura de los meniscos en las rodillas.

Siguiendo con el aparato locomotor, las articulaciones, estructuras complejas ubicadas entre dos huesos, permiten que nuestro cuerpo se mueva de muchas maneras. Algunas

¹⁶ La avulsión es una fractura provocada por la acción del aparato ligamentario o tendinoso, que fractura y separa un fragmento del resto del hueso, *“Diccionario Médico”, p.578*

¹⁷ Bahr en *“Lesiones Deportivas – Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”* junto con Sverre Maehlum destacan las lesiones más frecuentes en los deportistas de alto rendimiento, como se diagnostican las mismas y su rehabilitación.

articulaciones se abren y se cierran como una bisagra, es el caso de las rodillas y los brazos, mientras que otras nos permiten realizar movimientos más complejos: el hombro o la articulación de la cadera, por ejemplo, nos permiten realizar movimientos hacia adelante, hacia atrás, laterales y giratorios.

“Los huesos del cuerpo se unen para formar articulaciones y generar movimientos. Sin embargo, los tipos y extensión de los movimientos posibles dependen de la estructura y función de cada articulación, puestos que estas varían considerablemente”. (Palastanga: 2000: p25)¹⁸

Las distintas articulaciones del cuerpo se pueden agrupar en clases bien definidas: fibrosas, cartilaginosas y sinoviales. En el caso del aparato locomotor, son las articulaciones sinoviales las que permiten el movimiento en las extremidades, y cuya función es la de permitir y limitar los desplazamientos.

“Las articulaciones se clasifican de acuerdo con su gama de movimientos en: artrodiias, encaje reciproco, trocleares, trocoideas, esferoideas, condileas y elipsoides”. (Palastanga: 2000: p124).

Continuando con las lesiones en torno al cuerpo humano, las articulaciones del sistema locomotor no son la excepción; el principal traumatismo en las mismas es la luxación, entendida por Juan Fortune Haverbeck (2004)¹⁹ como:

“Lesión traumática de una articulación, en la cual hay una descoaptación total y estable de las superficies articulares”.

Se produce una luxación cuando los huesos que forman una articulación se desplazan de su posición normal. Este desplazamiento es causado, generalmente, por una fuerza violenta que desgarrar los ligamentos que mantiene los huesos en su sitio. Las articulaciones más afectadas son: hombro, codo, cadera, rodilla, tobillo, dedo pulgar, Hallux²⁰ del pie y mandíbula. En caso de accidente automovilístico es frecuente la luxación de las vértebras cervicales.

Todo ello la diferencia de la descoaptación normal que presentan las superficies articulares de la articulación temporo-maxilar, por ejemplo, en el movimiento de abrir y cerrar la boca, en que el desplazamiento de las superficies articulares entre si no es traumática.

También, la definición permite diferenciar la luxación de la sub-luxación, en que la descoaptación, siendo traumática, no es completa.

¹⁸ Palastanga en *“Anatomía y movimiento humano – estructura y funcionamiento”* habla del funcionamiento biomecánico del cuerpo humano.

¹⁹ Fortune Haverbeck hizo publicaciones en lesiones traumáticas en: http://www.fcm.unanleon.edu.ni/pdf/drfilibertoberrios/libros/Manual_de_Ortopedia_y_Traumatologia_PUC.pdf

²⁰ El Hallux es el primer dedo del pie, denominado vulgarmente dedo gordo del pie. *“Diccionario Médico”*, p.428

Por otro lado, siguiendo con las estructuras que conforman las articulaciones, se encuentran los ligamentos, definidas como:

“Estructuras de tejido colágeno que contactan un hueso con otro”
(Bahr: 2007: p5).

Son bandas cortas de resistentes fibras que ubicadas en la mayoría de las articulaciones del cuerpo. Su función mecánica es guiar el movimiento normal de la articulación y restringir los movimientos anormales (Raygoza Panduro y cols.: 2004)²¹.

A diferencia de los tendones, la lesión ligamentaria denominada esguince o torcedura, sucede como resultado de un traumatismo agudo, cuando los ligamentos que unen una articulación se alargan, se rompen o se desinsertan por un movimiento anormal. El mecanismo típico de lesión consiste en una sobrecarga repentina con distensión del ligamento mientras que la articulación se encuentra en una posición extrema.

Las roturas pueden producirse en el interior de la sustancia ligamentosa o en el sitio de unión del hueso con el ligamento. A veces también se observan fracturas por avulsión, cuando el ligamento arranca una porción del hueso. La localización de la rotura depende de diferentes factores.

Las lesiones ligamentarias se clasifican en leves (grado I), moderadas (grado II) y graves (grado III). Las lesiones leves se caracterizan por daño estructural a nivel microscópico, con escaso dolor. Las lesiones moderadas suelen producir edema²² visible y dolor manifiesto, sin compromiso de estabilidad articular. Las lesiones graves ocasionan rotura total del ligamento con edema importante e inestabilidad.

²¹ Raygoza Panduro y colaboradores realizaron un trabajo de investigación sobre el LCA de la rodilla en animales, implementando un sistema electrónico sensible a percibir las deformaciones de los ligamentos bajo situaciones de stress.

²² El edema es una hinchazón de cualquier parte del cuerpo debida a la retención de fluido en los espacios intercelulares de los tejidos, *“Diccionario Médico”*, p.285



CAPÍTULO II

**Adhesión y abandono
en el tratamiento kinésico**

Uno de los problemas que enfrenta el abordaje de éste tema es la definición conceptual de la palabra ADHESION. En la literatura médica y psicológica se reconoce un conjunto de términos para referirse al mismo aspecto, pero sin llegar a un concepto que sea aceptado y empleado por todos los investigadores y profesionales interesados en el tema.

La Real Academia Española (2012)¹ define adhesión como:

“Acción y efecto de adherir o adherirse”.

Por otra parte, las distintas conceptualizaciones traen confusión e incompreensión en el análisis de la palabra. Es frecuente observar, incluso entre profesionales de la salud, expresiones de duda o desconocimiento al escuchar el término “adherencia”, lo que conduce inevitablemente al cuestionamiento acerca de dicha palabra.

“La adherencia terapéutica es parte del comportamiento humano implicado en la salud y expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma”. (Ortego Maté y cols: 2010)²

Otra definición, que también relaciona al comportamiento humano con la acción del cuidado de la salud es la de los autores norteamericanos Epstein & Cluss (1982)³.

“La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”.

Con independencia del término que se utilice, adhesión, adherencia terapéutica o cumplimiento, es el paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones dadas por el profesional de la salud, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos, es él quien decide en última instancia cómo y cuándo lo hará.

En la práctica médica el concepto de adherencia terapéutica suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente de una forma determinada, pero muy lejos está de ello, ya que es un concepto más amplio, que incluye aspectos higiénico-sanitarios como: seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento.

¹ Real Academia Nacional de Medicina en “Diccionario de términos médicos”, se sugiere ampliar información en diccionario de términos médicos citado en la bibliografía Real Academia Española.

² Ortego Maté y colaboradores realizaron un trabajo para la Universidad de Cantabria donde analizan la adherencia y los factores que la condicionan, ampliar en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf

³ Epstein & Cluss hablan de los tratamientos farmacológicos a largo plazo, de la no-adherencia y sus consecuencias.

Se podría decir que cumplimiento y adherencia son sinónimos, así lo refiere Abenza Cano y otros (2009)⁴ cuando define la adherencia como:

“El nivel de cumplimiento, por parte del deportista lesionado, de los programas de rehabilitación prescritos por el equipo médico” (2009: p31)

Otros autores, en cambio, hacen hincapié en diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia, pues la primera requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de elaboración de las recomendaciones, entendiéndose por esto que los pacientes deben ser socios activos de los profesionales de la salud, considerando que una buena comunicación entre ambos conduce a lograr mejores niveles de adhesión. Mientras que cumplimiento u observancia quedaría supeditado meramente a un papel pasivo por parte del enfermo.

La implicación activa y voluntaria del paciente con un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el profesional de la salud con el fin de producir un resultado terapéutico deseado (DiMatteo & DiNicola: 1994)⁵ sigue estableciendo el papel primordial del paciente. Ello conlleva a que el enfermo se adhiere a un plan y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona.

Sin duda que a medida que se adentra en la problemática de definir correctamente la Adherencia siguen surgiendo distintas opiniones y argumentos, por ello se considera tomar la definición que tiene sobre dicha problemática la Organización Mundial de la Salud⁶ que define la Adherencia Terapéutica como:

“La magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento”. (OMS: 2004: p21)

El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.

La adherencia, de carácter terapéutico o de distinta índole, es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, y no sólo a los que involucran al paciente. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por

⁴ Abenza Cano, Olmedilla Zafra, Ortega Toro y Esparza Ros estudian el estado emocional en la rehabilitación en deportistas lesionados, desde el inicio del tratamiento hasta que son dados de alta.

⁵ Di Matteo & Di Nicola, en su artículo tratan de explicar la relevancia del estudio de la adherencia terapéutica desde el modelo teórico de la autoeficacia de Bandura.

⁶ OMS - Organización Mundial de la Salud busca mejorar las tasas mundiales de adherencia terapéutica en patologías crónicas mediante el informe *“Adherencia a los tratamientos a largo plazo-pruebas para la acción”*.

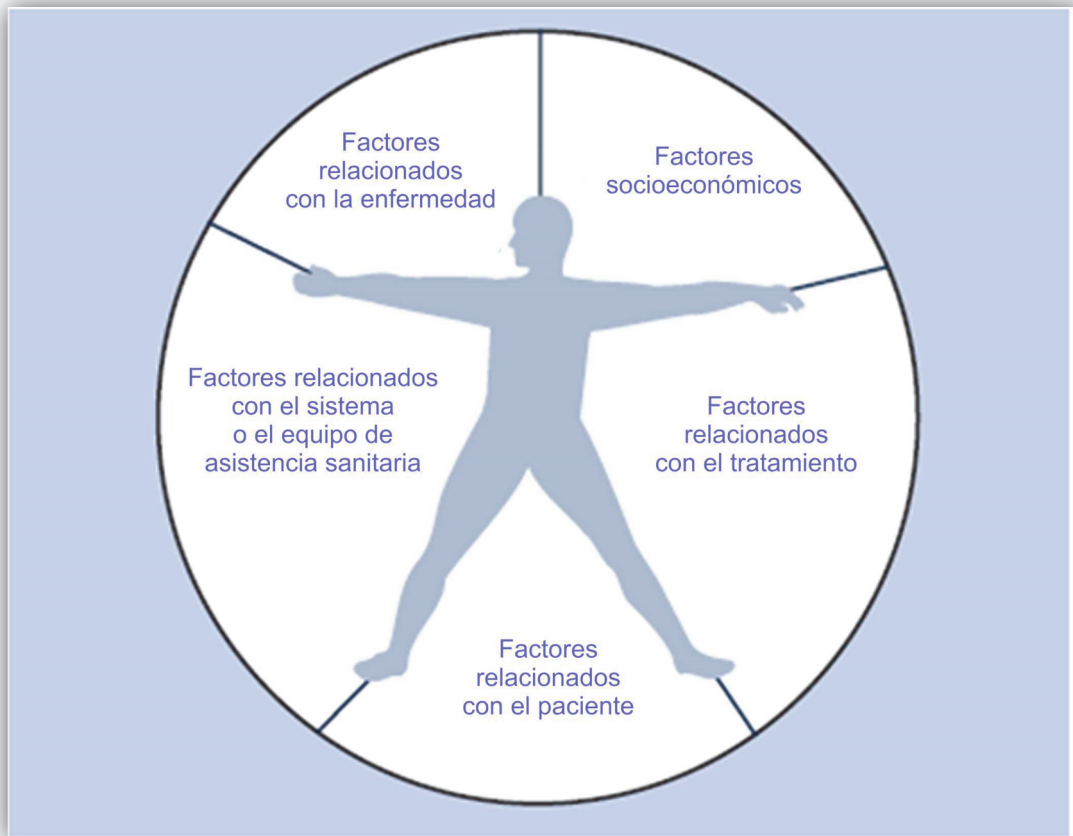
componentes subjetivos, y en ésta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado (Ortego Maté y cols.: 2010)⁷.

“La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores”. (OMS: 2004: p27)

La creencia común de que los pacientes son los únicos responsables de su tratamiento es falsa y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento.

Según la OMS, son cinco las dimensiones que influyen en la adherencia terapéutica.

Diagrama N°2: Las cinco dimensiones según la OMS



Fuente: OMS - Organización Mundial de la Salud (2004)

Respecto a la dimensión socio-económicos y demográfica, en los países en desarrollo, el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades. Tales prioridades incluyen con frecuencia la elección entre el tratamiento y las responsabilidades con la familia y/o trabajo.

⁷ Ortego Maté y colaboradores, en su trabajo de adhesión al tratamiento, explica entre otras cosas las variables implicadas en la adherencia, destacando las sociodemográficas como las de mayor peso por sobre cualquier otra variable. También enumera una serie de estrategias para mejorar la adhesión en los pacientes, familiares y allegados.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte.

Un trabajo científico hecho en el hospital público de Ramos Mejía - Bs.As. marcó que el factor socio-económico es responsable del 38% de los abandonos al tratamiento kinésico en el servicio de Kinesiología (González: 2005)⁸, posicionándose como la principal causa de incumplimiento en la rehabilitación. Por ello es imperioso analizar los distintos factores.

A menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, explicado principalmente porque a menor nivel educativo más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia. La pobreza como principal factor socio-económico está íntimamente relacionada con el analfabetismo y el bajo nivel educativo. A medida que desciende el poder adquisitivo de la persona mayor es la probabilidad de que ésta no concurra a un establecimiento educativo para su formación, convirtiéndose en un círculo vicioso.

Siguiendo con los factores socio-económicos, varios estudios señalan que la distancia de la residencia del paciente a los servicios de salud es un factor de abandono del tratamiento (Homedes: 1994)⁹. A mayor distancia que se encuentre el paciente del centro de rehabilitación, mayor será la probabilidad de que no asista y abandone el tratamiento. Relacionado con la red de transportes públicos, con el costo de los mismos y la situación económica del paciente para afrontar dichos gastos.

Por otro lado, dentro de las variables socio-demográficas (sexo, edad, estado civil, etc.), un estudio realizado por el Hospital Universitario de Madrid mostró que son los varones, jóvenes, solteros y de menores recursos económicos los que menores índices de adherencia desarrollan (García Cabeza y cols.: 2001)¹⁰.

“Aunque las variables sociodemográficas no pueden dar cuenta de toda la adherencia, son variables que juegan un papel importante a la hora de explicar la adherencia y son las variables más registradas por los autores a la hora de estudiar la adherencia, Entre estas variables cabe citar: el sexo, la edad, la raza, el nivel de estudios, la ocupación, y el número y edad de hijos u adultos a su cargo”. (Ortego Maté, M y cols: 2010: p14)¹¹

⁸ González, F. es un kinesiólogo que realizó una investigación en el Hospital Público de Ramos Mejía llamado: “Análisis de la adherencia a los tratamientos kinésicos”. En dicho trabajo analiza las variables que influyen en la no-adherencia y posterior abandono.

⁹ Homedes, N. explica de la importancia de las investigaciones sobre el cumplimiento del paciente y describe las distintas metodologías que se han utilizado en países desarrollados para determinar la medida en que el paciente cumple las instrucciones del médico.

¹⁰ García Cabeza E, Sánchez Díaz E, Sanz Amador M, Gutiérrez Rodríguez M, González de Chávez M. analizan los factores cognitivos que tienen lugar en el transcurso del tratamiento entre el paciente y el profesional tratante, revisando la relación entre los conceptos de adherencia y abandono en salud mental.

A través de este análisis se exponen estrategias que mejoran el cumplimiento y la adherencia.

¹¹ Ortego Maté y colaboradores describen variables que influyen en la adhesión como las creencias del paciente, el tipo de enfermedad, el tratamiento farmacológico, la relación paciente-personal de salud, la información recibida y el apoyo social entre otras.

La edad, como factor socio-demográfico, influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo (es decir, niños dependientes de los padres, adolescentes, adultos y pacientes ancianos).

“La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados. Varios estudios han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños. La adherencia de los lactantes y los niños pequeños a los regímenes recomendados de tratamiento en gran parte es determinada por la capacidad del padre/tutor para comprender y seguir con el tratamiento recomendado. A medida que la edad aumenta, los niños tienen la capacidad cognoscitiva para llevar a cabo las tareas de tratamiento, pero siguen necesitando supervisión de sus padres”.
(OMS: 2004: p29)¹²

La responsabilidad familiar compartida en las tareas de tratamiento y el refuerzo continuo parecen ser factores importantes para perfeccionar la adherencia al tratamiento prescrito para la población pediátrica. Los adolescentes, si bien son capaces de mayor autonomía para seguir las recomendaciones terapéuticas, luchan con la autoestima, la imagen corporal y los asuntos vinculados con los compañeros. La adherencia deficiente en los adolescentes puede reflejar la rebelión contra el control del régimen de sus vidas.

“Muchos pacientes ancianos se presentan con múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento prolongado y complejo para prevenir la debilidad y la discapacidad”. (OMS: 2004: p29)¹³

La adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes ancianos, se ha detectado que no adherirse a las recomendaciones y el tratamiento médico aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico, lo que conduce a mayor gasto en atención sanitaria, así como a discapacidad y muerte prematura.

Un interesante estudio en Arabia Saudita, citado por la OMS, concluyó que la relación médico-paciente en, tiempo de consulta, continuidad de la atención por el mismo médico y estilo de comunicación entre ambos son mucho más importantes en la adherencia que las variables sociodemográficas como el sexo, estado civil, edad y nivel educativo entre otros.

Otro de los factores importantes en el fracaso o no de la adherencia son los que están relacionados con el equipo de salud y el sistema de asistencia sanitaria.

La importancia de la relación del personal de salud y el paciente fue puesta ya de manifiesto por Hipócrates en el siglo IV a. C.:

¹² OMS – Organización Mundial de la Salud describe los factores socio demográficos que influyen en la adhesión al tratamiento. Allí destaca la edad del paciente, el analfabetismo, la pobreza, el nivel educativo, el transporte y el entorno familiar entre otros.

¹³ Ibid.

"El paciente, aún consciente de la gravedad de su situación, puede recuperar la salud simplemente a través de la fé en el buen hacer de su médico". (Ortego Maté y cols.: 2010: p20)

En la actualidad, se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos que hay entre los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria y el abandono a un tratamiento en particular. A pesar de ello, se ha comprobado que una buena relación entre el agente de salud y el paciente puede mejorar la adherencia terapéutica; no obstante, hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla (OMS: 2004).

"Es importante tener en cuenta que las personas que trabajan, o quienes tienen que pedir permiso para asistir a las instituciones de salud corren el riesgo de perder el empleo por incompatibilidad del horario de trabajo con el horario de atención en los servicios de salud, por tanto se requiere tener horarios flexibles". (Cáceres Manrique: 2005: p21-22)¹⁴

La falta de organización en los servicios de salud es señalada como factor generador de incumplimiento por parte del paciente, debido a esperas prolongadas, costos de las consultas, dificultad para consecución de citas y demoras en la atención.

"Una insatisfactoria relación entre el personal y el paciente, especialmente con relación al médico, lleva a una falta de adherencia". (Cáceres Manrique: 2005: p21)¹⁵

Como se menciona, el abanico de causantes de abandono dentro de la entidad de salud por razones propias al servicio o las relacionadas al personal son muchísimas. Tal vez, el factor que mayor peso tenga sea el que construya el propio enfermo, producto de la relación con el personal de salud. En la medida que la relación interpersonal entre los actores del proceso de rehabilitación sea buena, rara vez se ocasiona el abandono.

Las deficiencias que posea el profesional de la salud hacia sus pacientes van a repercutir negativamente sobre el recuerdo y la comprensión de la información

¹⁴ Cáceres Manrique, doctora colombiana, con su trabajo en la no-adherencia en pacientes al tratamiento anti-tuberculoso logró su master en epidemiología. En el mismo determina las tasas de abandono, los factores asociados al mismo en el área de Bucaramanga, Colombia.

¹⁵ Ibid.

proporcionada, en la participación del paciente, en el grado de satisfacción de la atención recibida, en el mantenimiento de la relación y en la adherencia al tratamiento.

Siguiendo con la descripción de los factores que influyen directamente en la adhesión a un tratamiento por parte del paciente, están los factores relacionados con la enfermedad de éste último.

Cuando la severidad de la dolencia es valorada por el enfermo, la percibida, incrementa la adherencia, apareciendo una relación directa entre severidad percibida y tasa de adherencia a prescripciones de salud.

Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad: física, psicológica, social y vocacional, la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

“Cuando la enfermedad empieza a ser tratada y la remisión de los síntomas se hace evidente, el paciente tiene una sensación de bienestar y considera que ya no es importante continuar con el tratamiento, por lo tanto abandona si no sabe o no ha percibido la importancia de terminarlo y las consecuencias de no hacerlo”. (Homedes: 1994: p17)¹⁶

Homedes (1994), en su trabajo realizado sobre cumplimiento del paciente en países en desarrollo, habla de la creencia de bienestar y sensación de mejoría, refiriéndose a esto último como la actitud que toma el enfermo cuando sintomatológicamente nota mejoría e ignora, por desconocimiento o desinterés, las consecuencias del abandono.

En estrecha relación con lo anteriormente expuesto, se observa que los niveles más bajos de adhesión aparecen en pacientes con enfermedades crónicas, en las que no hay un malestar o riesgo evidente, también en aquellas que requieren cambios en el estilo de vida y cuando la prevención en lugar de curar o aliviar los síntomas pretende instaurar un hábito de vida. Así, por ejemplo, se ha visto que la falta de adhesión resulta un problema muy serio entre los pacientes diabéticos insulino dependientes. Ésta enfermedad crónica exige muchas demandas que requieren cambios en los estilos de vida (ej.: realizar una determinada dieta, ejercicio físico de forma regular, etc.), lo cual dificulta la adherencia.

Contrariamente, cuando el paciente experimenta síntomas perturbadores y un alivio inmediato de éstos al adherirse a las pautas de tratamiento, éste funciona como un reforzador, dándole una mayor probabilidad de desarrollar un buen nivel de adherencia.

¹⁶ Homedes examina la aplicabilidad de cada uno de los métodos de toma de información a las situaciones propias de los países en desarrollo. También subraya la importancia de normalizar las técnicas de investigación, así como los diversos métodos de estudio en países tercermundistas.

En cuanto a los factores relacionados con el tratamiento, son muchos los que influyen sobre la adherencia. Los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos en tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica.

“La duración del tratamiento se encontró asociada a la pobre adherencia y fue relacionada como el obstáculo más difícil a vencer para lograr la adherencia al tratamiento”. (Gelband: 2000: p49)¹⁷

Cuanto más se prolongue el tratamiento, mayor es la probabilidad de que el enfermo abandone.

El último de los factores determinado por la OMS son los relacionados con el paciente.

“El que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como los determinantes más próximos de las conductas de salud y van a depender de sistemas socioculturales de pertenencia y referencia de la persona”. (Ortego Maté y cols.: 2010: p14)¹⁸

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

“Es importante recordar que los pacientes no se incorporan al tratamiento con una visión de tabula rasa sino que, por el contrario, tienen sus propias representaciones de aquello que significa una amenaza para la salud y planifican y actúan según estas representaciones y los temores que las acompañan” (Ortego Maté y cols.: 2010: p14)¹⁹

¹⁷Gelband en *“Regimens of less than six months for treating tuberculosis”* tiene como propósito evaluar los efectos de regímenes de menos de 6 meses en comparación con los regímenes más largos en el tratamiento de la tuberculosis activa.

¹⁸Ortego Maté y colaboradores cree que las creencias de los pacientes, aunque no las expresen a los profesionales de la salud, pueden repercutir sobre su adherencia, por lo tanto se deberían explorar, tanto en el paciente como en las personas significativas de su vida.

¹⁹ Ortego Maté y colaboradores detallan cada una de las creencias que posee el paciente previo a iniciar un tratamiento. Se sugiere ampliar información en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf

Dichas representaciones y temores se construyen a partir de muchas fuentes, incluyendo amigos, familiares, medios de comunicación, los propios síntomas corporales y mentales y la información ofrecida por el profesional de la salud.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, relacionado con las creencias, es el hecho que éstas no se mantienen constantes a lo largo del tratamiento, pudiendo cambiar por múltiples causas (al adquirir más información, por la evolución de la enfermedad, etc.), por lo que resulta necesario evaluarlas en diferentes momentos.

“Entre las creencias que se deberían explorar, porque se ha comprobado que repercuten sobre la adherencia, están: las metas esperadas del tratamiento, la motivación, la severidad percibida, la vulnerabilidad percibida y la autoeficacia percibida”. (Ortego Maté y cols.: 2010: p15)²⁰

Sin duda, es necesario saber las metas que el paciente espera conseguir si se adhiere correctamente al tratamiento. En ocasiones, los pacientes tienen metas muy ambiciosas que no van a lograr alcanzar con el tratamiento. Si no se las comunican a los profesionales de la salud o éstos no las exploran con el fin de corregir errores, es muy posible que conforme avance el tratamiento y el paciente perciba que no se están cumpliendo sus metas aparezcan sentimientos negativos, incluso cambie de profesional y abandone o incumpla el tratamiento (ej.: un paciente con dolor crónico puede suponer que el tratamiento va a eliminar todo el dolor, pero el tratamiento, en realidad, va encaminado a la disminución del dolor y a la normalización, en la medida de lo posible, de su vida).

Es importante que al inicio y en el transcurso del tratamiento el profesional de la salud pregunte al paciente sobre las metas que espera conseguir con el tratamiento, corrija sus errores y ayude a formular metas más realistas porque esto favorece la adherencia al tratamiento (Ortego Maté y cols.: 2010).

Otros factores, relacionados con el paciente, que influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; la incredulidad en el diagnóstico; el entender mal las instrucciones de tratamiento; las bajas expectativas de tratamiento; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia.

²⁰ Ibid

“Los pacientes que al principio del tratamiento tienen poca confianza en que van a poder cumplir con el mismo y no creen en su efectividad tienen menores tasas de curación comparados con quienes creen en la utilidad del mismo”. (Cáceres Manrique: 1998: p16)²¹

Las expectativas que posea el paciente respecto a su tratamiento, en cuanto sean bajas, provocaran una baja adherencia e inclusive la interrupción del mismo. En cuanto a las personas que han abandonado una vez un tratamiento, sea por el cual concurre u otro de distinta índole, u aquellas que tienen dificultades para asumir conductas de autocuidado como bajar de peso, hacer dieta o ejercicios, son consideradas de alto riesgo para el abandono.

Por último, y no por ello menos importante, la motivación, definido como ensayo mental preparatorio de una acción (Diccionario de la Real Academia: 1984), es una variable que también implica una creencia importante a la hora de seguir un tratamiento. Los pacientes que acuden al profesional de la salud en busca de ayuda, en ocasiones, no están motivados para seguir el tratamiento prescrito por estos.

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen, relación costos-beneficios, y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.

²¹ Cáceres Manrique nombra y describe los factores que inciden en la no-adherencia al tratamiento anti-tuberculoso, entre ellos figuran: los factores relacionados al paciente, los que se relacionan con el tratamiento, los derivados del ambiente y los relacionados con el sistema de salud.



**DISEÑO
METODOLÓGICO**

El diseño metodológico es del tipo no experimental – transversal - descriptivo. El propósito de la investigación es “describir” como es el servicio de rehabilitación en una entidad de salud pública. También mide los diferentes factores, variables, que pueden influir en la adherencia o no del paciente al tratamiento. Si bien el objetivo del estudio no es correlacionar las variables, se intenta llegar a una predicción rudimentaria del motivo por el cual un paciente tiene o no una adherencia al tratamiento kinésico. Es de tipo no experimental ya que no se manipulan las variables. Éstas no tienen una autoselección, sólo se observarán para luego ser descriptas y medidas. Por último, es transversal porque se tratará de describir una situación en un determinado momento, y no a lo largo de un lapso de tiempo como se caracteriza el de tipo longitudinal.

El universo está conformado por pacientes del Hospital Público con lesiones en el Aparato Locomotor que concurren al servicio Kinesiológico Ambulatorio, ingresados en la franja horaria de 8hs.a 12hs en un período de 3 meses.

La investigación se realiza en los meses correspondientes a octubre-noviembre-diciembre del año 2014. Del total de pacientes atendidos se determinan cuantos finalizaron el tratamiento kinésico y cuantos interrumpieron el proceso.

Se tomará como criterio de exclusión:

- Los casos que no asistan a la primera sesión.
- Las derivaciones a otros servicios del propio hospital o centros hospitalarios.
- Lesiones o Patologías Neuromusculares y/o Circulatorias

La muestra no probabilística por conveniencia es de 120 personas.

Los datos serán recolectados en dos instancias. Primeramente con una encuesta general realizada a cada paciente en su primera sesión, y luego una segunda encuesta a aquellas personas que abandonaron la terapia de rehabilitación. Esta última se hará telefónica.

Las variables que se someten a estudio son:

Adherencia kinésica (tratamiento):

Definición conceptual: Grado de acatamiento que se tiene al tratamiento por parte del paciente.

Definición operacional: Grado de acatamiento al tratamiento por parte del paciente. Los datos se obtienen a partir del relevamiento de datos a través de la planilla de asistencia (presente – ausente) brindada por hospital público.

Abandono al tratamiento:

Definición conceptual: Acto de dejar de lado o descuidar un tratamiento que implique un riesgo para la integridad del paciente.

Definición operacional: Acto de dejar de lado o descuidar un tratamiento. Relevamiento de datos a partir de la información brindada por el hospital a través de la planilla de asistencia indicando presente o ausente y cantidad de personas (%) que no cumplimentaron el tratamiento.

Tratamiento kinésico:

Definición conceptual: Conjunto de medios (fisioterapia, kinesioterapia) que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad.

Definición operacional: Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad. Consulta telefónica del tratamiento recibido a pacientes tratados en la entidad.

Tipo de rehabilitación: fisioterapia, kinesioterapia.

Lesión:

Definición conceptual: Cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno.

Definición operacional: Cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo. Relevamiento de datos a partir de la encuesta personal. Tipo de lesiones: miotendinosas, óseas, articulares y ligamentosas.

Aparato locomotor:

Definición conceptual: Conformado por el sistema osteoarticular (huesos, articulaciones y ligamentos) y el sistema muscular (músculos y tendones que unen los huesos). Permite al ser humano o a los animales en general interactuar con el medio que le rodea mediante el movimiento o locomoción y sirve de sostén y protección al resto de órganos del cuerpo.

Definición operacional: Conformado por el sistema osteoarticular y el sistema muscular. Relevamiento de datos a partir de la encuesta personal. Ubicación de la lesión: Columna, hombro, brazo, mano, cadera, rodilla, pierna y pie.

Información brindada por el médico:

Definición conceptual: Conjunto de datos suministrados por el médico al paciente tratante, entre ellos se encuentran: importancia de la rehabilitación, tiempo de recuperación y posibles secuelas.

Definición operacional: Conjunto de datos suministrados por el médico al paciente tratante, entre ellos se encuentran: importancia de la rehabilitación, tiempo de recuperación y posibles secuelas Relevamiento de información a través de la encuesta personal

Motivación:

Definición conceptual: Factores o determinantes internos que incitan a una acción.

Definición operacional: Factores o determinantes internos que incitan a una acción.

Relevamiento de la motivación que posee el paciente al iniciar la rehabilitación, sobre una valoración de 0 a 10, a través de la encuesta personal.

Información brindada por el kinesiólogo:

Definición conceptual: Conjunto de datos suministrados por el kinesiólogo al paciente tratante, entre los cuales se encuentran: objetivos, importancia del tratamiento, tiempos en la rehabilitación y complicaciones y/o secuelas.

Definición operacional: Conjunto de datos suministrados por el kinesiólogo al paciente tratante, entre los cuales se encuentran: objetivos, importancia del tratamiento, tiempos en la rehabilitación y complicaciones y/o secuelas. Relevamiento de información a través de la encuesta telefónica.

Sistema de turnos:

Definición conceptual: Método de otorgamiento de turnos por parte del Hospital Público.

Definición operacional: Método de otorgamiento de turnos por parte del Hospital Público, vía telefónica o personal. Relevamiento de la valoración que tiene el paciente por dicho sistema en la encuesta personal.

Infraestructura:

Definición conceptual: Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarios para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado.

Definición operacional: Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarios para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado. Relevamiento de la valoración que tiene el paciente por las instalaciones del hospital a través de la encuesta personal.

Consentimiento informado

Adherencia a los tratamientos kinésicos en una Entidad de Salud Pública es una investigación que realizo para alcanzar el título de Lic. En Kinesiología.

Se le invita a participar del siguiente trabajo de investigación, el mismo consiste en la realización de una encuesta kinesiológica, la misma servirá de base para la presentación de mi tesis de grado. Dicha encuesta consiste en la recolección de datos relacionados con el tema arriba enunciado. La misma no provocará ningún efecto adverso hacia su persona, ni implicará algún gasto económico, pero contribuirá para el desarrollo de dicha investigación en el hospital Interzonal de Agudos de Mar del Plata.

La firma de éste consentimiento no significa la pérdida de ninguno de sus derechos que legalmente le corresponden como sujeto de la investigación, de acuerdo a las leyes vigentes en la Argentina.

Yo..... he recibido del estudiante de Kinesiología Martin Salort información clara y precisa, y en mi plena satisfacción sobre ésta investigación voluntariamente quiero participar.

Firma del paciente:.....

Aclaración:.....

Firma del estudiante:.....

Aclaración:.....

Fecha:.....

CUESTIONARIO AL COMIENZO DE LA REHABILITACIÓN

Nombre: Kinesiólogo:.....

1) Edad: Número Telefónico:

2) Sexo: H M 3) Estado Civil:

4) Posee Ud. obra social? Sí No

5) Tiene hijos a cargo?: Sí No
 ↳ 5) a) Cuántos hijos tiene?

6) Nivel Educativo que Ud. posee:

Primario completo Secundario completo Terciario \ Universitario completo
 Primario incompleto Secundario incompleto Terciario \ Universitario incompleto

7) Trabaja? Sí No

↳ 7) a) Su trabajo es: Independiente Relación de dependencia
 ↳ 7) b) Tiene que ausentarse al trabajo para asistir a la rehabilitación?
 Siempre A veces Nunca
 ↳ 7) c) Ud. es el único sostén de su familia? Sí No

8) Posee transporte propio para asistir a la rehabilitación?

Sí No
 ↳ 8) a) Usa algún tipo de transporte público para asistir al Hospital?
 Sí No Cual?
 ↳ 8) b) Cual? Auto Moto Otros:.....

9) A que distancia se encuentra aproximadamente del Hospital? En cuerdas:

10) Cuánto tiempo le lleva aproximadamente ocuparse de su rehabilitación desde la salida de su casa/trabajo hasta que retorna?

Menos de 1 h Entre 1-2 hs Más de 2 hs

11) Si llueve, Ud. concurre a la rehabilitación? Siempre A veces Nunca

12) Ud. Normalmente llega al Hospital: Acompañado Sólo

13) Posee un médico de cabecera que le haga el seguimiento de su lesión en el Hospital?

Sí No

14) Recibió información de su lesión por parte del médico?

Sí No
 ↳ 14) a) Le explicó la importancia de la rehabilitación para su recuperación? Sí No
 ↳ 14) b) Le informó del tiempo de recuperación que le llevará su lesión? Sí No
 ↳ 14) c) Mencionó si existen posibles complicaciones o secuelas? Sí No

15) Demora entre la asignación del turno y la primera sesión de rehabilitación:

- 1 semana o menos a partir de la solicitud del mismo
 Entre 1 y 3 semanas a partir de la solicitud del mismo
 Más de 3 semanas a partir de la solicitud del mismo

16) Tuvo oportunidad de elegir el horario para su rehabilitación? Sí No

17) Que opinión tiene sobre el sistema de turnos del hospital?

- Malo Regular Bueno Muy bueno Excelente

18) Como calificaría la infraestructura e higiene del lugar?

- Mala Regular Buena Muy buena Excelente

19) Ha tenido alguna otra u otras lesiones que requirieron ser rehabilitadas por un kinesiólogo?

- Sí No

→ 19) a) Finalizo el/los tratamientos?

- Sí No → 19) a). i) Debido a qué cuestiones se lo atribuye?

- Económica Laboral Personal Sist. de salud Otros:

→ 19) c) Cómo calificaría en general su/s experiencias previas en rehabilitación?

- Mala Regular Buena Muy buena Excelente

20) Califique su percepción al dolor referido por la lesión en una escala del 1 al 10, donde 0 es "sin dolor" y 10 "dolor insoportable":

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21) Localización de la lesión:

22) Tipo de lesión: Muscular-tendinoso Óseo Articular Ligamentoso

23) Investigó por algún medio el tipo de traumatismo que Ud. tiene?

- Sí No

→ 23) a) Por qué medio Ud. se informó?

- Comentarios de terceros Internet Otros:

24) Ud. cree que realizando la rehabilitación podrá sentirse mejor?

- Sí No

→ 24) a) Por qué?

25) Cómo calificaría su grado de motivación para el comienzo de su rehabilitación? Escala del 1 al 10 donde 0 es "sin motivación" y 10 es "muy motivado"

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

CUESTIONARIO TELEFÓNICO POSTERIOR AL ABANDONO

- Paciente:
- Porcentaje de cumplimiento del paciente a la rehabilitación (según su kinesiólogo):%

26) Ha sido atendido siempre por el mismo kinesiólogo?

Sí No

↳ 26) a) Cuántos kinesiólogos lo han atendido a lo largo de su rehabilitación?

27) Califique su experiencia con el Área Kinésica del Hospital:

Mala Regular Buena Muy buena Excelente

28) Se le asignó una rutina de ejercicios para que realice en su casa?

Sí No

↳ 28) a) Los realizó? Siempre A veces Nunca

29) Hizo siempre el mismo tratamiento en el Hospital? En cuanto a ejercicios/fisioterapia

Sí No

30) Ha recibido información por parte de su kinesiólogo? respecto a:

30) a) Objetivos a corto-mediano y largo plazo Sí No

30) b) Importancia del tratamiento Sí No

30) c) Tiempos en la rehabilitación Sí No

30) d) Posibles complicaciones, secuelas Sí No

31) Ha podido interpretar la información e indicaciones brindadas por el kinesiólogo?

Siempre A veces Nunca

32) La rehabilitación brindada cumplió con sus expectativas? En cuanto a:

32) a) Tiempo de recuperación Sí No

32) b) Valores de movilidad, fuerza Sí No

32) c) Desarrollo en cuanto al tratamiento Sí No

32) d) atención profesional Sí No

32) e) Infraestructura Sí No

32) f) Higiene del espacio Sí No

32) Percibió contradicciones entre lo hablado con el médico y el kinesiólogo?

Sí No

↳ 32) a) Qué tipo de contradicciones?

32) b) Lo habló con el kinesiólogo? Sí No

33) Se le respetó su turno a lo largo del tratamiento? Siempre A veces Nunca

34) Cuál fue el motivo de abandono a la rehabilitación?

- | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Económico | <input type="checkbox"/> Razones personales |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Sistema de salud |
| <input type="checkbox"/> Indicación médica | <input type="checkbox"/> Kinesiólogos\tratamiento | <input type="checkbox"/> Otros: |

35) Si el motivo de su abandono tuvo que ver con el sistema de salud y/o tratamiento kinésico, que recomendaría para su mejora.

.....

.....



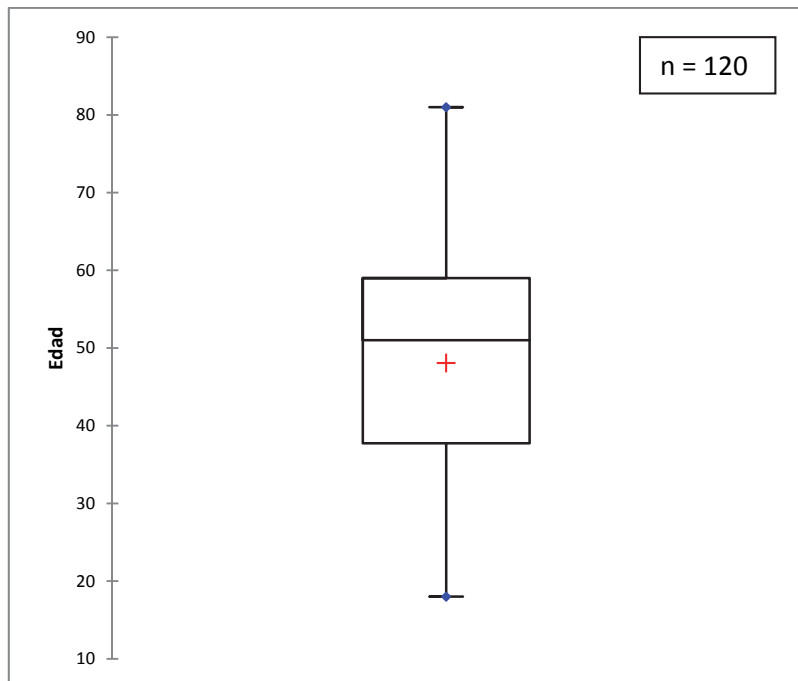
ANÁLISIS DE DATOS

Para la presente investigación se llevó a cabo un trabajo de campo con 120 pacientes atendidos entre los meses de octubre y diciembre del 2014 en un hospital público de Mar del Plata. La finalidad de éste trabajo es determinar el nivel de adherencia que presentan los pacientes al tratamiento kinésico del establecimiento. Para esto, se realiza una encuesta dividida en dos etapas; en la primera etapa se encuesta a todos los pacientes al término de su primera sesión de kinesiología; en una segunda etapa, de manera telefónica, se realiza un cuestionario a aquellas personas que hayan faltado y consecuentemente abandonado el tratamiento.

El análisis que se presenta a continuación es reflejo de los resultados obtenidos en ambas etapas de la encuesta.

Inicialmente se presenta la distribución por edad de la totalidad de lo pacientes, quienes forman parte de la primera parte del estudio.

Gráfico N° 1: Distribución por edad de los pacientes

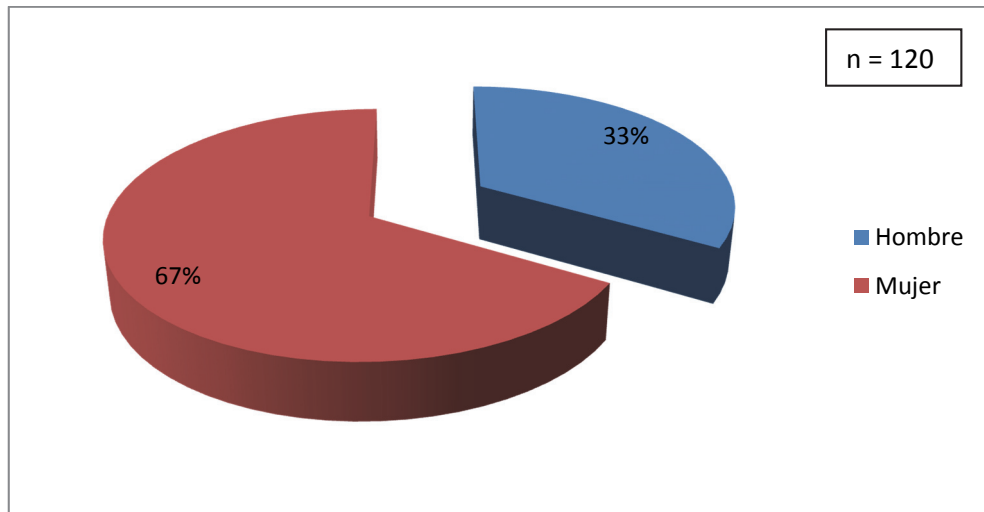


Fuente: Elaboración propia

Se observa que las edades oscilan entre 18 y 81 años, registrándose una distribución aproximadamente simétrica de las mismas. La edad promedio resulta de 48 años, con un desvío estándar de 15,8 años. El 50% central de los datos se ubica entre los 37,7 y 59 años.

Seguidamente, se presenta la distribución por sexo de los pacientes encuestados.

Gráfico N° 2: Distribución por sexo de los pacientes encuestados

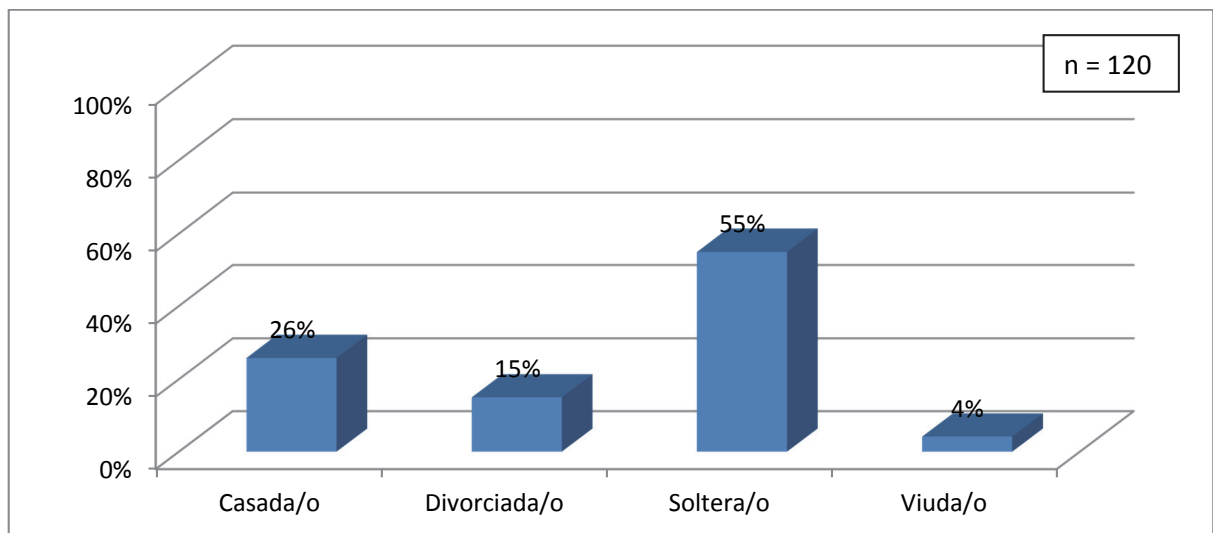


Fuente: Elaboración propia

Se observa una notoria prevalencia de personas del sexo femenino, representando un 67% de la totalidad de la muestra, encuestada en la primera etapa.

A continuación observamos los resultados obtenidos al indagar acerca del estado civil de quienes participaron de este trabajo.

Gráfico N° 3: Estado Civil

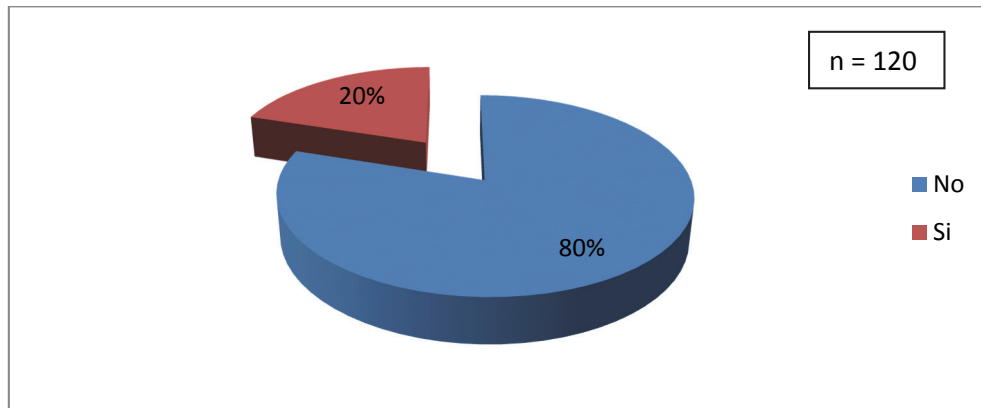


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico se puede apreciar que el estado civil soltera/o representa a más de la mitad de la muestra encuestada, representando un 55% de la misma. Le siguen con un 26% quienes refieren ser casados.

Resulta de interés analizar si los pacientes encuestados tienen algún tipo de cobertura social. Por lo que se les pregunta si los mismos poseen Obra Social. Los resultados obtenidos se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 4: Cobertura por Obra Social

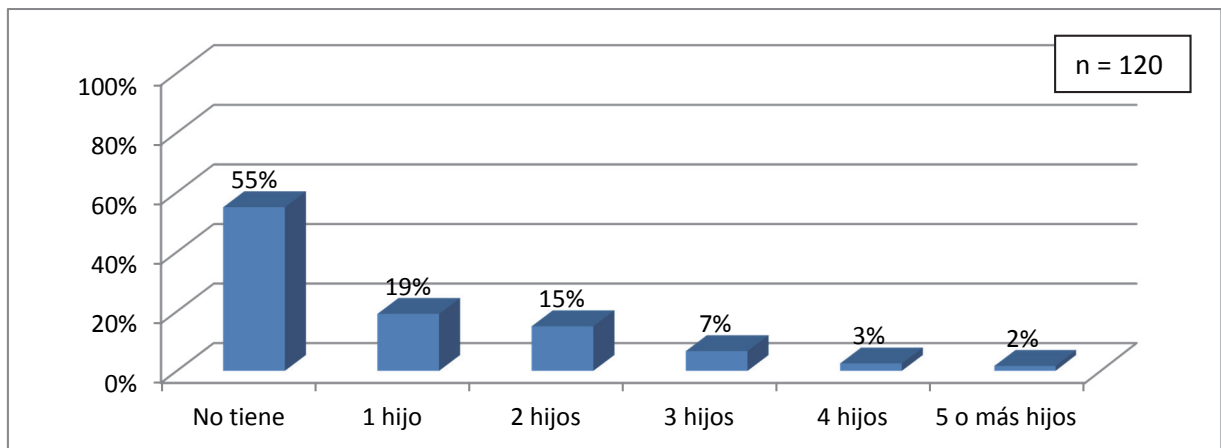


Fuente: Elaboración propia

A partir del anterior gráfico se percibe que una amplia mayoría de los encuestados manifiesta no poseer Obra Social.

Otro dato relevante para describir el perfil de quienes participaron de este estudio es el análisis acerca de si poseen o no hijos a cargo. Al indagar respecto a esta cuestión se obtuvieron los resultados que se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 5: Hijos a cargo

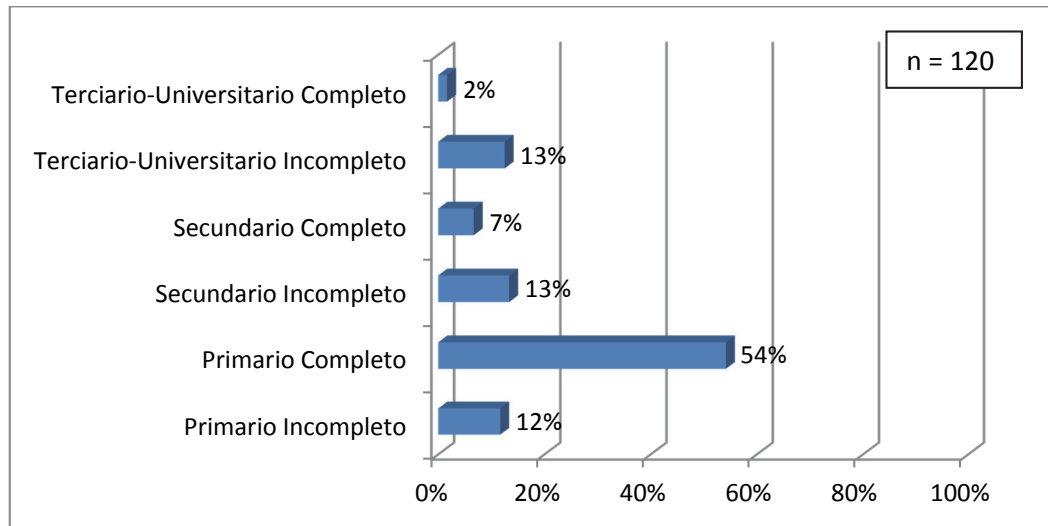


Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en el anterior gráfico muestran que la mayoría de los pacientes encuestados no poseen hijos a cargo, refiriendo esta condición un 55% de la muestra. Luego de forma decreciente se observan los que tienen hijos a cargo, desde uno a cinco o más hijos, en ningún caso el porcentaje excede el 20%.

Para completar el perfil de los encuestados se indaga sobre el máximo nivel de educación alcanzado por los mismos. Los resultados sobre esta cuestión se presentan a continuación.

Gráfico N° 6: Nivel Educativo que posee

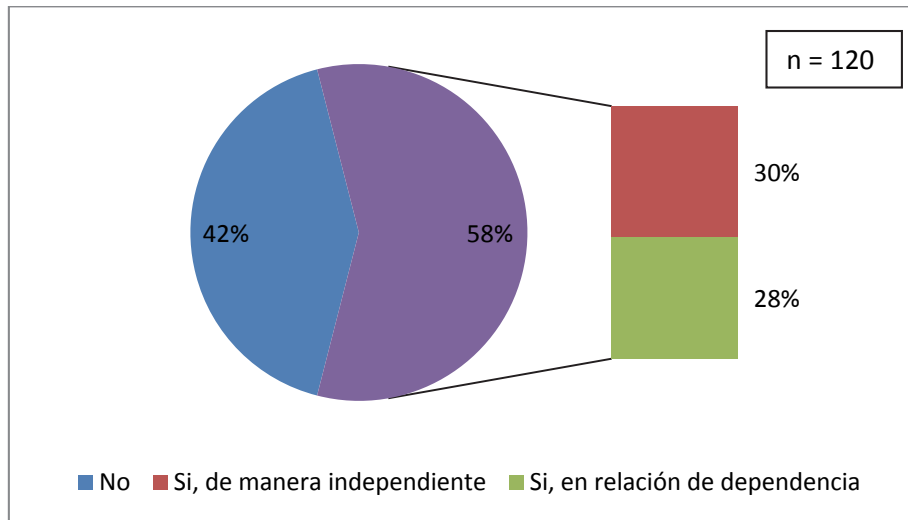


Fuente: Elaboración propia

En función de los resultados presentados en el gráfico anterior resulta notorio que la mayoría de los encuestados refiere tener como máximo nivel educativo alcanzado el “Primario completo”, representando un 54% de la muestra. En segundo lugar, con iguales porcentajes aparecen quienes refieren tener como máximo nivel educativo el “Secundario incompleto” y “Universitario-Terciario incompleto”. Cabe mencionar que solo un 2% ha alcanzado nivel “Terciario-Universitario completo”.

A continuación, se indaga a los encuestados sobre su situación laboral, preguntando si trabaja o no, y en caso de hacerlo, si lo hacen en relación de dependencia o de manera autónoma. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Gráfico N° 7: Situación laboral

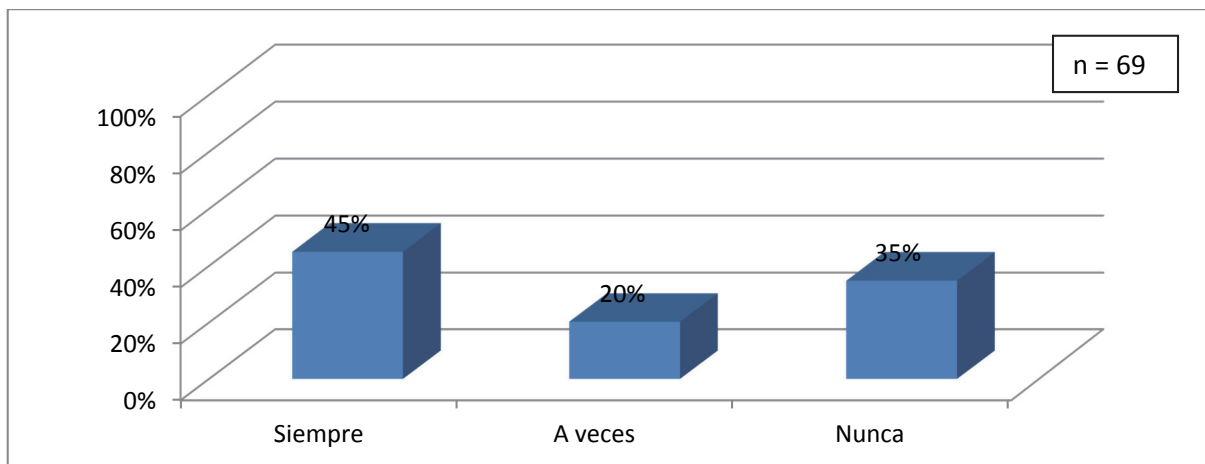


Fuente: Elaboración propia

A partir del anterior gráfico se observa que la mayoría de los encuestados son trabajadores activos, representando un 58% de la muestra. Entre quienes trabajan, se observan similares porcentajes entre quienes lo hacen de manera autónoma y bajo relación de dependencia.

Entre los pacientes que manifiestan ser trabajadores activos, se indaga sobre con qué frecuencia deben ausentarse a su trabajo para asistir a rehabilitación. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Gráfico N° 8: Frecuencia con que se ausenta al trabajo para asistir a la rehabilitación



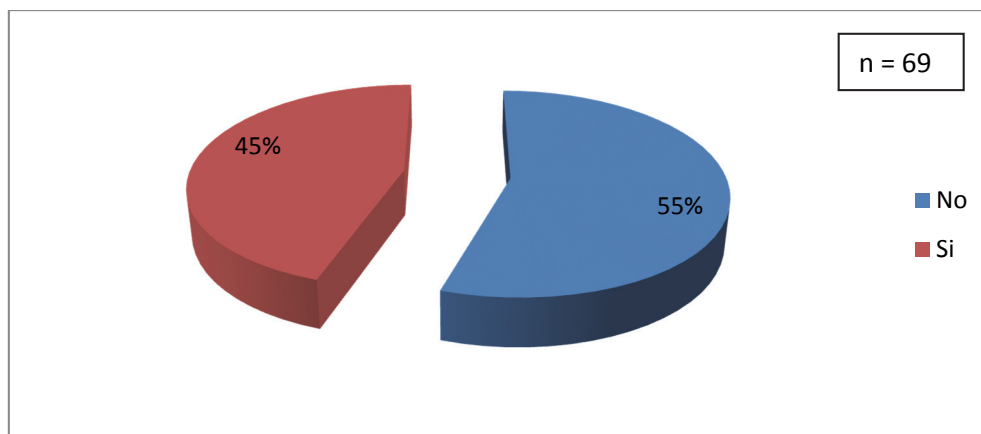
Fuente: Elaboración propia

Se aprecia en la gráfica que el porcentaje más alto corresponde a quienes deben ausentarse “Siempre” para asistir a rehabilitación, representando un 45% de los pacientes

que trabaja. Solo el 20% se ausenta “A veces”, mientras que un 35% de los pacientes de este grupo no faltan “Nunca” a su trabajo mientras realizan su rehabilitación.

Nuevamente, con los pacientes que son trabajadores activos, se indaga si los mismos son el único sostén económico de la familia que conforma.

Gráfico N° 9: Sostén de familia

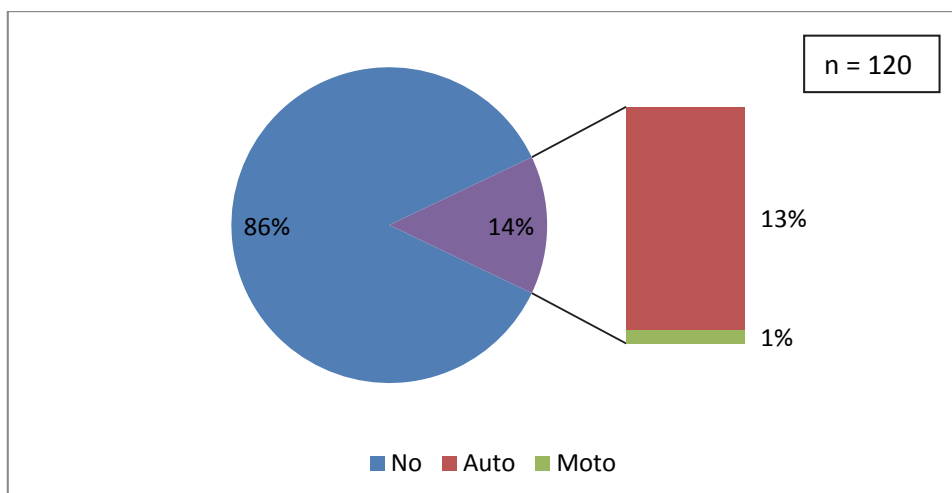


Fuente: Elaboración propia

En función de los resultados obtenidos entre los pacientes que son trabajadores activos, se observa una leve prevalencia de quienes no son sostén de familia, superando por un escaso 10% a quienes si lo son.

Seguidamente, a la totalidad de los pacientes, se les pregunta si poseen transporte propio para asistir a la rehabilitación, y que tipo de transporte es. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Gráfico N° 10: Transporte propio

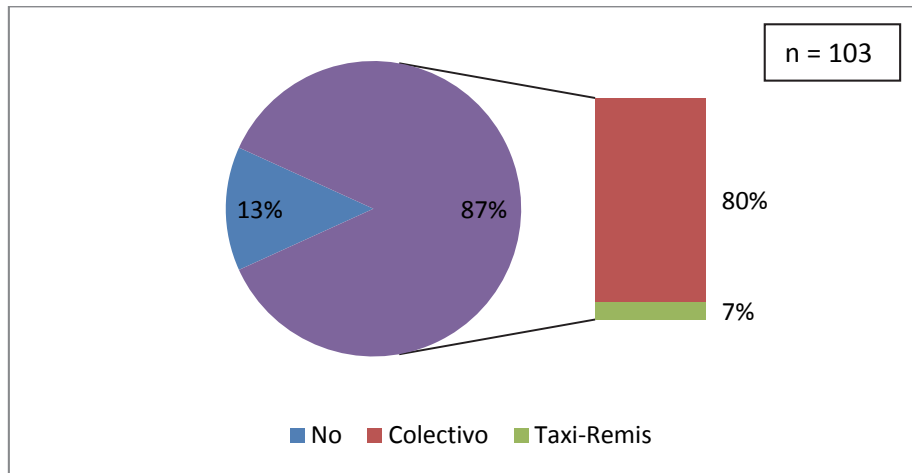


Fuente: Elaboración propia

Se observa en el gráfico anterior que sólo el 14% de los pacientes atendidos en el servicio de rehabilitación, poseen un vehículo propio. De dicho porcentaje casi la totalidad poseen auto y una pequeña minoría motocicleta.

A continuación se detalla, entre quienes no poseen transporte propio, si utilizan o no algún transporte público para concurrir a la rehabilitación, y de hacerlo, se les pide que indiquen de que tipo. Los resultados se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 11: Uso del transporte público

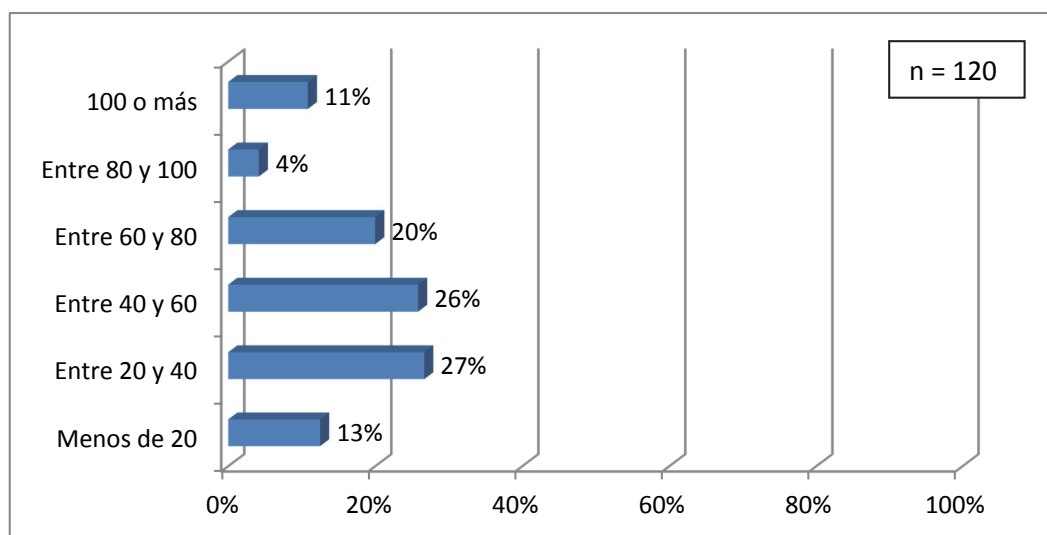


Fuente: Elaboración propia

Dentro de la sub-muestra de 103 pacientes que no poseen vehículo propio, un 87% de ellos utiliza el transporte público para concurrir a la rehabilitación, siendo el colectivo el tipo de transporte público mayormente utilizado.

En la siguiente pregunta, se indaga a toda la muestra, a qué distancia en cuadras viven del hospital donde están realizando la rehabilitación.

Gráfico N° 12: Distancia al hospital



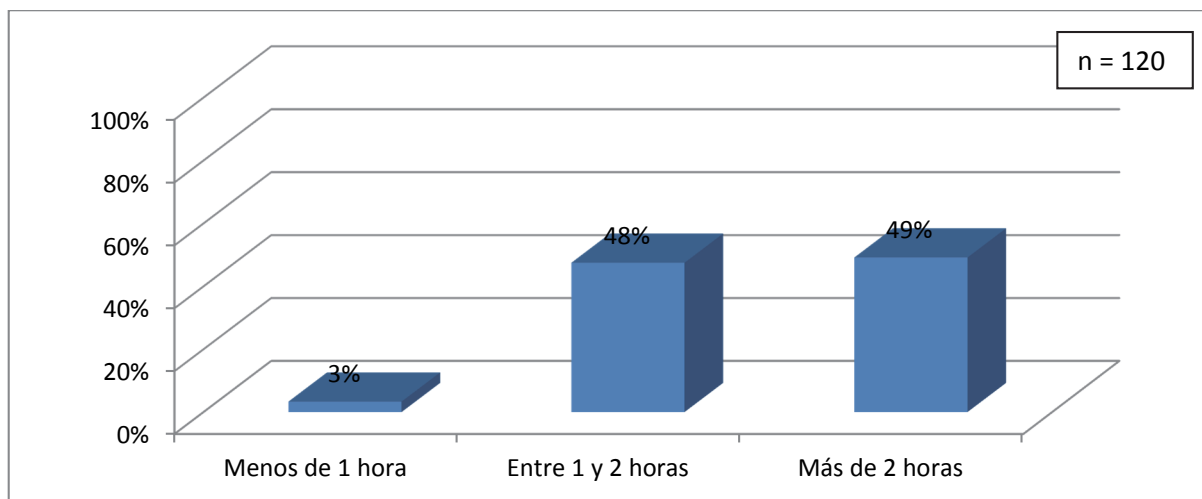
Fuente: Elaboración propia

En base a los resultados obtenidos de la muestra de 120 pacientes se observa que los porcentajes más altos corresponden a quienes viven en los rangos de entre 20 y 40 cuadras, y de entre 40 y 60 cuadras, representando conjuntamente el 53% de la muestra. Seguidamente se ubican aquellas personas que viven entre 60 y 80 cuadras de distancia del

hospital, representado un 20% de la muestra. Cabe mencionar que un 11% de los pacientes encuestados viven a más de 100 cuadras del hospital, es decir, recorren una extensa distancia para recibir atención kinesiológica.

En relación con la anterior pregunta se les pide a todos los encuestados que especifiquen el tiempo que les toma, aproximadamente, ocuparse de su rehabilitación, incluyendo tiempos de traslado.

Gráfico N° 13: Tiempo que le demanda la rehabilitación

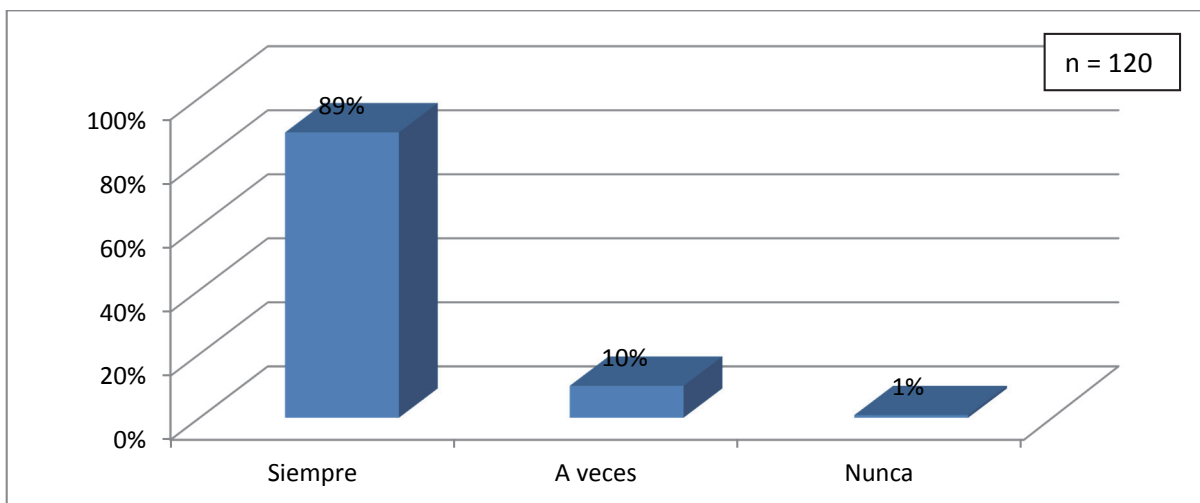


Fuente: Elaboración propia

Se observa en el gráfico que antecede que el 49% de los pacientes encuestados les lleva más de 2 horas ocuparse de su rehabilitación, calculando el tiempo de traslado y duración aproximada de la primer sesión. Con un porcentaje muy levemente menor, están aquellos pacientes que afirman que tardan entre 1 y 2 horas.

Siguiendo con la primera etapa de la encuesta y para completar el análisis de las cuestiones vinculadas con el traslado y la asistencia, se indaga sobre la actitud que toman los pacientes en caso de lluvia, es decir, si la lluvia generaría inasistencias o no.

Gráfico N° 14: Concurrencia a rehabilitación en caso de lluvia

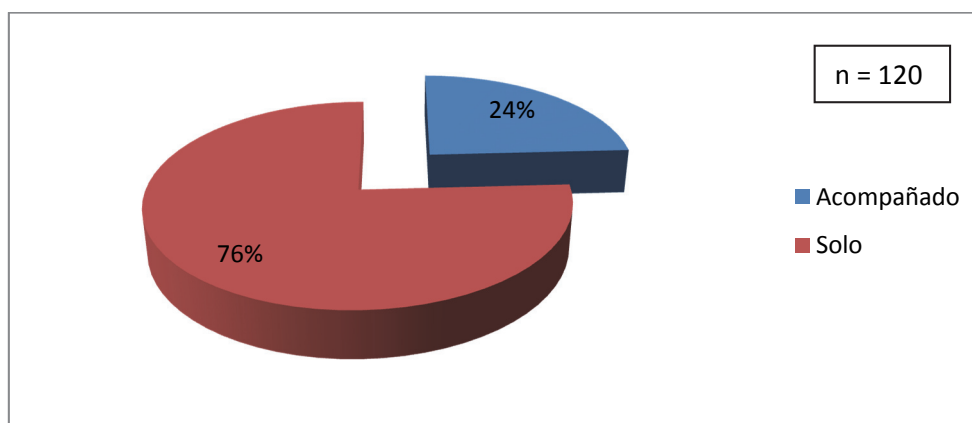


Fuente: Elaboración propia

Los datos recogidos en la gráfica anterior muestran que la gran mayoría de los pacientes no tienen pensado faltar en caso de lluvia. Al indagar en mayor detalle, alegan temor a perder su turno.

A continuación se considera importante saber si la persona que concurre a la rehabilitación asiste sola o acompañada, entendiendo que de acuerdo con la gravedad de la lesión requiera de algún tipo de ayuda o acompañamiento.

Gráfico N° 15: Tipo de concurrencia del paciente

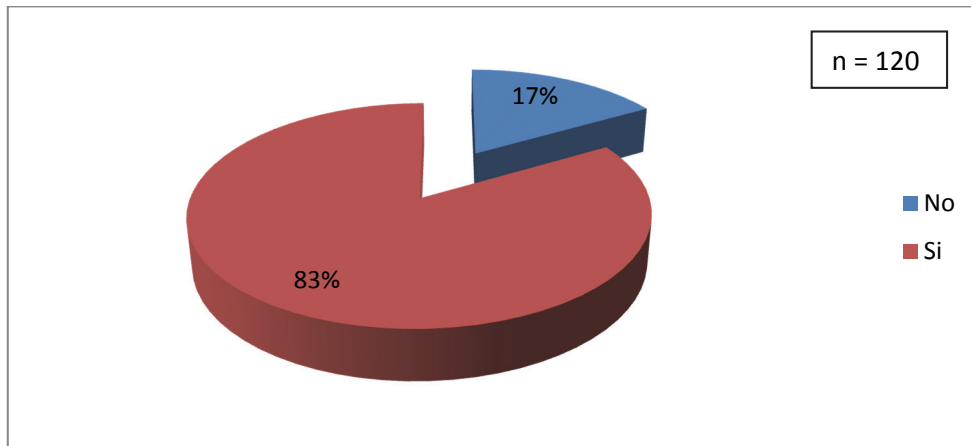


Fuente: Elaboración propia

Al analizar los anteriores presentados en el anterior gráfico se observa que tres cuartas partes de la muestra manifiestan concurrir sin compañía a realizar la rehabilitación.

Posteriormente, se les pregunta a los pacientes si posee un médico de cabecera, intentando de esta manera adentrarnos en los factores relacionados con el sistema sanitario.

Gráfico N° 16: Acompañamiento por un médico traumatólogo dentro del hospital

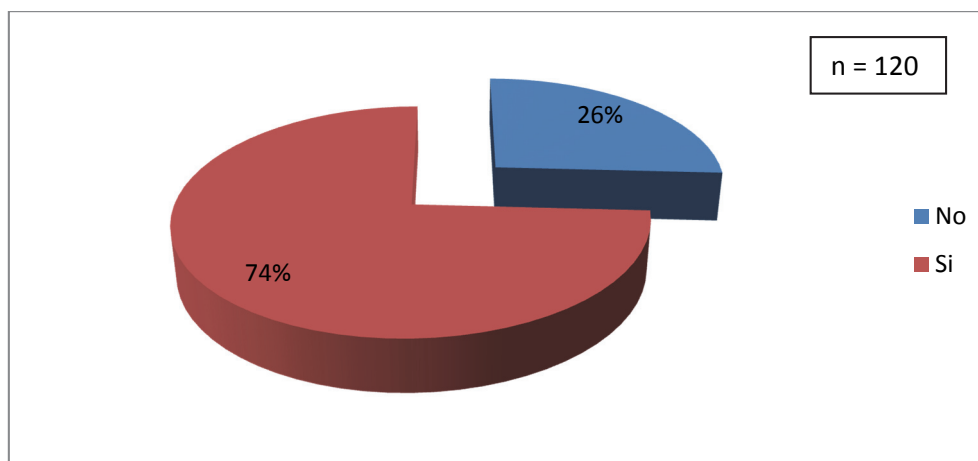


Fuente: Elaboración propia

A partir de los resultados presentados en el anterior gráfico se observa una notoria prevalencia, llegando al 83% de la muestra, de pacientes que manifiestan tener un médico de cabecera, quien se ocupa tanto de dar la derivación como también de consulta si es que se requiere.

Luego, analizando la relación médico-paciente, se consulta a los pacientes encuestados si han recibido información de su lesión por parte del médico, obteniéndose los siguientes resultados.

Gráfico N° 17: Información brindada por el médico sobre su lesión

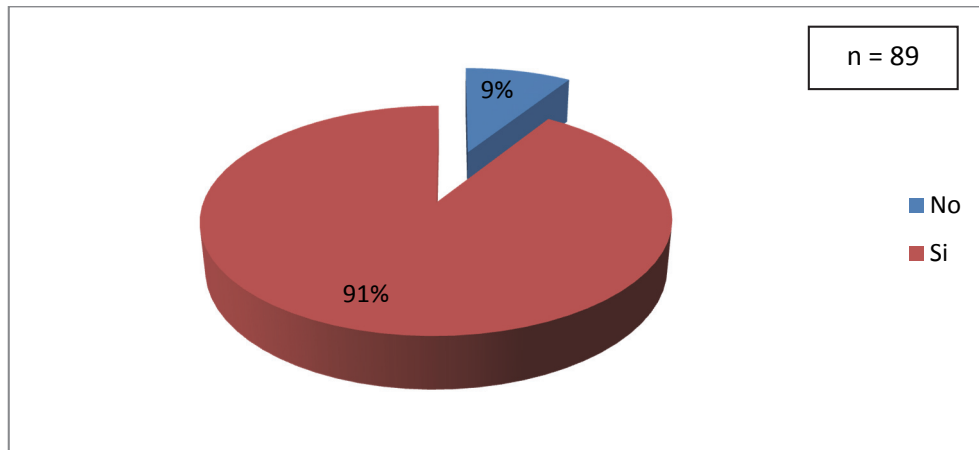


Fuente: Elaboración propia

Los datos recogidos que se plasman en el gráfico expresan que el 74% de las personas encuestadas han recibido información de algún tipo con respecto a su lesión.

En relación directa con la información brindada por el médico, se desprende una serie de preguntas. La primera de ellas indaga sobre si el médico le ha explicado al paciente la importancia de concurrir al servicio de rehabilitación para su recuperación.

Gráfico N° 18: Información brindada por el médico sobre la importancia de la rehabilitación

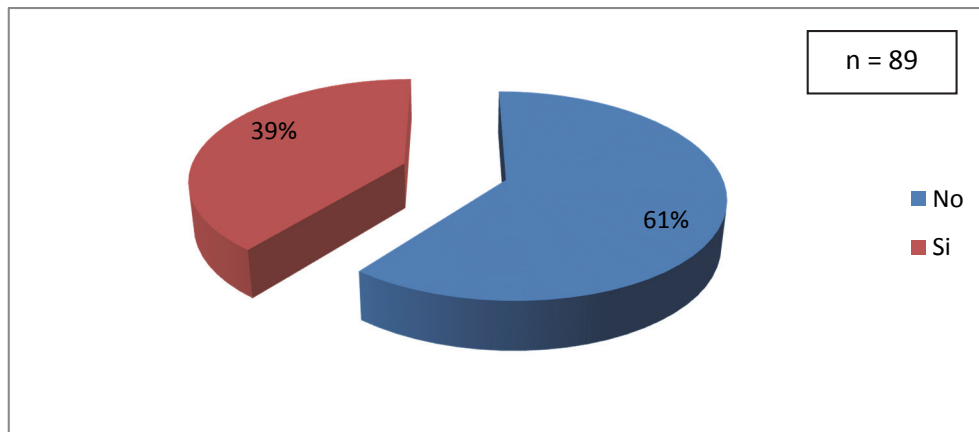


Fuente: Elaboración propia

A partir de la sub-muestra de 89 pacientes, quienes contestaron haber recibido información por parte del médico respecto a su lesión, el 91% afirmó que el profesional le explicó la importancia de la rehabilitación y sus beneficios.

La segunda pregunta, en relación a la información brindada por el médico, es si éste informó sobre el posible tiempo de recuperación de la lesión.

Gráfico N° 19: Información brindada por el médico sobre el tiempo de recuperación

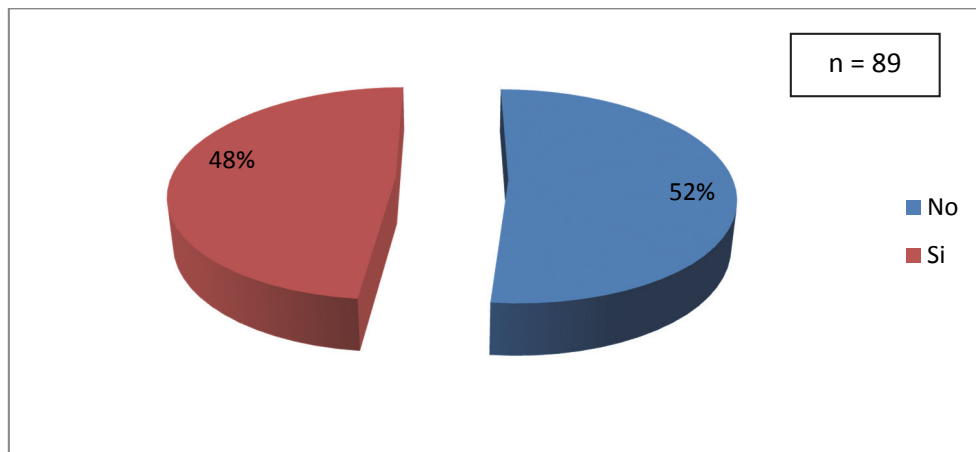


Fuente: Elaboración propia

La gráfica muestra que el 61% de los pacientes no ha sido informado por su médico respecto del tiempo de recuperación que le llevará al paciente. Por su parte, el 39% restante recibió algún tipo de pronóstico sobre el tiempo de recuperación.

Se indaga, por último, si el profesional menciona posibles secuelas o complicaciones debido a la lesión sufrida. Los resultados obtenidos son los que se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 20: Posibles complicaciones o secuelas informadas por el médico

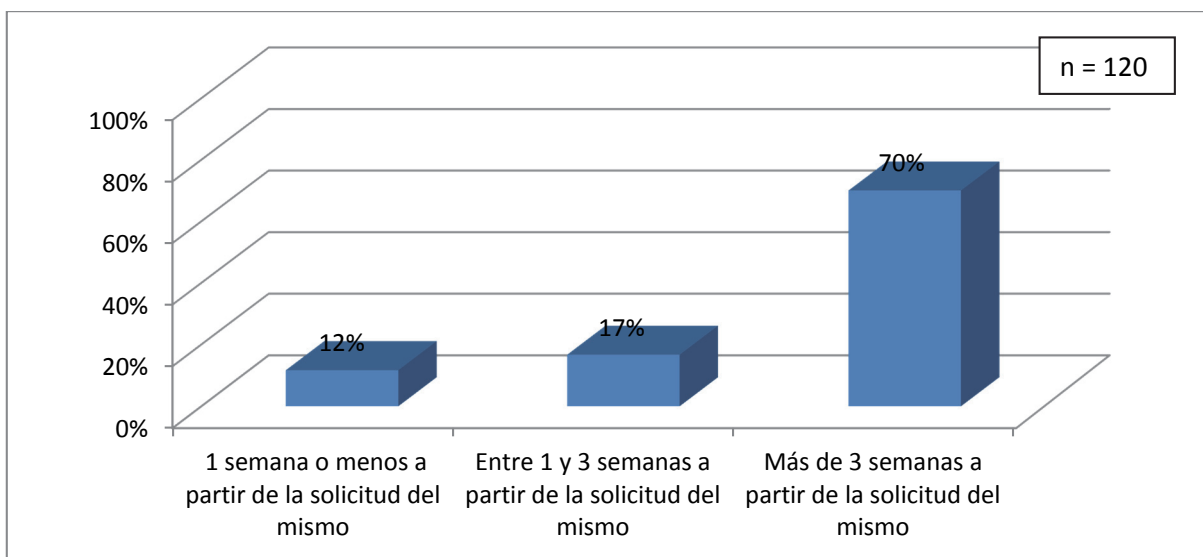


Fuente: Elaboración propia

Se observa en el anterior gráfico que un porcentaje levemente mayoritario de esta submuestra de pacientes que recibieron información por parte del médico de cabecera, no han sido informados sobre posibles secuelas y/o complicaciones por la lesión sufrida.

Siguiendo con la temática que compete al sistema de salud, más específicamente con el sistema de otorgación de turnos, se les pregunta a los pacientes que participaron de éste trabajo sobre la demora que debieron atravesar entre el pedido del turno con el servicio de kinesiología y la primera sesión.

Gráfico N° 21: Demora entre la asignación del turno y la primera sesión de rehabilitación



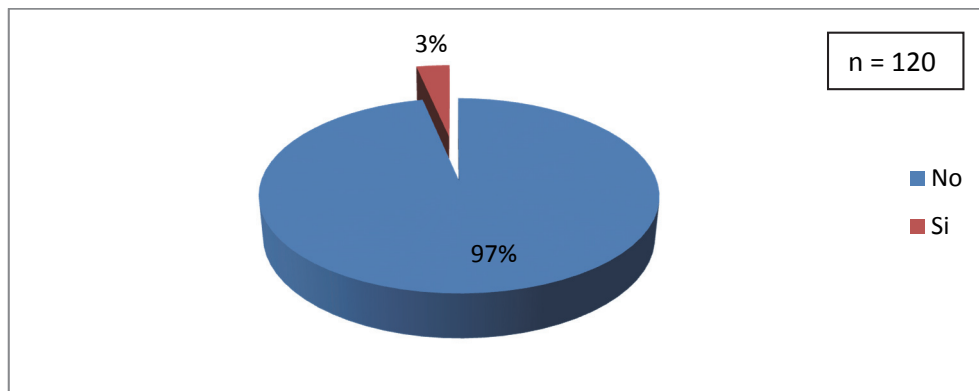
Fuente: Elaboración propia

A partir de los resultados presentados en el anterior gráfico se puede apreciar que la mayoría de los pacientes, llegando al 70% de la muestra, debieron esperar más de 3

semanas para su obtener su primer sesión. En segundo lugar, están aquellos que su tiempo de demora estuvo entre 1 y 3 semanas, representando solo un 17%.

En cuanto al horario de la sesión, se indaga al paciente si tuvo oportunidad de elegir un horario acorde a sus posibilidades o simplemente les fue otorgado por algún tipo de orden. Los resultados se presentan a continuación.

Gráfico N° 22: Oportunidad del paciente en elegir el horario de consulta

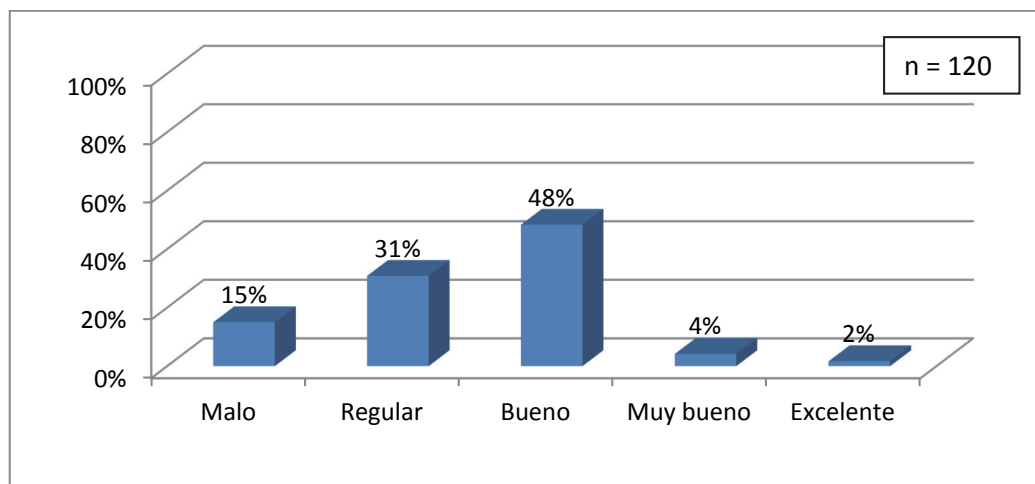


Fuente: Elaboración propia

Prácticamente casi la totalidad de los pacientes encuestados, un 97%, afirmó no haber tenido oportunidad de elegir el horario de la primer sesión y de las siguientes acorde a sus posibilidades de horario.

Complementando el análisis en relación al sistema de turnos, se les pregunta a las personas atendidas en el servicio de kinesiología del hospital sobre su opinión respecto de este sistema de otorgación.

Gráfico N° 23: Opinión sobre el sistema de turnos



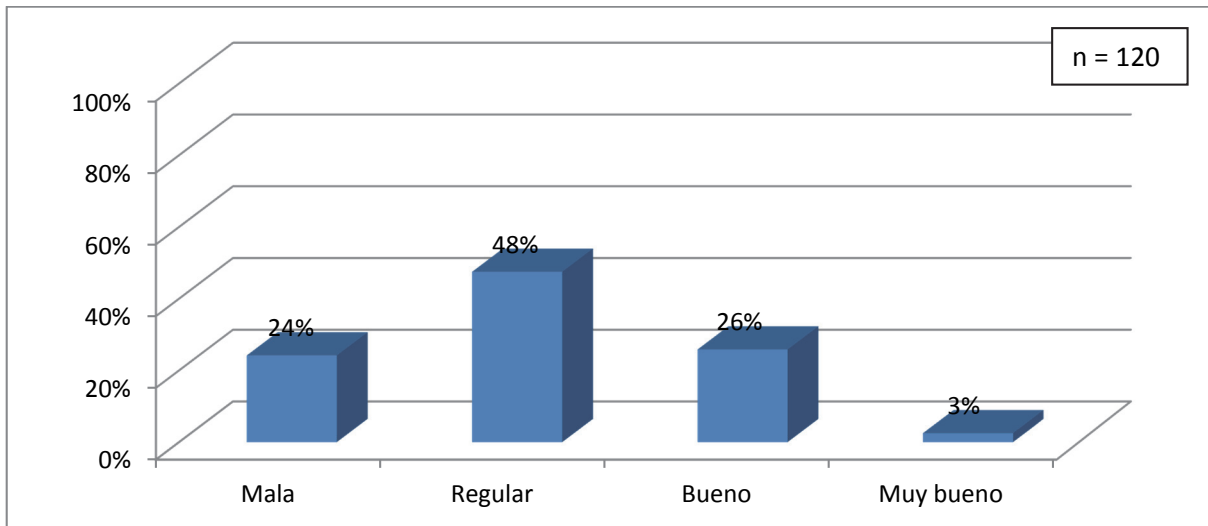
Fuente: Elaboración propia

En base a los resultados obtenidos sobre la muestra inicial se puede observar que el 48% de los encuestados consideran que el sistema de turno es "Bueno". En segundo lugar, con un porcentaje del 31%, se encuentran quienes califican como "Regular" al sistema,

mientras que con un 15%, en tercer lugar, están quienes directamente consideran que el sistema de turnos es “Malo”.

Seguidamente, se les solicita a los encuestados que den una valoración personal acerca de la infraestructura del lugar donde son atendidos, obteniéndose los resultados que siguen.

Gráfico N° 24: Opinión sobre la infraestructura del lugar

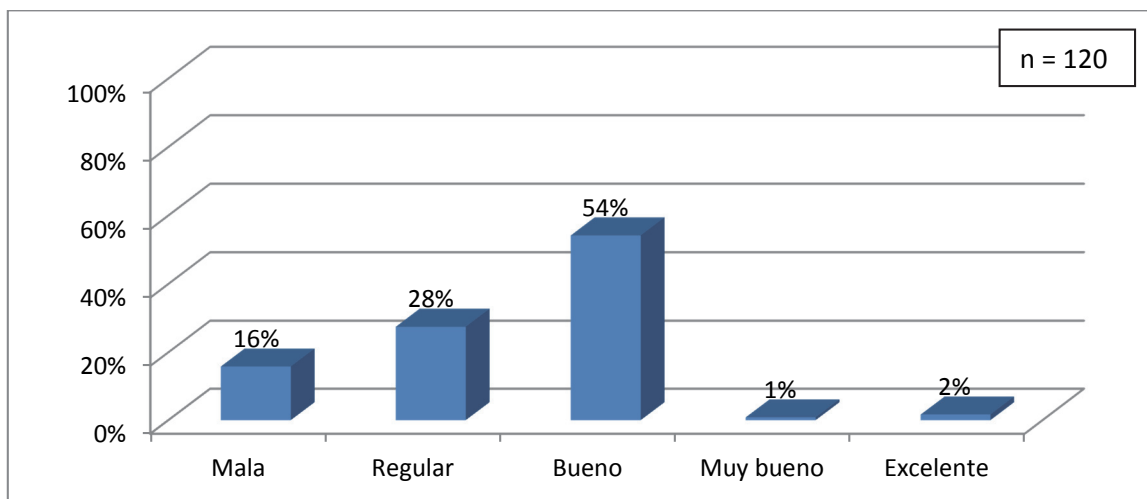


Fuente: Elaboración propia

A partir de los resultados presentados en el anterior gráfico se observa en cuanto a la opinión sobre la estructura edilicia, un 48% de los pacientes encuestados calificaron como “Regular” la infraestructura del hospital. Le siguen con similares porcentajes las opiniones sobre un estado “Malo” y un estado “Bueno” de la infraestructura.

A continuación se les pregunta a los pacientes de esta primera etapa sobre cuál es su opinión respecto a la higiene del lugar, obteniéndose los resultados que se presentan a continuación.

Gráfico N° 25: Opinión sobre la higiene del lugar

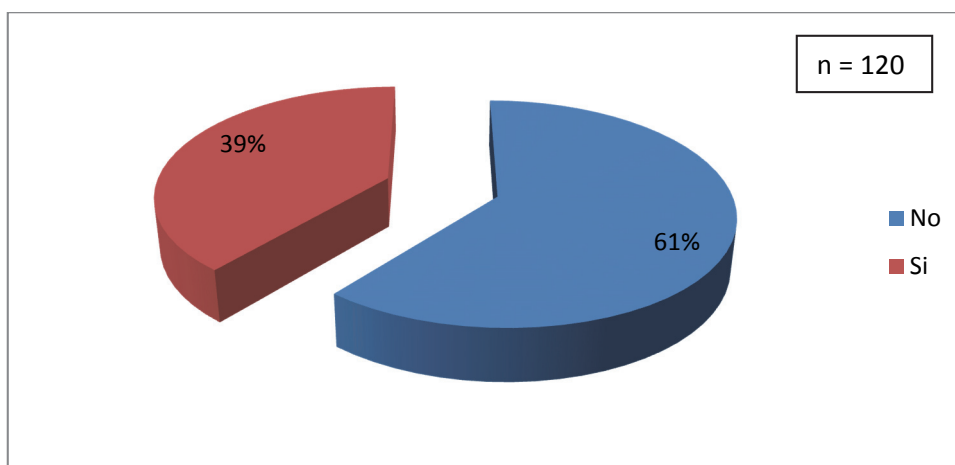


Fuente: Elaboración propia

En función de lo observado en el gráfico, resulta notorio que más de la mitad de la muestra encuestada califica como buenas las condiciones de higiene. Le siguen, en orden decreciente las opiniones que califican a la higiene como regular y mala con porcentajes de 28% y 16% respectivamente.

Posteriormente, en relación a los factores que implican al paciente, se les pregunta a los mismos si han tenido alguna otra experiencia previa en rehabilitación, obteniéndose los resultados que se presentan a continuación.

Gráfico N° 26: Lesiones previas que requirieron ser rehabilitadas por un kinesiólogo

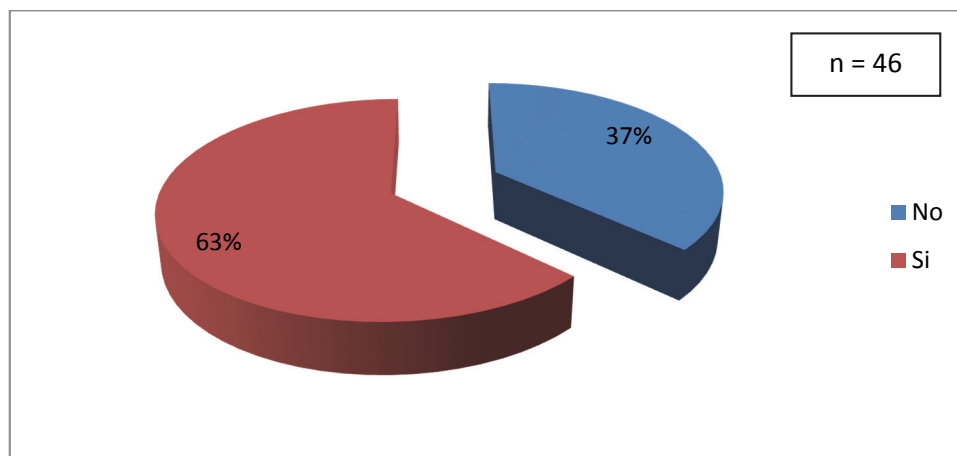


Fuente: Elaboración propia

Los datos expresados en el gráfico muestran que solo el 39% de los pacientes encuestados dice tener experiencia previa en cuanto a rehabilitación de lesiones.

A continuación, entre quienes respondieron afirmativamente a la pregunta sobre experiencia previa en rehabilitación kinesiológica de lesiones, se indaga acerca de si completaron o no el mencionado proceso de rehabilitación.

Gráfico N° 27: Finalización de tratamientos previos de rehabilitación kinesiológica

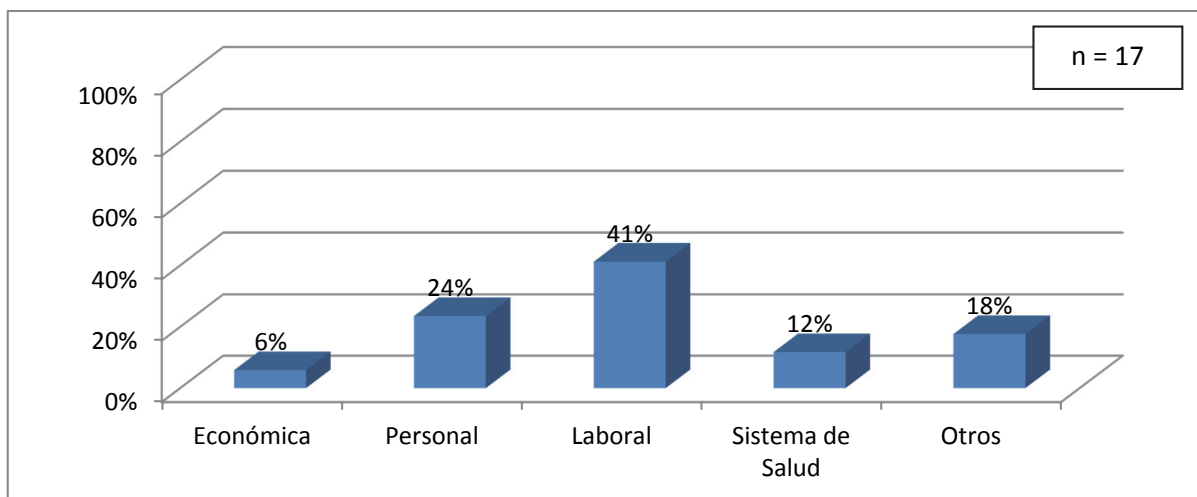


Fuente: Elaboración propia

A partir de la sub-muestra de pacientes que presentaron alguna lesión previa que requirió ser rehabilitada, se observa que el 63% de estos pacientes concluyó el tratamiento, es decir, recibieron el alta kinésica.

Ahondando en aquellas personas que no concluyeron el tratamiento se les pregunta el motivo de dicho abandono, obteniéndose los siguientes resultados.

Gráfico N° 28: Motivos del abandono de tratamientos previos de rehabilitación kinesiológica

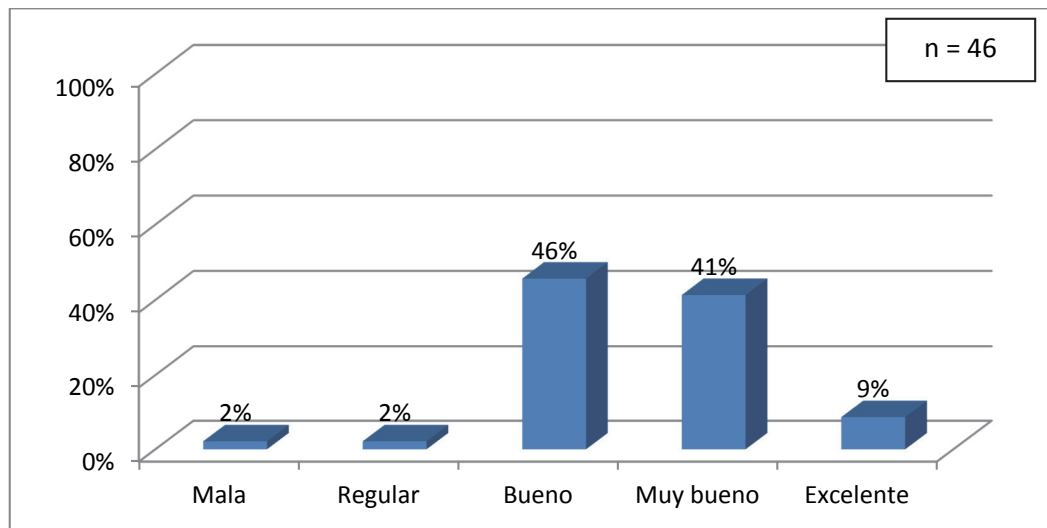


Fuente: Elaboración propia

Los datos del gráfico muestran que un 41% de quienes no completaron el tratamiento kinesiológico previos indican como causa del abandono motivos laborales, mientras que un 24% refiere inconvenientes de índole personal. Cabe mencionar que un 12% manifiesta haber abandonado por cuestiones del sistema de salud, ya sea del establecimiento o de los profesionales que se desenvuelven en él.

Nuevamente considerando a aquellos pacientes con experiencia previa en tratamientos de rehabilitación, resulta de interés indagar cómo calificarían los mismos a esa experiencia. Los resultados se exponen en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 29: Calificación de experiencia previa en rehabilitación

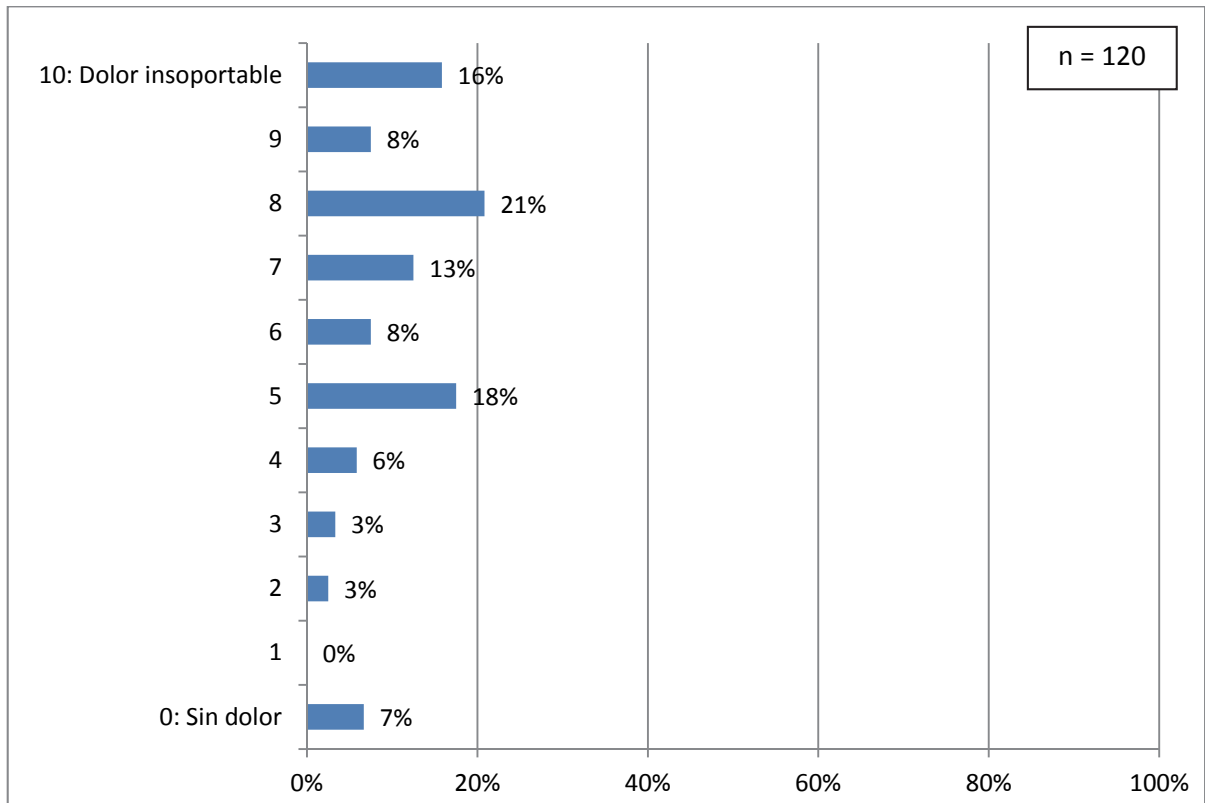


Fuente: Elaboración propia

A partir de los valores obtenidos se observa que los mayores porcentajes de calificación de experiencias previas corresponden a las opciones “Bueno” y “Muy bueno”, representando conjuntamente un 87% de los encuestados.

A continuación, adentrándose en los factores relacionados con la lesión, se le pregunta a toda la muestra el grado de percepción de dolor con el cual acuden al servicio de kinesiología del hospital.

Gráfico N° 30: Escala de percepción al dolor referido por la lesión

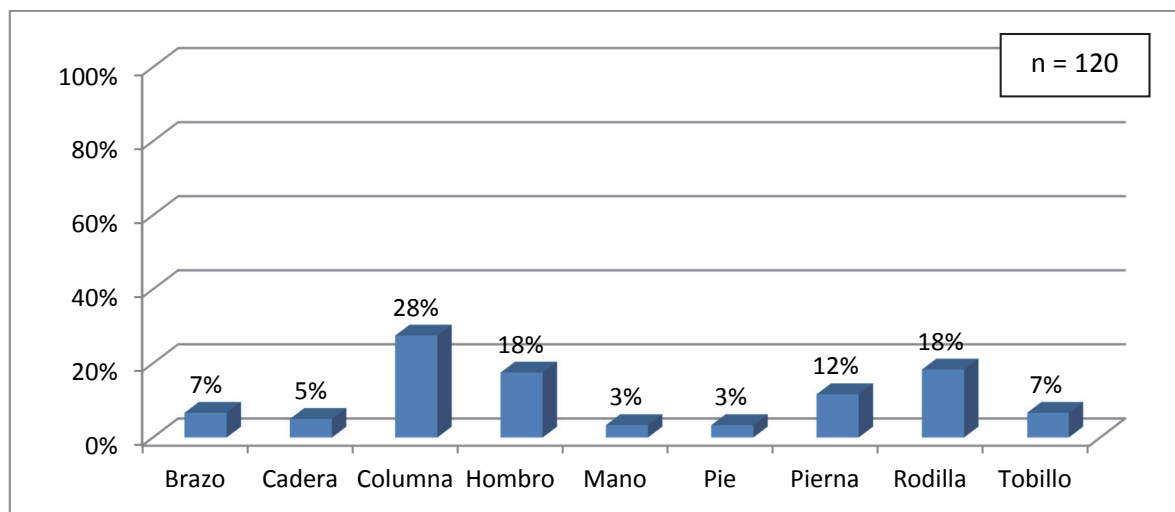


Fuente: Elaboración propia

En función a los resultados del gráfico, un 81% de la muestra se ubica con más de un 5 en la valoración al dolor, destacándose con un 21% el valor de 8 en dolor, seguidamente el valor 5 con un 18% y luego el valor máximo de 10 con un 16% de los pacientes encuestados.

Continuando, y en relación a la pregunta anterior, se indaga a la totalidad de los pacientes la localización de la lesión.

Gráfico N° 31: Localización de la lesión

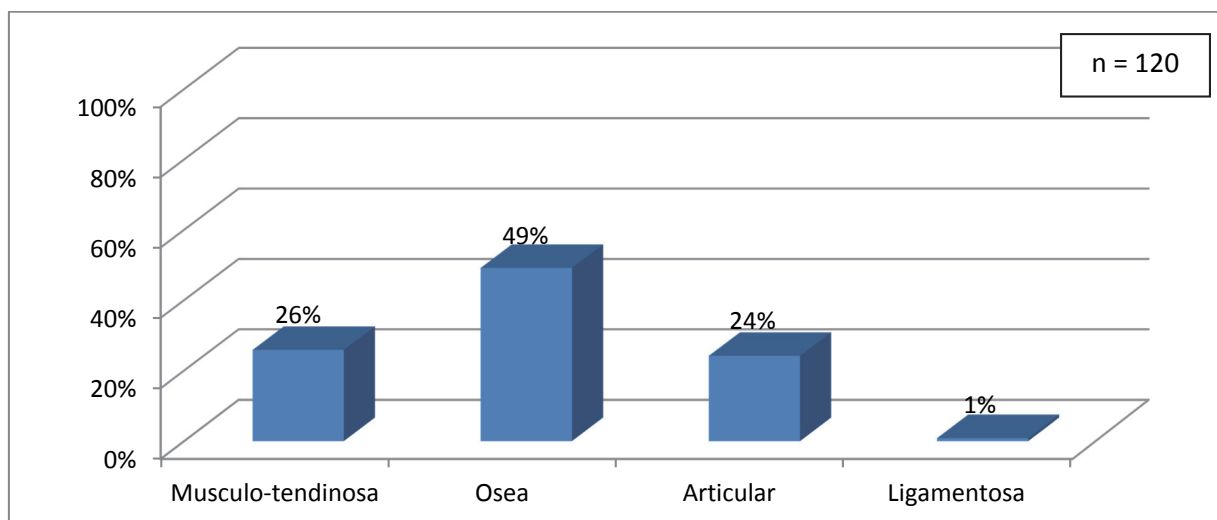


Fuente: Elaboración propia

A partir del gráfico anterior observamos que hay diversas respuestas en cuanto a la localización de la lesión, pero se destaca con una destacada prevalencia del 28%, la columna, siendo esta la localización más frecuente de lesión en los pacientes atendidos en el área de kinesiólogía del hospital. Le siguen con un 18% dos grandes articulaciones como son el hombro y la rodilla. Las articulaciones pequeñas como las de la mano y el pie son las menos frecuentes llegando a un 3% de la muestra.

Avanzando aún más sobre la lesión por la que esta siendo atendido, la tercera y última pregunta en relación a la misma es el tipo de lesión sufrida.

Gráfico N° 32: Tipo de lesión



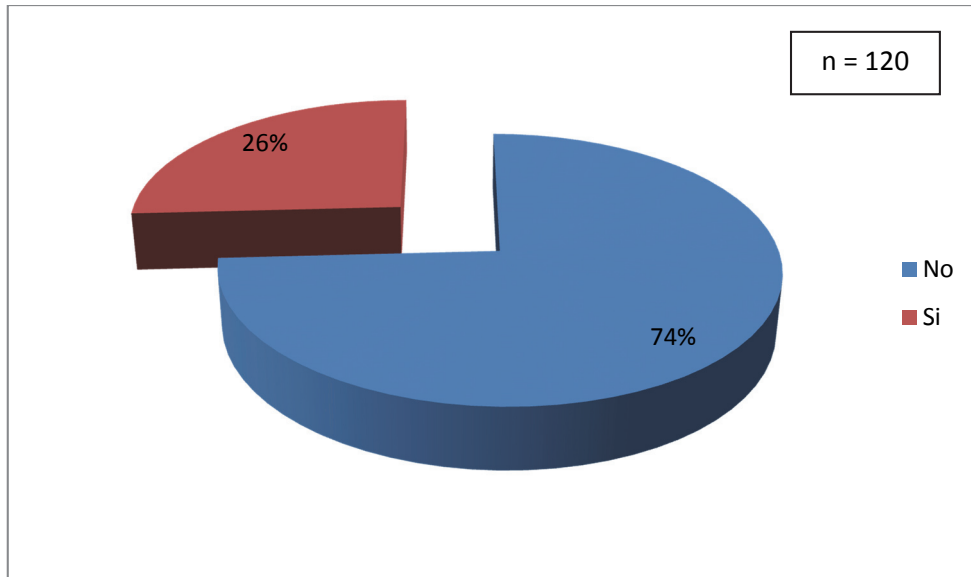
Fuente: Elaboración propia

Se observa que casi la mitad de los encuestados, llegando al 49%, sufren de una lesión ósea. Luego tanto las lesiones músculo-tendinosas, con un 26%, como las articulares,

con el 24%, conforman la otra mitad de los pacientes encuestados. Solo un 1% de los pacientes presentan lesiones ligamentarias.

Seguidamente, en cuanto a los factores que tienen relación al paciente, se les pregunta a las personas encuestadas si investigó e informó sobre su lesión por algún medio.

Gráfico N° 33: Acceso a información adicional a la brindada por el médico

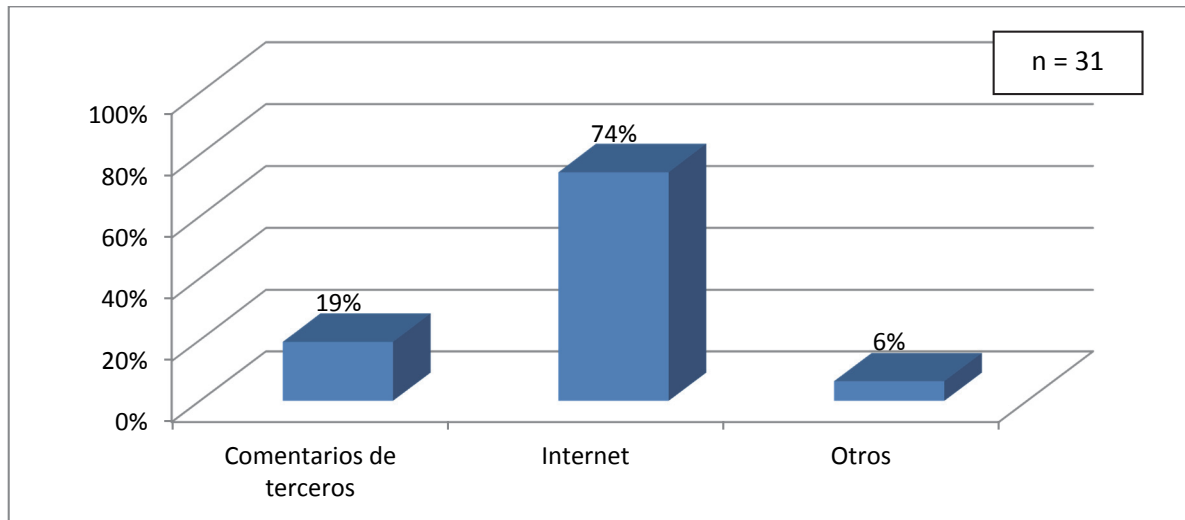


Fuente: Elaboración propia

Los datos recogidos muestran que tres cuartas partes de los pacientes no se han interiorizado en las características de su lesión. La mayoría de los encuestados sólo se han quedado con la información brindada por el médico.

Siguiendo con la temática, ahondando sólo con aquellas personas que se han informado sobre la característica de la lesión sufrida, se les pregunta como accedieron a dicha información.

Gráfico N° 34: Medio por el cual accede a la información complementaria



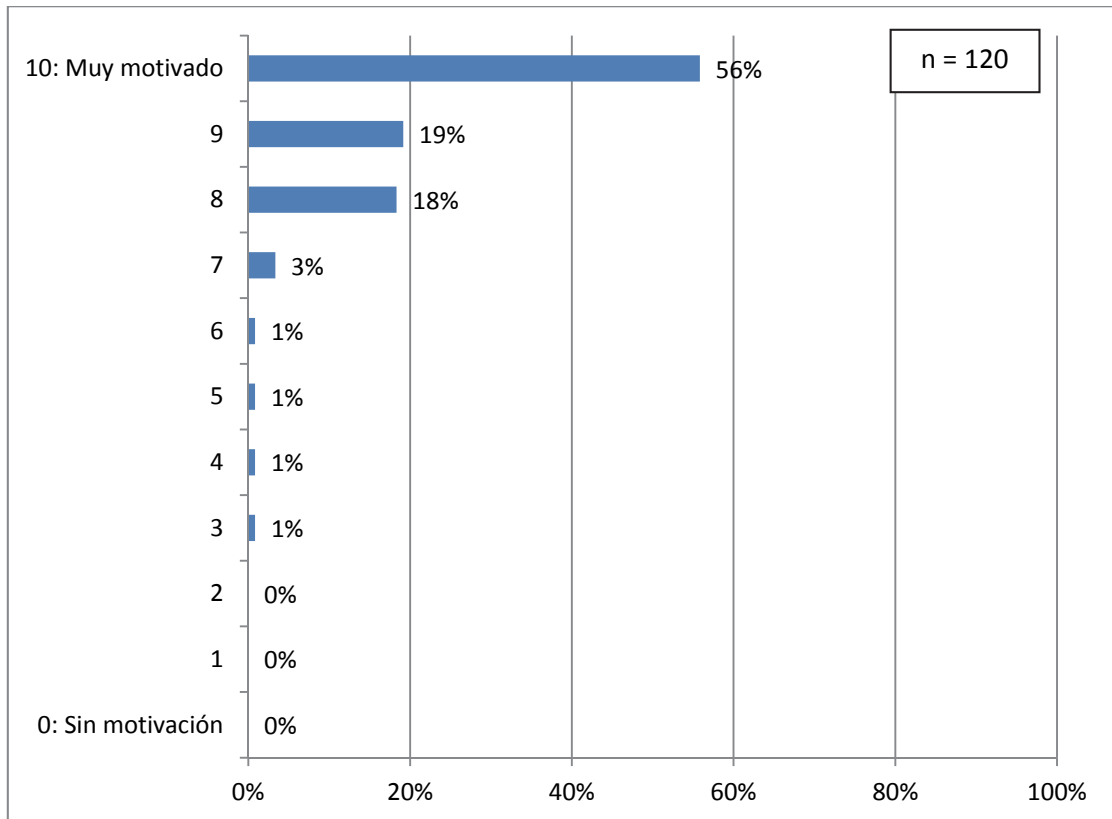
Fuente: Elaboración propia

Dentro del grupo de pacientes que procuró informarse sobre la lesión por la que están siendo tratados, sólo 31 pacientes de la totalidad de la muestra, el 74% de los mismos manifiesta que han accedido a la información vía internet. Otro grupo menor, alrededor de un 19% de los pacientes, buscó información a través de comentarios de terceras personas.

Al momento de indagar entre los pacientes si consideran que realizando la rehabilitación podrán sentirse mejor, la totalidad de la muestra contesta que está de acuerdo con esa suposición.

A continuación se considera, dentro de los factores relacionados con el paciente, preguntarles a los encuestados el grado de motivación que sienten para comenzar con su rehabilitación.

Gráfico N° 35: Escala de valoración de la motivación para el comienzo de la rehabilitación

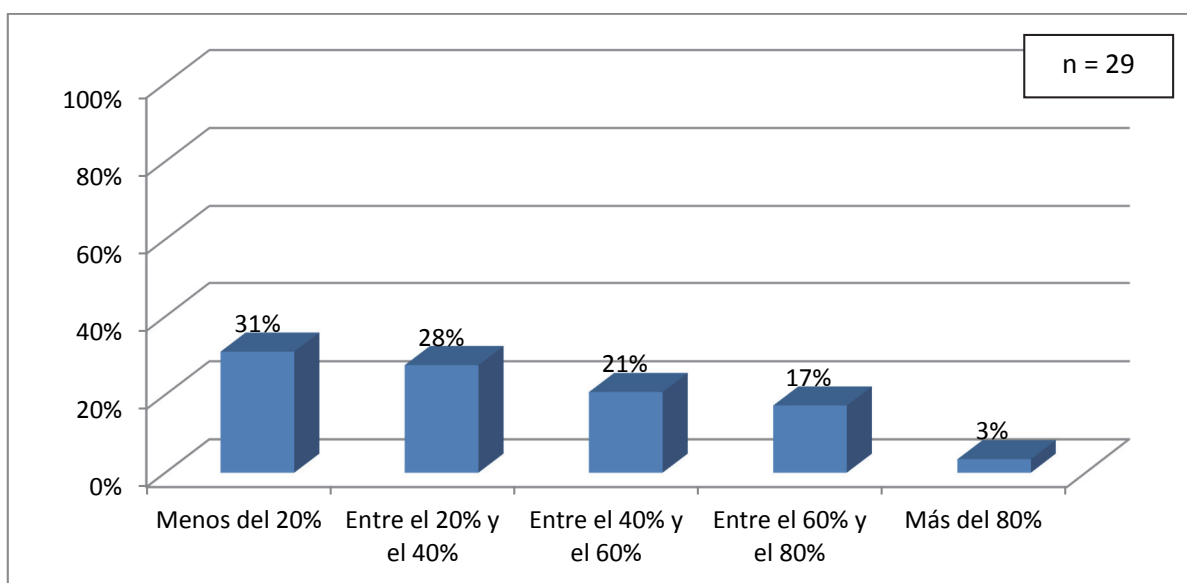


Fuente: Elaboración propia

Finalizando con el análisis de la primera encuesta, realizada a la totalidad de los pacientes, el último gráfico representa el grado de motivación que poseen los encuestados en la primera sesión para empezar con el tratamiento. Más de la mitad de los encuestados, representados por un 56%, dice estar muy motivados, indicando el máximo grado de motivación. Le siguen con similares porcentajes, quienes indican presentar un grado de motivación de entre 8 y 9 puntos.

Llegado a éste punto, se procede a analizar los resultados de la encuesta realizada a los pacientes que abandonaron el tratamiento antes de su finalización, sin importar el momento en el que se produjo el abandono, y que fueron contactados posteriormente vía telefónica. Dicho abandono se constató por medio de la planilla de asistencia que poseen los kinesiólogos. Este grupo está conformado por 29 pacientes, sobre los cuáles los kinesiólogos tratantes informan los grados de cumplimiento de los tratamientos de cada uno de ellos, obteniéndose los siguientes resultados.

Gráfico N° 36: Porcentaje de cumplimiento del paciente a la rehabilitación, según su kinesiólogo

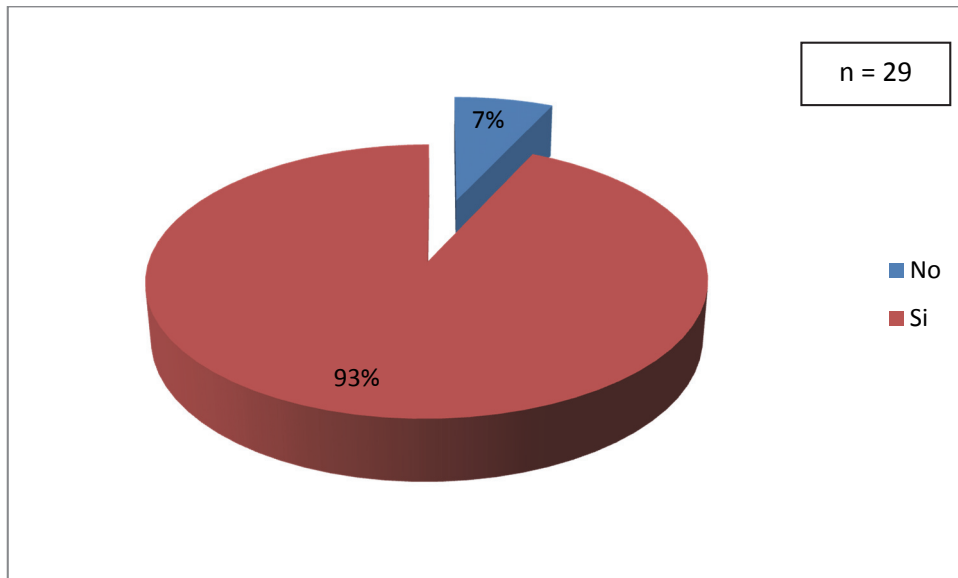


Fuente: Elaboración propia

Los datos recogidos, por medio de la información brindada por los kinesiólogos, muestran que el mayor porcentaje de abandono, un 31% de los 29 casos, deja su tratamiento en las primeras sesiones y no habiéndose cumplido el 20% del tratamiento. Luego, de manera decreciente, se ubican aquellas personas que han cumplido en mayor medida, resultando notorio que el 80% de los pacientes ni siquiera llegan al 60% del tratamiento.

A partir de la obtención de los porcentajes de abandono se dispone a indagar y ahondar sobre aspectos a tener en cuenta relacionados con el sistema de salud. Por ello a continuación se pregunta sobre la atención personal del kinesiólogo.

Gráfico N° 37: Rehabilitación brindada por un sólo kinesiólogo

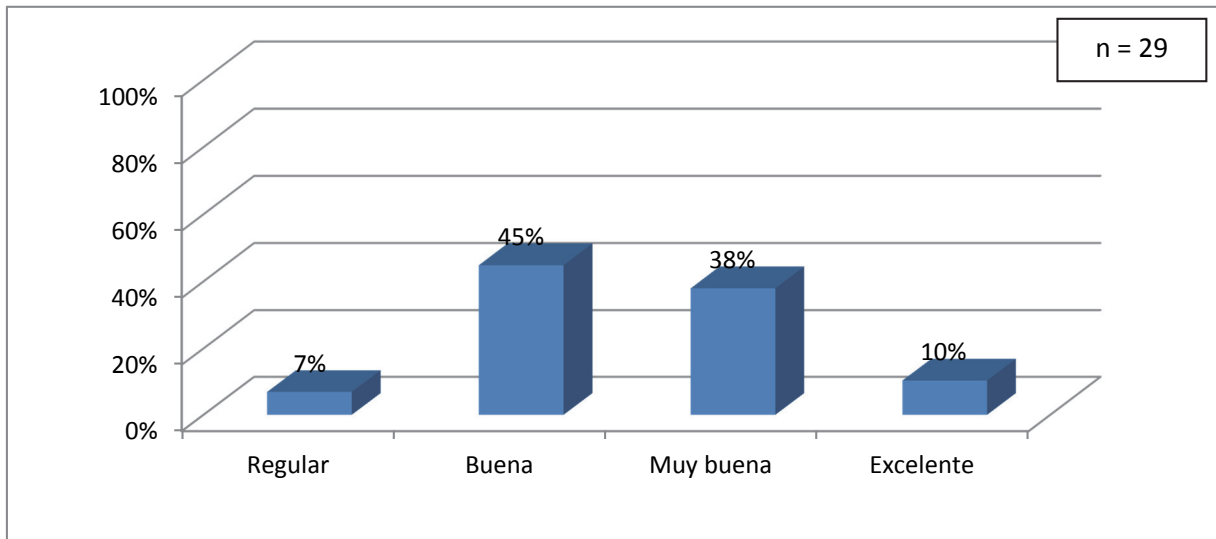


Fuente: Elaboración propia

Se visualiza con facilidad que casi la totalidad de los encuestados que abandonaron el tratamiento fueron atendidos por un solo kinesiólogo. Sólo el 7% de los pacientes afirma haber sido atendido por más de un kinesiólogo, y cuando se les pregunta sobre la cantidad de profesionales que lo trataron, todos mencionan que fueron sólo dos kinesiólogos.

Siguiendo con el análisis de aquellos factores relacionados con el sistema de salud, se continúa con la experiencia que ha tenido el paciente en su rehabilitación.

Gráfico N° 38: Calificación de la experiencia con el Área Kinésica del Hospital

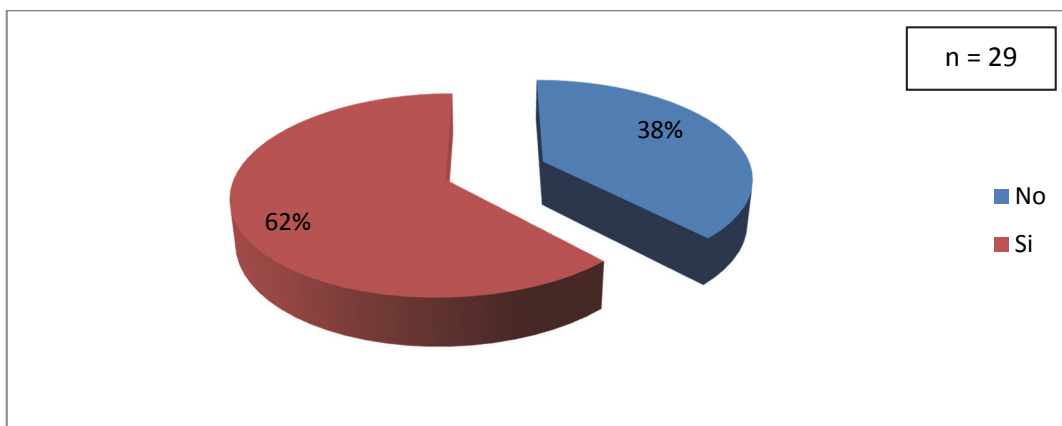


Fuente: Elaboración propia

El 45% de las personas encuestadas en la segunda instancia afirmaron haber tenido una buena experiencia en su rehabilitación, mientras que un escalón por debajo en cuanto al porcentaje, con un 38%, se encuentran aquellos pacientes que mencionan haber tenido una muy buena experiencia. Ya en un menor porcentaje, el 10% afirma haber recibido una excelente atención. Se puede apreciar que en más del 90% de los casos de abandono parecen estar conformes y a gusto con el área de kinesiología del hospital.

En relación con el último gráfico analizado, siguiendo con el área kinésica y la atención recibida, se consulta al paciente si éste recibió por parte del profesional una rutina de ejercicios para realizar en su casa como parte de su recuperación.

Gráfico N° 39: Asignación de una rutina de ejercicios para que realice en su casa



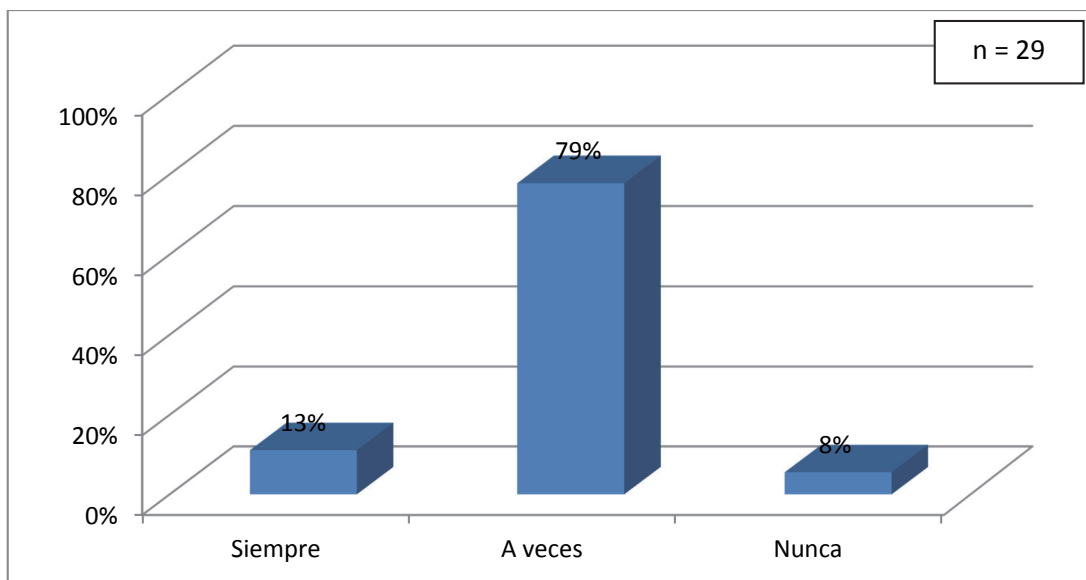
Fuente: Elaboración propia

En base a los resultados obtenidos de la segunda encuesta, con aquellas personas que han abandonado el tratamiento, se constató que el 62% de los mismos han recibido

indicaciones para realizar ejercicios en su respectivo domicilio y así continuar con el tratamiento.

Sólo con los pacientes que afirmaron haber recibido ejercicios para realizar en el hogar se les indaga si efectivamente los ha realizado.

Gráfico N° 40: Realización de ejercicios en el hogar

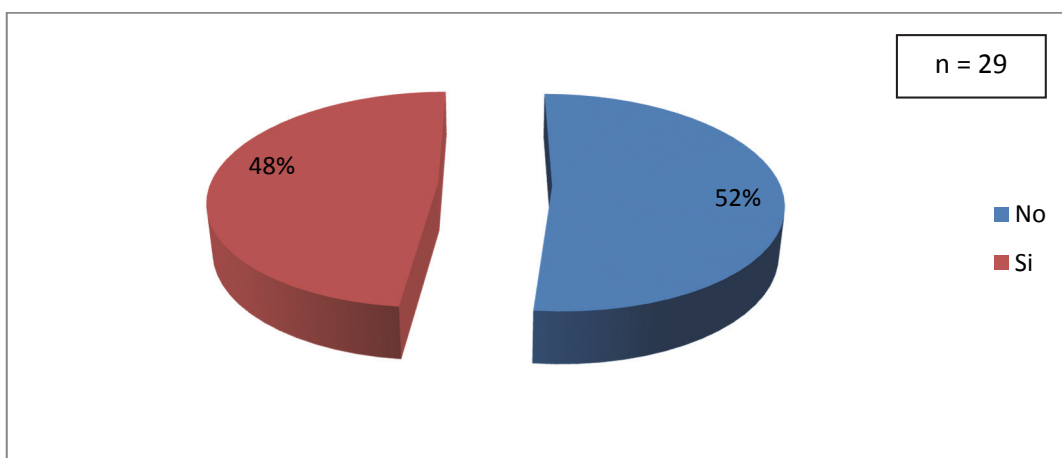


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico anterior se ve que un alto porcentaje de los pacientes han realizado “a veces” los ejercicios indicados por los kinesiólogos. En porcentajes mucho menores encontramos a aquellos que respetaron paso a paso lo ordenado por los profesionales del área kinésica, y quienes no han cumplido nunca con las indicaciones.

Seguidamente se profundiza sobre el tratamiento recibido por el paciente, preguntando sobre la diversidad de lo realizado tanto de ejercicios como de fisioterapia aplicada.

Gráfico N° 41: Tratamiento monótono y sin variantes



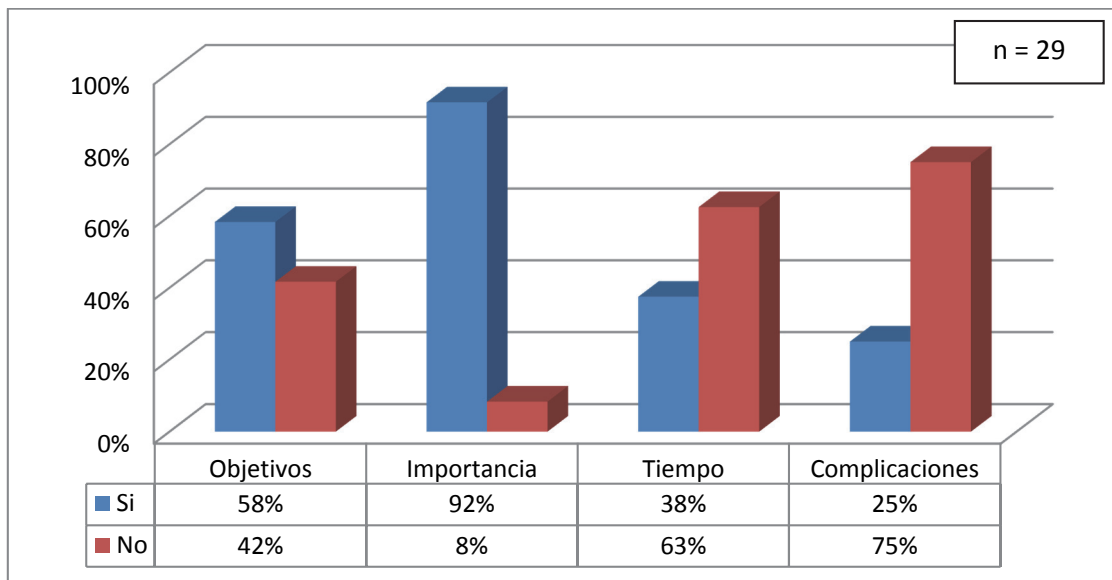
Fuente: Elaboración propia

Siguiendo con el análisis, el gráfico no muestra mayores diferencias entre los que afirman haber realizado siempre la misma rutina de ejercicios, con un 48%, con aquellos

que por el contrario mostraron conformidad con la diversidad de lo practicado en el área kinésica.

Continuando con la segunda parte de la encuesta realizada a los pacientes que han abandonado su rehabilitación, resulta de importancia recabar lo informado por el kinesiólogo.

Gráfico N° 42: Información brindada por el kinesiólogo

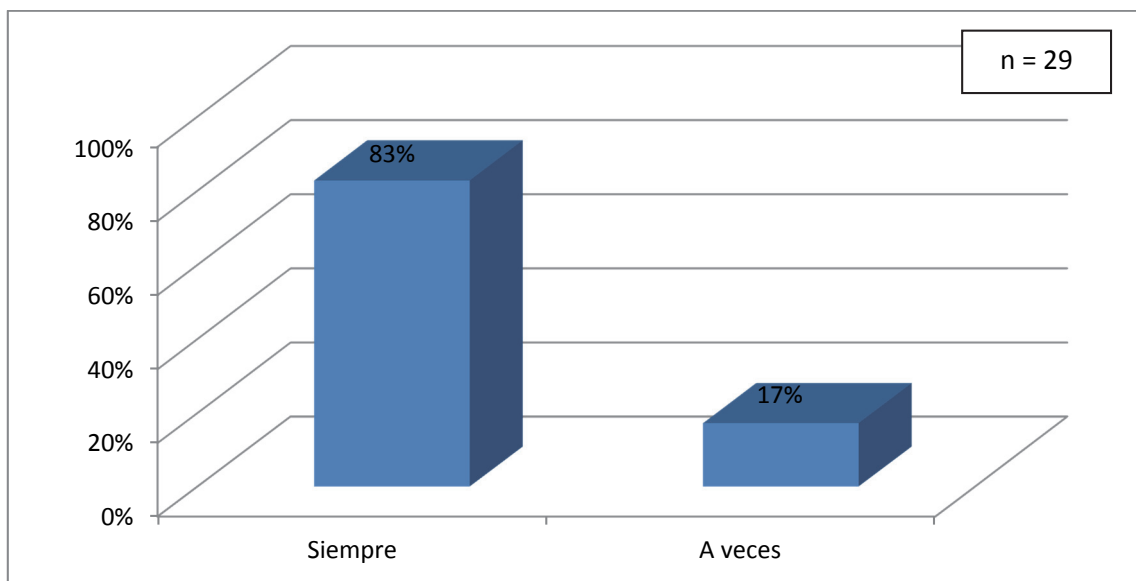


Fuente: Elaboración propia

Los datos expresados en los gráficos muestran diversos resultados. Por un lado, en cuanto a los objetivos planteados por el kinesiólogo, el 58% de los pacientes han recibido dicha información, y si se habla de la importancia del tratamiento, casi la totalidad de los encuestados la recibieron. Por otro lado, respecto al tiempo de recuperación y a sus posibles complicaciones se encuentran resultados no deseables, ya que apenas el 38% de los encuestados refiere haber recibido información respecto del tiempo de recuperación, y tan sólo al 25% de los pacientes manifiesta haber recibido información sobre posibles complicaciones.

Para completar el punto anterior se indaga a los encuestados sobre si han interpretado la información e indicaciones del kinesiólogo.

Gráfico N° 43: Interpretación de la información brindada por el kinesiólogo

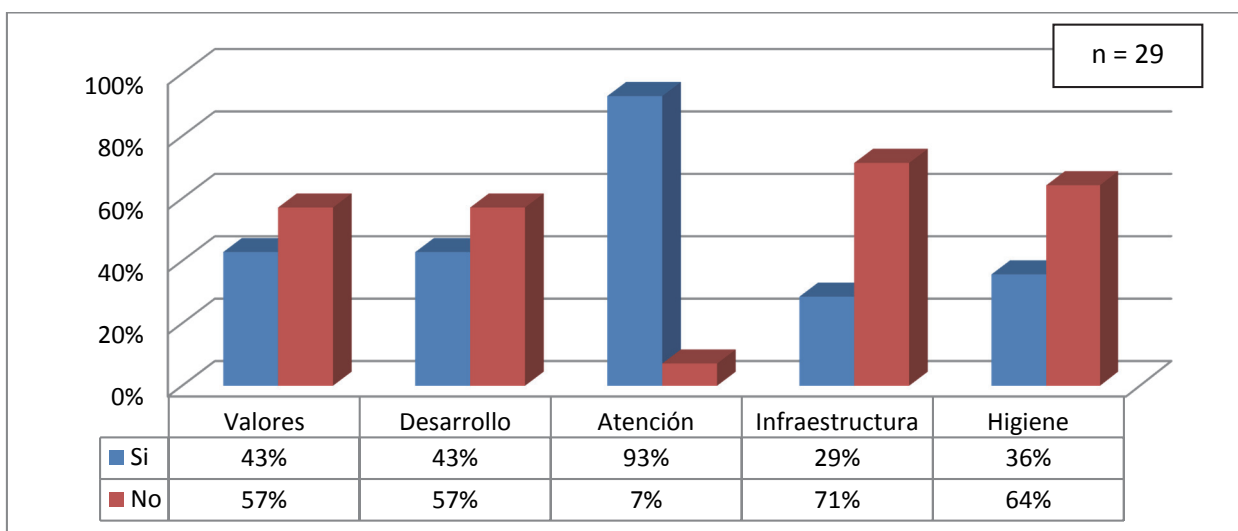


Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico, un 83% de los pacientes indicó que “siempre” interpretó la información brindada por su kinesiólogo, mientras que sólo el 17% dijo entender “a veces” o en ocasiones lo hablado con el profesional del área kinésica.

Resulta de interés saber si los pacientes que han abandonado el tratamiento cumplieron sus expectativas respecto a diversas cuestiones vinculadas con el mismo.

Gráfico N° 44: Aspectos que se cumplieron con la rehabilitación



Fuente: Elaboración propia

A partir del gráfico anterior, en cuanto a los valores de movilidad-fuerza y al desarrollo del tratamiento en sí, el 57% dijo que no cumplió con sus expectativas; en lo que respecta a la infraestructura e higiene también se ve que gran porcentaje, superior al 60%,

no estuvo conforme con lo que ofrece el hospital. En cambio a la atención y calidez brindada por el personal, el 93% de los encuestados muestra gran conformidad.

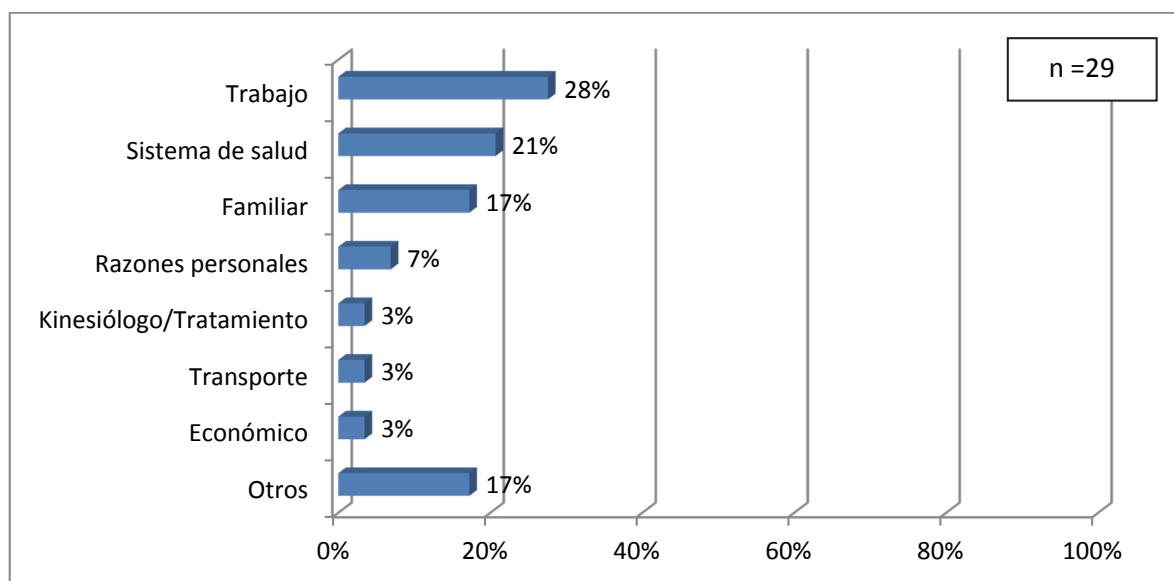
Indagando un poco más en la relación kinesiólogo-paciente, y en relación a la información brindada por los profesionales, se pregunta si hubo alguna contradicción entre el kinesiólogo y el médico que lo ha derivado.

Un alto porcentaje de la totalidad de los encuestados afirmaron no haber encontrado contradicciones entre lo hablado con el médico y el kinesiólogo. Al indagar en mayor detalle, entre quienes respondieron afirmativamente, se encuentra que las únicas contradicciones radican en el diagnóstico, y las mismas fueron habladas oportunamente con el kinesiólogo tratante.

Al momento de indagar dentro del grupo de pacientes que no completa el tratamiento, acerca de si se les respetó el turno en cada oportunidad que fueron a rehabilitarse, la totalidad de los mismos afirman que siempre se les respetó.

Por último se somete a los encuestados a que den un motivo por el cual han dejado de concurrir al servicio de kinesioterapia del hospital.

Gráfico N° 45: Motivo de abandono a la rehabilitación

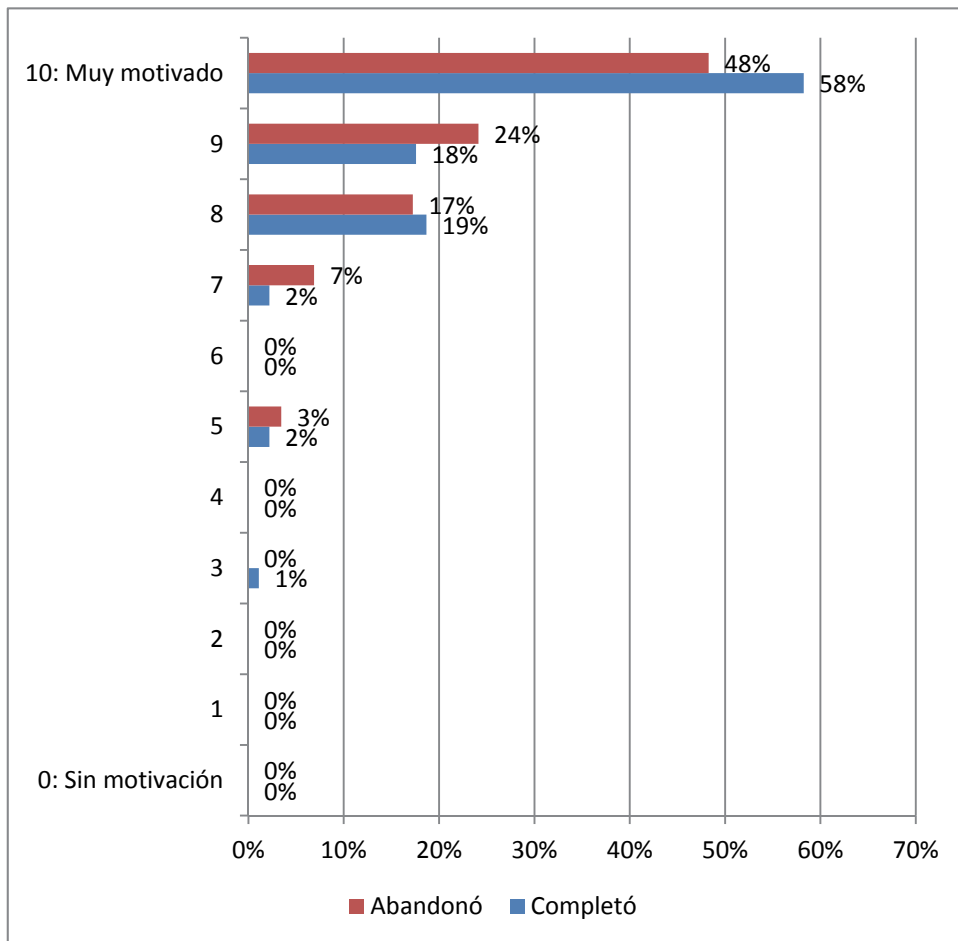


Fuente: Elaboración propia

Finalizando con los resultados de la encuesta telefónica, se detalla en el gráfico los motivos por los cuales los pacientes abandonan la rehabilitación. Con un 28%, el mayor valor obtenido, están las razones laborales como causantes de abandono, le siguen con un 21% los motivos que implican al sistema de salud; la cuestión familiar también es un motivo repetido en la encuesta llegando al 17% de los casos. En el caso de “otros” motivos podemos citar viajes no programados, lesiones agudas sufridas que imposibilitaban el traslado entre otros motivos.

Para completar el análisis se analiza el nivel de motivación informado por los pacientes al finalizar el primer cuestionario, en función de si completó el tratamiento o abandonó el mismo. Los resultados se presentan a continuación.

Gráfico N° 46: Comparación entre abandono y cumplimiento con respecto a la motivación

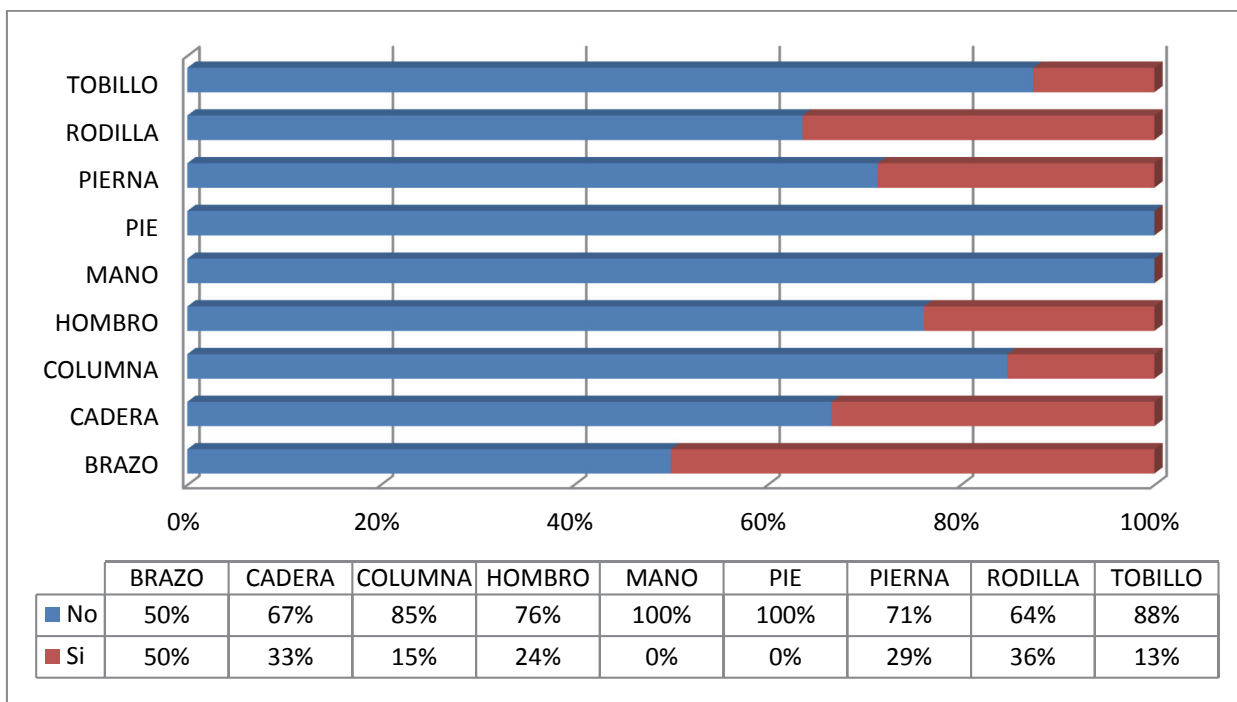


Fuente: Elaboración propia

No se observan diferencias significativas en cuanto a la motivación manifestada por los pacientes al finalizar la primera encuesta respecto de su adhesión o no al tratamiento, marcando que no es este un aspecto a priori que pueda influir en el cumplimiento del mismo.

Por último, se analiza si la lesión que ocasionó el tratamiento de rehabilitación tiene o no relación con el hecho de haber abandonado el mismo.

Gráfico N° 47: Lesión y porcentaje de abandono



Fuente: Elaboración propia

Se observa que las lesiones que presentaron los porcentajes más altos de abandono son el brazo, con un 50%, la rodilla y la cadera, ambas con porcentajes por encima del 30%, seguido por la pierna y la rodilla.

The background features a light blue gradient with a central silhouette of a person holding a staff horizontally. This figure is overlaid on a large, faint circular diagram with radial lines, resembling a clock face or a technical diagram. There are also some abstract, curved lines and a lens flare effect in the lower-left corner.

CONCLUSIONES

El abandono en el tratamiento, de cualquier índole, es un fenómeno que se presenta habitualmente en todas las áreas de la medicina y la salud, y la kinesiología no es la excepción. Trabajos mencionados anteriormente señalan altos porcentajes de abandono en la recuperación de distintas lesiones.

Distintos autores, como Ortego Maté y colaboradores¹, y también la OMS², hacen referencia a que existen múltiples factores que inciden a que el paciente desarrolle poca o nula adherencia en su rehabilitación. Dentro del planteo multifactorial causante de abandono se encuentran factores relacionados con el propio paciente, los factores socioeconómicos, los relacionados al sistema de salud y al equipo profesional, están también aquellos factores propios de la enfermedad o lesión, y por último, los relacionados, por supuesto, al tratamiento.

Con respecto al objetivo específico que trata de establecer la prevalencia de los diferentes factores que conducen al abandono kinésico se obtuvo que, el factor predominante, al momento de la encuesta telefónica, fue el factor socio-económico y demográfico con el 34%. El porcentaje resulta de la suma de los abandonos dados por problemas laborales, los de índole económica y por último los de transporte. Paralelamente, un trabajo científico hecho en el hospital público de Ramos Mejía – Bs.As., en el año 2005, marcó que el factor socio-económico es responsable del 38% de los abandonos al tratamiento kinésico (González: 2005)³, posicionándose como la principal causa de incumplimiento en la rehabilitación. Los factores que lo secundan, en un 24%, son aquellos relacionados con el sistema de salud y el equipo profesional, con un porcentaje no mayor al 3%, están los factores relacionados con el tratamiento.

Siguiendo con el análisis, el segundo objetivo específico indaga sobre la causa que más incide dentro de los factores socio-económicos y demográficos. Sin duda, con el 28% del total de los abandonos, el trabajo y lo relacionado a él, es el factor de mayor predominio. En relación al factor laboral, en la primera encuesta realizada, el 58% de los 120 pacientes dijeron ser trabajadores activos, y más de la mitad de los mismos tenían que faltar a su trabajo para concurrir a su rehabilitación. Hay que tener en consideración que de los 29 pacientes que no llegaron a concluir el tratamiento, 8 se le atribuyen el carácter laboral. En cuanto al objetivo específico que consiste en indagar que tipo de lesiones, en el aparato locomotor, son las que presentaron mayor adherencia se encuentran las lesiones de mano y

¹ Ortego Maté y colaboradores, en su trabajo de adhesión al tratamiento, explica entre otras cosas las variables implicadas en la adherencia, destacando las sociodemográficas como las de mayor peso por sobre cualquier otra variable. También enumera una serie de estrategias para mejorar la adhesión en los pacientes, familiares y allegados.

² OMS - Organización Mundial de la Salud busca mejorar las tasas mundiales de adherencia terapéutica en patologías crónicas mediante el informe *"Adherencia a los tratamientos a largo plazo-pruebas para la acción"*.

³ González, F. es un kinesiólogo que realizó una investigación en el Hospital Público de Ramos Mejía llamado: *"Análisis de la adherencia a los tratamientos kinésicos"*. En dicho trabajo analiza las variables que influyen en la no-adherencia y posterior abandono.

pie con el 100% de cumplimiento, con 4 casos de alta cada una. Otras lesiones que tuvieron gran afinidad a la rehabilitación son los traumatismos de tobillo, llegando al 88% de adherencia, presentando sólo un caso de abandono sobre 8 casos encuestados. En cuanto a las lesiones de columna, con 34 pacientes encuestados, ubicándola como la patología de mayor ingreso al área de kinesiología, el 85% de la totalidad lograron terminar con éxito su rehabilitación, dejando tan sólo 5 casos de abandono. Pasando a las lesiones de mayor deserción, en relación al porcentaje de ingresos, están las lesiones traumáticas en brazo, con un abandono cercano al 50%; lo siguen las lesiones de rodilla con un porcentaje de no adherencia del 36%, donde 8 de 22 ingresos no concluyeron su tratamiento. Por último, 2 abandonos sobre 6 pacientes dan un 33% de incumplimiento en lesiones de cadera, ubicándolas en el tercer grupo de lesiones con menor adherencia. El cuarto objetivo específico busca relacionar el momento en que se produce el abandono con el número de sesiones realizadas. Por medio de la información brindada por los kinesiólogos, muestran que el mayor porcentaje de abandono, un 31% de los 29 casos, deja su tratamiento en las primeras sesiones, y no habiéndose cumplido el 20% del tratamiento. Luego de manera decreciente se ubican aquellas personas que han cumplido en mayor medida, resultando notorio que el 80% de los pacientes ni siquiera llegan al 60% del tratamiento.

El último objetivo específico pretende determinar si el sistema de otorgación de turnos influye sobre el abandono al tratamiento. En primera instancia se aclara que se considera abandono luego de dos sesiones sin concurrir al servicio de kinesiología, ni contactarse con la secretaria del servicio, luego de ello se dispone del turno para un nuevo paciente.

Los datos recolectados de la encuesta telefónica indica que el 21% de los pacientes ha manifestado haber tenido inconvenientes para concertar los nuevos turnos, dificultad para comunicarse telefónicamente con el área de turnos, extensos tiempos de espera entre otros. Un pequeño porcentaje de encuestados afirmó retomar el tratamiento una vez que pudieran solicitar un nuevo turno. Un dato llamativo es el tiempo de espera que tienen al momento de su solicitud, el 70% de la muestra debió esperar más de tres semanas para obtener su primer sesión.

Con respecto al objetivo general mencionado, el nivel de adherencia al tratamiento kinésico en el hospital público es del 75.8%.

Concluyendo con el trabajo de investigación, se destaca el rol fundamental que ejerce el kinesiólogo como agente de salud, donde se observó la dedicación con la cual se interioriza por la problemática del paciente, brindándole información, consejos y lo más importante, calidez humana. A pesar de las adversidades con las que se encuentra el servicio de kinesiología, en cuanto a falta de insumos, material de trabajo e infraestructura edilicia desfavorable, es de admirar como el paciente prioriza la atención recibida por sobre todo lo adverso.

Por último cabe destacar el colapso que tiene hoy el servicio de rehabilitación del hospital, donde la demanda supera ampliamente las capacidades de la oferta; casos de patologías crónicas, que no son competencia del establecimiento, ya que el mismo es de patologías agudas, con turnos de espera hasta de dos meses; seguimiento de lesiones traumáticas donde la concurrencia del paciente al establecimiento se reduce a una visita semanal, debido a la gran cantidad de personas que requieren ser atendidas; casos como éstos últimos se repiten día a día y necesitan de una solución a corto plazo.

Será para analizar y debatir las nuevas interrogantes surgidas:

¿La incorporación del kinesiólogo al servicio de atención primaria de la salud podrá descomprimir parte del problema suscitado en lo que es hoy el único servicio de atención kinésica de carácter público?

¿Cómo debería ser el abordaje de las patologías crónicas dentro del establecimiento público que dedica su atención sólo a cuestiones agudas?

¿De qué manera se podría mejorar el sistema de otorgación de turnos?



BIBLIOGRAFÍA

- Abenza Cano L, Olmedilla Zafra A, Ortega Toro E, Esparza Ros F, (2009), Estados de ánimo y adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados en: Trabajos Originales - *Apunts Med Esport*, Murcia: Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).
- Bahr, R (2007), Lesiones deportivas – Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, Madrid: Panamericana.
- Dimatteo y Di Nicola, (1994), Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud en: *Anuario de la Psicología*, n°61, Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Epstein, L.H. & Cluss, P.A. (1982), A Behavioral Medicine Perspective on Adherence to long-term Medical Regimens en: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 50, n° 6.
- Fortune Haverbeck, J., Arenas, J., Palma, C., Manual de ortopedia y traumatología en http://www.fcm.unanleon.edu.ni/pdf/drfilibertoberrios/libros/Manual_de_Ortopedia_y_Traumatologia_PUC.pdf.
- García Cabeza E, Sánchez Díaz E, Sanz Amador M, Gutiérrez Rodríguez M, González de Chávez M, (2001), Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos en: *Factores Cognitivos en la Adherencia al Tratamiento*; 2002, IX Congreso Internacional de Psiquiatría, Bs.As.
- Gelband, H., (2000), Regimens of less than six months for treating tuberculosis en: *Factores de riesgo y abandono (no adherencia) del tratamiento anti-tuberculoso*, 2005, Universidad industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.
- Gil, F., García, M., León, J. M., Jarana, L. (1992), La formación de los profesionales de la salud en: *Habilidades sociales y salud*, Madrid: Eudema.
- González Fernando A, (2005), Análisis de la adherencia a los tratamientos kinésicos en: *Revista del Hospital de Ramos Mejía* - edición electrónica, 2007, Vol 12, n°1, Bs.As.
- Harper Collins (2005), Diccionario Médico, Madrid: Marbán.
- Homedes Nuria, Ugalde Antonio, (1994), Estudio sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo en: *Factores de riesgo y abandono (no adherencia) del tratamiento anti-tuberculoso*, 2005, Universidad industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.
- Ingramo, R y otros, (2005), Estudio Nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT) en: *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, Vol 34, n°1.
- Jurado Bueno, A., Medina Porqueres, I (2008), Tendón – Valoración y tratamiento en Fisioterapia, Barcelona: Paidotribo

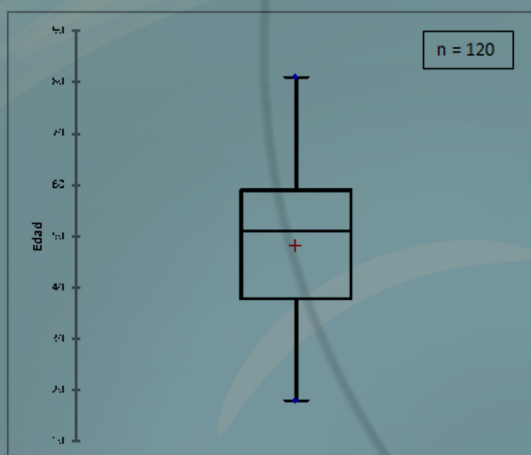
- Libertad Martín Alfonso, (2004), Acerca del concepto de adherencia terapéutica, en: *Revista Cubana Salud Pública*, Vol 30, n°4, La Habana.
- OMS - Organización Mundial de la Salud, (2004), Adherencia a los tratamientos a largo plazo-pruebas para la acción, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Cáceres Manrique, María de Flor (2005), Factores de riesgo y abandono (no adherencia) del tratamiento anti-tuberculoso, 2005, Universidad industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.
- Ortego Maté, M y cols, La adherencia al tratamiento en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf.
- Palastanga, N., Field, D., Soames, R. (2000), Anatomía y movimiento humano – estructura y funcionamiento, Barcelona: Paidotribo.
- Pozsik C., 1993, Compliance with tuberculosis therapy en: Factores de riesgo y abandono (no adherencia) del tratamiento anti-tuberculoso, 2005, Universidad industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.
- Raygoza Panduro, J.J. y cols, Implementación de un sistema de monitoreo de la deformación superficial de los ligamentos de una articulación en: <http://arantxa.ii.uam.es/~ivan/02004-somi04-ligament.pdf>.
- Real Academia Nacional de Medicina (2012), Diccionario de Términos Médicos, 1 ed., Madrid: Panamericana.
- Sampietro, M (2007), Curso a distancia de prevención y rehabilitación de lesiones deportivas en: www.sobreentrenamiento.com.
- Silberman, F. (2003), Ortopedia y traumatología, Madrid: Panamericana
- Tórtora, Gerard J. & Derrickson, Bryan (2011), Principios de Anatomía y Fisiología, Madrid: Panamericana.
- Trojano S, Forciniti C, (1999), Abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en: *Factores de riesgo y abandono (no adherencia) del tratamiento anti-tuberculoso*, 2005, Universidad industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.
- Ulrich Welsch, Sobotta (2009), Histología, Madrid: Panamericana.
- Vera Noriega, José Ángel (1999), Creencias relacionadas con el uso de servicios pediátricos en madres de las zonas urbanas de México en: *Apuntes de Psicología*, Vol17, <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/1999/58.pdf>
- Imagen empleada en carátula con fines exclusivamente académicos, recuperada de <http://es.slideshare.net/bahulasva/ara-2009-adeherencia-a-enfermedades-cronicas>



La falta de adherencia al tratamiento es un fenómeno mundial que se presenta en todas las áreas de la medicina, en un amplio abanico de patologías, tanto agudas como crónicas, no discriminando ni a niños ni ancianos. En el área de la rehabilitación kinésica el fenómeno del abandono también existe, ocasionando el estancamiento en la rehabilitación, alargando a la misma y hasta ocasionando una ineficiente recuperación con secuelas.

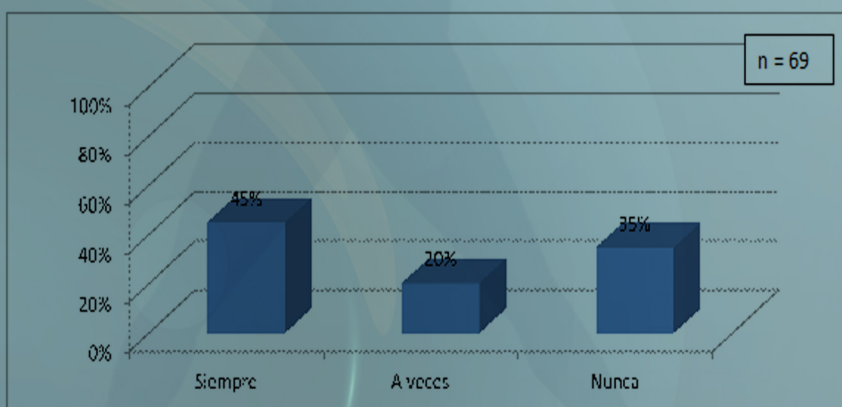
Objetivo: Determinar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico de las lesiones traumáticas en el Aparato Locomotor y que factores son la que la condicionan, en pacientes ingresados al servicio de kinesiología de un Hospital Público de Mar del Plata durante 3 meses del año 2014.

Distribución por edad de los pacientes



Fuente: Elaboración propia

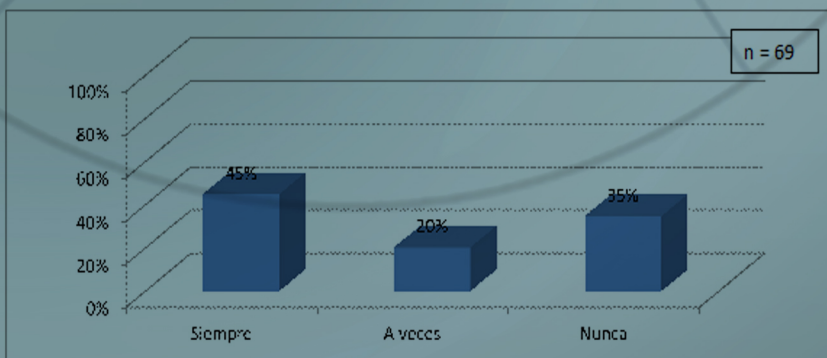
Frecuencia con que se ausenta al trabajo para asistir a la rehabilitación



Fuente: Elaboración propia

Materiales y métodos: El diseño metodológico es del tipo no experimental – transversal descriptivo. La muestra no probabilística se realizó con 120 pacientes de un hospital público de Mar del Plata durante los meses de octubre – noviembre y diciembre del año 2014. Los datos fueron recolectados mediante encuestas personales en una primera instancia, y luego una segunda encuesta telefónica sólo a aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento.

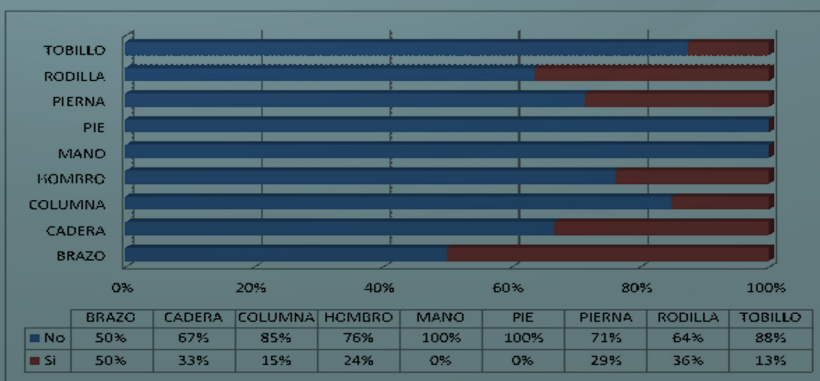
Frecuencia con que se ausenta al trabajo para asistir a la rehabilitación



Fuente: Elaboración propia

Resultados: Se determinó que el nivel de adherencia al tratamiento kinésico en el hospital público del Higa es del 75.8%; de un total de 120 pacientes han abandonado 29 personas. El factor socio-económico y demográfico, con el 34%, fue la causa principal de no-adherencia. El porcentaje resulta de la suma de los abandonos dados por problemas laborales, los de índole económica y por último los de transporte. El segundo factor de incumplimiento, en un 24%, es el relacionado al sistema de salud y al equipo profesional.

Lesión y porcentaje de abandono



Fuente: Elaboración propia

Conclusión: Se considera una alta adherencia al tratamiento kinésico en el hospital público de Mar del Plata. Palabras claves: Adherencia – tratamiento kinésico – abandono – lesión traumática

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: Salort, Martin

Tipo y N° de Documento: D.N.I 30.196.224

Teléfono/s: 2235928331

E-mail: martinsalort@hotmail.com

Título obtenido: Licenciatura en Kinesiología

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO KINÉSICO EN UNA ENTIDAD DE SALUD PÚBLICA

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

