



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA

presentada para acceder al título de grado de la carrera de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

Título:

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”.

Autor:

García, María Ángeles

N° de libreta 1536

Director:

Prof. Lic. Silva, Gustavo

Co-director:

Lic. Galetto, Jerónimo

Fecha de presentación:

Santa Fe, 14/10/2022

Firma:

RESUMEN:

El siguiente trabajo de investigación se orienta a analizar los múltiples factores que influyen en la adherencia a los tratamientos kinésicos. Éstos se agruparon para un mejor análisis en factores relacionados con la lesión, con el propio paciente, con la atención kinésica y con el tratamiento. También, se busca conocer los factores de la adherencia terapéutica en torno al género, analizando si se encuentran diferencias relacionadas con los factores antes mencionados.

La investigación se enfoca a conocer los factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas que tienen los habitantes de la ciudad de Esperanza, departamento Las Colonias, provincia de Santa Fe, en el período 2019 – 2022.

Para obtener una mirada integral del tema en cuestión se considera al paradigma biopsicosocial, el cual analiza tres dimensiones: psicológica, biológica y social. En este trabajo se abordan dichas dimensiones, prestándole mayor atención a los factores de la esfera social los cuales son significativos para la adherencia terapéutica. El aporte de las representaciones sociales juega un papel fundamental, ya que ayudan a construir una realidad social y a entender por qué según ellas se ve condicionada la adherencia terapéutica a partir de la relación paciente profesional.

La metodología utilizada asume un carácter de tipo cualitativa, priorizando un nivel micro sociológico, siguiendo un criterio hermenéutico interpretativo. Las técnicas aplicadas se basaron en un trabajo de revisión bibliográfica, y se realizaron entrevistas semi-estructuradas a informantes claves con el fin de poder recopilar información acerca de sus experiencias en las sesiones de kinesiología luego de haberse desencadenado una lesión músculo esquelética.

Los resultados obtenidos reflejaron que la totalidad de los participantes confirmaron que la afección y el dolor prolongado produjeron cambios de ánimo y estados emocionales negativos que influyeron directamente en la adherencia al tratamiento. Lo más relevante fue que la experiencia que cada paciente vivenció en las sesiones de kinesiología, la relación que logró establecer con el profesional y la manera de llevar adelante el tratamiento, condicionaron fuertemente la adherencia terapéutica, haciendo que ésta no se logre en su totalidad. Con respecto al género, se observaron diferencias en el modo de afrontar la afección, las manifestaciones clínicas y la manera de adherirse al tratamiento.

Palabras claves: Adherencia terapéutica – factores - representaciones sociales – género.

INDICE:

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	5
III.	JUSTIFICACIÓN	6
IV.	CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	7
	1. Adherencia terapéutica.....	7
	2. Lesiones músculo esqueléticas.....	11
	3. Modelo biopsicosocial.....	15
	4. Tratamiento kinésico, un enfoque biopsicosocial.....	18
V.	METODOLOGÍA	20
VI.	CAPÍTULO 2: FACTORES DE LA ADHERENCIA RELACIONADOS CON LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA	24
	1. Factores relacionados con la lesión.....	24
	2. Factores relacionados con el propio paciente.....	27
	3. Reflexiones preliminares.....	29
VII.	CAPÍTULO 3: FACTORES DE LA ADHERENCIA RELACIONADOS CON LA DIMENSIÓN SOCIAL	30
	1. Factores relacionados con la atención kinésica.....	30
	2. Factores relacionados con el tratamiento.....	36
	3. Reflexiones preliminares.....	41
VIII.	CAPÍTULO 4: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO KINÉSICO A TRAVÉS DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES EN TORNO AL GÉNERO	43
	1. Género y factores relacionados con la lesión.....	43
	2. Género y factores relacionados con el propio paciente.....	44
	3. Género y factores relacionados con la atención kinésica.....	45
	4. Género y factores relacionados con el tratamiento.....	47
	5. Reflexiones preliminares.....	48
IX.	REFLEXIONES FINALES	50
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
XI.	ANEXOS	56

I.INTRODUCCIÓN:

Cuando una persona sufre una lesión músculo-esquelética se producen una serie de trastornos, alterando la función y/o la estructura de un órgano o sistema. (1) En cada afección intervienen aspectos físicos, psicológicos y sociales. Los factores psicosociales pueden afectar directamente la carga física, aumentar la tensión de los músculos, generar estrés y posturas inadecuadas. (2)

Por lo tanto, a la hora de plantear un tratamiento kinésico es indispensable tener en cuenta dichos factores para que el paciente logre adherirse al mismo, ya que el desarrollo del tratamiento y por ende su resultado está influenciado por la adherencia terapéutica. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud la adherencia terapéutica se define como: “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponda con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. (3) Es un concepto diferente de cumplimiento u observancia; la diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones. El concepto de adherencia implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud, e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes que se deben tener en cuenta. Hay una serie de factores relacionados con la falta de adherencia:

- Factores relacionados con la atención médica: mala comunicación, falta de empatía entre el paciente y el profesional sanitario, o a la inversa, consultas masificadas, periodos de tiempo muy largos entre una consulta y otra.
- Factores relacionados con el propio paciente: falta de comprensión, mala situación familiar, falta de recursos, estrés.
- Factores relacionados con la enfermedad: enfermedad y situación no aceptada por el paciente, pesimismo.
- Factores relacionados con el tratamiento: tratamientos largos, pauta terapéutica compleja, reacciones adversas. (3)

Para aumentar la adherencia terapéutica, las intervenciones deben llevarse a cabo por parte de todos los profesionales de la salud que intervengan en el proceso de tratamiento del paciente y ser sistematizadas. Una buena información al paciente dará lugar a un aumento de la motivación del mismo mediante cambios de actitud y de comportamiento.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

El paciente deberá participar en el cuidado de su salud y en la planificación del tratamiento y ser consciente de las metas propuestas, aunque muchas veces deba cambiar su estilo de vida para lograrlas. Aunque pueda dar la impresión de que la educación sanitaria es una intervención débil, un paciente no puede cumplir bien el tratamiento, o adherirse a él, si no tiene una información sobre su enfermedad y la pauta terapéutica a seguir, adecuada y suficiente. Cuando el autocuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad, se observan mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud, la atención de los síntomas cognoscitivos, la comunicación y el tratamiento de las discapacidades.

Entre las intervenciones propuestas para aumentar la adherencia se encuentran:

- Informar al paciente de su enfermedad y de la necesidad o no de tratamiento.
- Pautas terapéuticas sencillas y adaptadas a su rutina diaria.
- Recetas personalizadas.
- Realizar un seguimiento terapéutico.
- En los tratamientos cortos, indicar el principio y el fin, así como la fecha de la siguiente consulta. (3)

Por lo tanto, un programa que pretenda mejorar la adherencia en los pacientes deberá tener un enfoque biopsicosocial.

Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: de alteraciones psicosociales pueden derivar en enfermedades o dolencias que constituyen problemas de salud, incluso a veces con correlación bioquímica. La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última de los síntomas para el paciente, ni asegura tampoco las actitudes y habilidades del clínico para recoger la información y procesarla de manera adecuada. Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pudiera considerarse. La aceptación del rol de enfermo no viene determinada de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica. El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales, tal como deja patente el llamado efecto placebo. Además, la relación del profesional

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento. (4)

La realidad de cada paciente se interpreta, se crea y recrea, a través del diálogo, factor muy importante para poder comprenderla. Lo antes señalado implica, desde una aproximación sociológica, que, el tratamiento debe ser entendido como una “experiencia” -entre tantas otras- de la vida cotidiana, en los términos de Giddens. (5) La experiencia se estructura en torno a la relación entre dos actores sociales, al menos: el profesional de la salud y el paciente. Estos dos individuos sociales involucrados, al interactuar entre sí, re-crean las situaciones del tratamiento, y lo hacen a través de “recursos y reglas sociales” que les permiten organizar las distintas dimensiones: a) la práctica, b) la discursiva y c) la inconsciente, de su propia experiencia frente al otro. El acceso a esa experiencia individual es posible a través del “entendimiento” que el actor tiene de la situación y que expresa a través del lenguaje tanto discursivo como gestual. (5)

A partir de lo expuesto se parte de la hipótesis que los factores relacionados con una dimensión social, como lo es el trato llevado adelante entre el profesional y el paciente, son significativamente condicionantes de la adherencia terapéutica.

Por lo tanto, desde que una persona sufre una lesión traumática, comienza una serie de eventos que llevan a cambios físicos, psicológicos y sociales por lo que se debe acudir a diferentes tratamientos, entre ellos, sesiones de kinesiología, de allí el surgimiento de la siguiente pregunta.

¿Qué factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos están presentes en las experiencias de los pacientes con lesiones traumáticas?

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

II.OBJETIVOS

Ila. General:

Analizar los factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas de la ciudad de Esperanza, departamento Las Colonias, provincia de Santa Fe, en el período 2019 – 2022.

Ilb. Específicos:

- Identificar los factores de falta de adherencia en las experiencias de los pacientes con lesiones traumáticas en los tratamientos kinésicos.
- Identificar los factores que aumentan la adherencia en los tratamientos kinésicos a través de las experiencias de los pacientes con lesiones traumáticas en los tratamientos kinésicos.
- Analizar las diferencias de adherencia al tratamiento kinésico a través de las experiencias de los pacientes en torno al género.

III.JUSTIFICACIÓN:

La adherencia en los tratamientos kinésicos corresponde al comportamiento que las personas tomen frente al tratamiento planteado y es fundamental ya que se relaciona con el resultado que se obtenga del mismo, pudiendo ser satisfactorio y eficiente o incompleto e ineficaz. La adherencia se basa en la conformidad que el paciente presente respecto a las recomendaciones o indicaciones dadas por el kinesiólogo y en su activa y voluntaria colaboración con el plan de tratamiento; teniendo en cuenta que dicha actitud presentada por el paciente se verá completamente influenciada por diferentes acontecimientos de su vida o entorno personal, la manera de llevar adelante su afección, diferentes aspectos psicológicos, interacción con el profesional y con el tratamiento en sí, sus expectativas y demás factores que influyen para poder adherirse o no al tratamiento kinésico.

Además, cada vez es más frecuente hablar de rehabilitación integral, donde la afección del paciente es tan importante como los factores que la afectan, entendiendo al paciente como ser biopsicosocial donde abordar su afección implica ir más allá de lo que se ve a simple vista, no sólo cumplir con el tratamiento planteado, sino lograr adherirse a él, generando un vínculo con el profesional.

Por tal motivo surge la necesidad en este trabajo de saber cuáles fueron los factores que influyeron en la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes con lesiones músculo esqueléticas de la localidad de Esperanza. Incluir la adherencia como una cuestión tan relevante como el propio tratamiento planteado puede resolver dificultades del kinesiólogo que surgen a la hora de evaluar el trabajo realizado, comprender situaciones relacionadas y ajenas a las sesiones de kinesiología, procurar que todos los pacientes concluyan satisfactoriamente la rehabilitación y tener una mirada puesta en encontrar la causa que genera tal afección y no apuntar a reducir las consecuencias que esta conlleva.

También se busca demostrar la necesidad e importancia de que el kinesiólogo logre construir una relación empática con su paciente, estableciendo una buena comunicación donde el rol del profesional radica en encontrar estrategias para lograr un acercamiento y confianza, con el objetivo de que la empatía se tome como un punto más a conseguir a la hora de plantear el abordaje kinésico. Logrando de esta manera que el paciente realice un desempeño útil y el kinesiólogo brinde la mejor calidad asistencial posible.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

IV. Capítulo 1: MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO:

IV.1. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

IV.1.a. Adherencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Un asunto de importancia por muchos años en la comunidad médica internacional ha sido, sobre quién recae la responsabilidad de que un tratamiento prescrito sea efectivo o no, señalando al paciente como el único responsable de que el tratamiento para su afección sea exitoso o no. A pesar de que la no adherencia es una práctica común, es poco detectada por los profesionales de salud, ya que es una conducta difícil de medir debido a los diversos factores que influyen sobre ella. De acuerdo con la OMS, la medición y evaluación de la adherencia terapéutica, es una necesidad continua, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que tiende a aumentar y es especialmente frecuente en personas con enfermedades crónicas.

La definición de la OMS, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas, por tanto, la evaluación de la adherencia debe incluir no solo el cumplimiento del tratamiento, sino también la asistencia a las consultas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables, que incluyen la práctica de actividad física regular, alimentación saludable, la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillos, entre otras.

El grado de adherencia varía de acuerdo al tipo de estudio, a la población, así como a los métodos utilizados para calcularla. Una de las recomendaciones de la OMS es que los estudios deben centrarse en áreas importantes como los indicadores de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ya que, debido a la falta de indagación en este aspecto, el fenómeno de adherencia pasa desapercibido dentro de las políticas y los programas de salud; de manera que es pertinente describir si los niveles de adherencia al tratamiento tienen o no una influencia o asociación significativa con la CVRS. (6)

La CVRS se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional. (7)

IV.1.b. Adherencia en tratamientos kinésicos

Un problema al que se enfrentan con frecuencia los fisioterapeutas es que los pacientes pueden no recuperarse de su lesión a pesar de ya no existir una patología aparente para este pobre resultado. Esto puede llevar a los fisioterapeutas a pensar erróneamente que el programa de tratamiento no satisface las necesidades de los pacientes; un pensamiento que se basa únicamente en su estado físico. Sin embargo, si se tiene en cuenta los diferentes aspectos psicológicos y conductuales de los pacientes con respecto a la lesión y a su tratamiento, es posible que la mala adherencia al tratamiento se haya detectado. El grado en que los pacientes se adhieren al tratamiento clínico y domiciliario se considera uno de los requisitos de éxito en el programa de fisioterapia. Además, se reconoce que las percepciones de los pacientes sobre sus lesiones, los resultados, los síntomas y los mecanismos para afrontarla, influyen en el nivel de rehabilitación y adherencia. (8)

La no adherencia no detectada es motivo de programas de tratamiento alterados. La adherencia se usa con preferencia al cumplimiento porque se considera que implica la participación voluntaria activa de los pacientes en la planificación e implementación del tratamiento, mientras que el cumplimiento se considera acatar obedientemente las prescripciones del protocolo de tratamiento. Al igual que otras formas de atención médica, la fisioterapia no es inmune al problema de la mala adherencia al tratamiento. El porcentaje de asistencia a las sesiones de fisioterapia se han utilizado como indicadores de adherencia clínica. Luis y Adams (1968) informaron que solo el 44% de los pacientes han completado su tratamiento programado de fisioterapia. Una encuesta sobre tratamientos ambulatorios de fisioterapia en Gran Bretaña mostró que entre 5.8% y el 10,68% de los pacientes no se presentó a su primera consulta, y entre el 7,17% y el 14,3% no regresaron a las consultas de seguimiento (Vasey, 1990). Las tasas de adherencia al programa de tratamiento domiciliario compararon los efectos de la indicación de los ejercicios, Los participantes que recibieron la información por escrito fueron más adherentes (77%) que aquellos que recibieron la información de forma verbal (38%). Una investigación retrospectiva de la adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas mostró una tasa de incumplimiento del 13% a la realización de ejercicios domiciliarios. Sluijs et al. (1993) y

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Taylor y May (1996) informaron alta adherencia a corto plazo, aquello que ocurren durante el programa de tratamiento formal. Sin embargo, la adherencia al tratamiento a largo plazo, programa que se espera que los pacientes continúen una vez que el tratamiento formal haya cesado, es notoriamente pobre (Ice, 1985; Sluijs et al., 1998). En un estudio de educación del paciente en fisioterapia realizado por Sluijs et al. (1993) los fisioterapeutas estimaron la adherencia a largo plazo (hasta un año después de la fase diagnóstica) del 20% en comparación con el 70% para la adherencia a corto plazo. Ice (1985) informó que a largo plazo los programas de ejercicio terapéutico presentaron una tasa de abandono de entre 30% y 50% dentro de los primeros 12 meses de su inicio, y entre el 45% y 80% dentro de los primeros 48 meses. (8)

Si se comprueba que los pacientes no se adhieren a su programa de fisioterapia prescrito es importante determinar las razones de este comportamiento, de manera que se puedan tomar las medidas apropiadas para resolver el problema. Meichenbaum y Turk (1987) categorizaron los determinantes de la adherencia como las características personales de los pacientes, la enfermedad o variables de lesión, variables de tratamiento y la interacción entre el paciente y el terapeuta. La interacción entre el paciente y el terapeuta es uno de los determinantes de la adherencia, ya que se considera fundamental para establecer una relación efectiva (Pizzari et al., 2002; Purtilo y Haddad, 1996). Los pacientes que presentaron una relación positiva con sus fisioterapeutas se sentían más cómodos de asistir a las consultas y completaron sus actividades de rehabilitación (Pizzari et al., 2002). Los programas de ejercicios de fisioterapia son significativamente mayores cuando los fisioterapeutas presentan una retroalimentación positiva con los pacientes. Por el contrario, los fisioterapeutas pueden ser responsables de los bajos niveles de adherencia si dan a los pacientes demasiada información y si esa información es desordenada y no es específica a sus necesidades (Sluijs, 1991). (8)

La actividad física ha mostrado en distintas patologías diversos beneficios, tanto físico, metabólico, psicológico y social, siendo estos dos últimos de gran importancia en la dimensión emocional y de autoestima. La actividad física tiene beneficios ampliamente mostrados en distintas condiciones funcionales y en distintas enfermedades. Se debe tener en cuenta que ésta es parte de un tratamiento médico-kinésico. Los sujetos con osteoartritis, por ejemplo, que mantienen su plan de ejercicios tienen mejores resultados, siendo entonces una variable predictiva en la evolución. Otra recomendación descrita es la educación y asesoramiento, los cuales deben promover cambios en el estilo de vida incrementando la actividad física.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Algunos estudios han evaluado planes de ejercicios en domicilios prescritos por el kinesiólogo. Tanto los pacientes que pueden acudir a un centro como aquellos pacientes que realizan planes prescritos en forma regular en su domicilio, cuando logran adherirse al plan, obtienen buenos resultados en disminuir el dolor y mejoran distintos aspectos de la patología.

Por lo tanto, el desafío es educar para mejorar la adherencia a los ejercicios y cambios en el estilo de vida de los pacientes. Es importante hacerlos partícipes activos, explicando que los beneficios son directamente proporcionales a la constancia y al tiempo (varios protocolos concuerdan en planes de ocho semanas o más). El otro desafío es diseñar planes de acuerdo a las características de cada sujeto. (9)

IV.1.c. Factores que influyen en la adherencia:

La falta de adherencia condiciona la recuperación y el mantenimiento de la salud del paciente. Varios son los factores que se relacionan con ello:

- Factores relacionados con la atención médica: una relación de colaboración entre el paciente y el o los prestadores puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento. Influyen también, las habilidades comunicativas que desarrolle el profesional como primer impacto en la relación terapéutica, la confianza y asegurar que el paciente comprende y se compromete o no con el curso del proceso.
- Factores relacionados con el propio paciente: múltiples variables pueden mencionarse como falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, depresión, nivel de estudios alcanzado, situación laboral o económica, calidad de vida, traslado. También influyen las consideraciones del paciente respecto al comportamiento del terapeuta, si el paciente cree en lo que dice el terapeuta, pero no hace lo que le sugiere, si hace lo que dice, pero no cree que funcione o si cree y hace lo que le sugiere el terapeuta.
- Factores relacionados con la enfermedad: influencia de la afección en el estado anímico del paciente, falta de conocimiento de la afección, aceptación de la misma, expectativas de recuperación.
- Factores relacionados con el tratamiento: interferencia con hábitos y/o estilos de vida del paciente, cantidad de sesiones, complejidad del

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

tratamiento o de su indicación. Se podría establecer que, a mayor complejidad del tratamiento, menos adherencia terapéutica. (3) (10) (11)

La identificación temprana de una adherencia terapéutica incorrecta ayuda a prevenir cambios innecesarios de tratamiento atribuidos a la falta de respuesta. La obtención de una correcta adherencia es una tarea que empieza desde antes del inicio de la terapia. Es importante que el tratamiento se incorpore a la vida diaria de la persona como un hábito cotidiano. La persona que inicia un tratamiento debe estar preparada en los 3 niveles de respuesta humana: cognitivo, conductual y emocional. Esto requiere información, habilidades y motivación. (11)

IV.2. LESIONES MÚSCULO ESQUELÉTICAS

IV.2.a. Definición:

Se denomina lesión a cualquier tipo de herida o traumatismo, produciéndose cambios en los tejidos. Dichas alteraciones modifican potencialmente las tensiones mecánicas que actúan sobre distintas estructuras. El grado de estrés adicional generalmente está relacionado con el grado de alteración anatómica, mientras que el cuerpo intenta ajustar y compensar los cambios relativamente menores. (1) (12)

De acuerdo a la OMS los trastornos músculo esqueléticos son los problemas de salud del sistema locomotor, es decir, de músculos, tendones, huesos, cartílagos, ligamentos y nervios. Lo que comprende todo tipo de padecimientos, desde molestias leves y pasajeras hasta lesiones irreversibles e incapacitantes. Dichos trastornos pueden agrupar a un conjunto de lesiones inflamatorias o degenerativas de los diferentes elementos del sistema osteomuscular. Estas lesiones se producen cuando una zona de un tejido sufre una alteración funcional provocando el daño o la alteración en las estructuras del sistema músculo esquelético debido a una causa externa o enfermedad que disminuye o altera la función de los elementos que componen el mismo. Para la OMS, estos trastornos aparecen particularmente cuando el esfuerzo mecánico es superior a la capacidad de la carga de los componentes del sistema músculo esquelético. Además, pueden producirse irritaciones en el punto de inserción de músculos y tendones o en la vaina de los tendones, así como restricciones funcionales y procesos degenerativos de los huesos y cartílagos como por ejemplo en los meniscos, las vértebras, los discos intervertebrales o las articulaciones. (13)

Los trastornos y lesiones de este tipo son muy habituales, así lo manifiesta la OMS, y a menudo están asociadas a las actividades domésticas o a la práctica

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

deportiva, así como también se presentan con mucha frecuencia dentro de la actividad laboral. De hecho, los trastornos músculo esqueléticos son una de las principales causas de ausentismo laboral y entrañan, por consiguiente, un coste considerable para el sistema de salud pública, y se ha determinado que en los países industrializados, en torno a un tercio de las bajas laborales por razones de salud se deben a dolencias del aparato locomotor, siendo las afecciones de la espalda tales como lumbalgias, degeneración de disco o hernias, proporcionalmente más numerosas (60% aproximadamente). En segundo lugar, se encuentran las afecciones cervicales y de las extremidades superiores como los síndromes dolorosos del cuello, del hombro o de los brazos, la epicondilitis, tendinitis y tenosinovitis, el síndrome del túnel carpiano y las lesiones causadas por esfuerzos repetitivos. Seguidamente están las lesiones de rodilla como la artrosis o la degeneración del menisco, y por último las lesiones de cadera como la artrosis. (14) (15)

IV.2.b. Signos y síntomas

Uno de los síntomas que presenta mayor consideración en este trabajo es el dolor ya que es una de las primeras cuestiones por las que el paciente tomará contacto con las sesiones de kinesiología; y si bien va de la mano con la lesión propiamente dicha, la cual es un factor biomédico, también se ve atravesado por cuestiones psicosociales.

Generalmente, ante una lesión, se presentan distintos signos y síntomas tales como inflamación, enrojecimiento o hematomas a nivel local; dolor en reposo; dolor en la movilización; debilidad del músculo o de sus tendones, incapacidad para mover el músculo o sus ligamentos (pérdida parcial o total para mover el segmento afectado) y depresión del músculo lesionado, cabe destacar que el dolor, en la mayoría de los casos, es el síntoma principal por el que las personas deciden tratar su afección. (16)

La FEDELAT (Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor) señala que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial. La sensación dolorosa se acompaña o manifiesta de ansiedad, depresión, temor, angustia que es la manera que tiene el individuo de expresar el dolor. El dolor también puede ser entendido desde una perspectiva cognitivo-evaluativo en donde el sujeto analiza e interpreta el dolor en función a la sensación y lo que puede ocurrir. (17)

IV.2.c. Datos, cifras y factores de riesgo de las lesiones músculo esqueléticas

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Según la OMS, aproximadamente 1710 millones de personas tienen trastornos músculo esqueléticos en todo el mundo. Entre ellos, el dolor lumbar es el más frecuente, con una prevalencia de 568 millones de personas. Los trastornos músculo esqueléticos son la principal causa de discapacidad en todo el mundo, y el dolor lumbar es la causa más frecuente de discapacidad en 160 países. Estos trastornos limitan enormemente la movilidad y la destreza, lo que provoca jubilaciones anticipadas, menores niveles de bienestar y una menor capacidad de participación social.

Aunque la prevalencia de trastornos músculo esqueléticos varía según la edad y el diagnóstico, estos afectan a personas de todas las edades en todo el mundo. Los países de ingresos altos son los más afectados en cuanto al número de personas: 441 millones, seguidos de los países de la Región del Pacífico Occidental de la OMS, con 427 millones, y la Región de Asia Sudoriental, con 369 millones. Son también los que más contribuyen a los años vividos con discapacidad en todo el mundo, representando el 17% a nivel mundial.

Como se mencionó, el dolor lumbar es el principal factor que contribuye a la carga general de trastornos músculo esqueléticos. Otros factores que contribuyen a la carga general son las fracturas (436 millones de personas en todo el mundo), artrosis (343 millones), otros traumatismos (305 millones), dolor de cuello (222 millones), amputaciones (175 millones) y artritis reumatoide (14 millones). (18)

En las lesiones músculo esqueléticas hay diferentes factores que predisponen al desarrollo de las mismas, están los factores de riesgo laborales y también los factores de riesgo asociados a la actividad física.

Factores de riesgo laborales:

La OMS define las lesiones laborales como aquellas que resultan de múltiples factores, señalando que el ambiente de trabajo y la actividad laboral contribuyen significativamente a la producción de enfermedad. El término “lesiones músculo esqueléticas” se refiere a las que afectan el movimiento o sistema músculo esquelético, asociadas al trabajo y en las actividades que se desempeñan en el mismo. Son el resultado de exposiciones repetidas, durante un período de tiempo prolongado, a factores de riesgo biomecánicos y organizacionales. La predisposición a desarrollarlas puede englobarse en factores biomecánicos: carga excesiva en el ámbito laboral, movimientos repetitivos o posiciones estáticas por tiempo prolongado; factores psicosociales: la percepción del sujeto de baja satisfacción, poco soporte emocional y alto estrés en el trabajo; y factores propios de la persona: índice de masa

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

corporal alto (sobrepeso u obesidad), edad, sexo femenino, sedentarismo, enfermedades crónicas y tabaquismo. Los distintos niveles de evidencia asocian estos factores como posibles causantes de las lesiones laborales de acuerdo al sitio anatómico que se ve involucrado.

Factores de riesgo asociados a la actividad física:

En sujetos que realizan una actividad física, existen factores de riesgo que favorecen la aparición de una lesión muscular: La preparación física previa o posterior al ejercicio es deficiente (entrenamiento/calentamiento/estiramiento); lesiones previas o una rehabilitación inadecuada; sobrecargas continuadas; exceso de tensión muscular; obesidad/sobrepeso; presencia de enfermedades generales, toma de medicaciones o seguimiento de una dieta inadecuada; presencia de fibrosis cicatricial (es decir una cicatriz de una lesión previa). (17) (16)

IV.2.d. Rol social de la kinesiología en lesiones músculo esqueléticas

La OMS afirma que los trastornos músculo esqueléticos son el principal factor que contribuye a la necesidad de rehabilitación en todo el mundo. Son el factor que más contribuye a la necesidad de servicios de rehabilitación entre los niños y representan aproximadamente dos tercios de las necesidades de rehabilitación en adultos. (18)

La elaboración colectiva, o representación social de la concepción de la tarea que desarrolla un profesional, incide directamente en el comportamiento social del sujeto, llegando a modificar su propio funcionamiento cognitivo. La representación social permite intercambiar percepciones y conceptos a través de la imagen, denotando un conocimiento empírico sobre la profesión, es decir un conocimiento surgido de la experiencia cotidiana. La kinesiología, es una profesión relativamente nueva en relación a la medicina y como tal está en la búsqueda de reivindicar sus competencias. (19)

El kinesiólogo integra un equipo multidisciplinario y trabaja conjuntamente con médicos, odontólogos, enfermeros y psicólogos en tratamientos rehabilitadores de diferentes afecciones tales como: traumatología, neurológicas, respiratorias, cardiovasculares, entre otras. El motivo de atención, el tipo de tratamiento recibido, la duración, así como el lugar donde se recibe la atención, influirán de algún modo en la imagen que la persona se forme del kinesiólogo y en particular, en la percepción acerca de su rol dentro del equipo de salud. El kinesiólogo, debido a lo prolongado y continuo de los tratamientos entregados, y por sus labores en la prevención de

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

lesiones y promoción de la salud, pasa mayor tiempo, que otros profesionales en contacto con sus pacientes. Esto influye en la confianza que depositan los sujetos en él, y en la calidad de la comunicación profesional-paciente y por supuesto, repercutir en la representación social creada por la población. (19) (20)

En este sentido, la función del fisioterapeuta en la evaluación y tratamiento de los pacientes implica una gran responsabilidad, en todas las etapas de la lesión. La misión del tratamiento fisioterápico juega un papel importante en el tratamiento global del paciente con limitaciones funcionales, este está dirigido a disminuir el dolor, mediante el empleo de varios procedimientos terapéuticos, algunas de las prácticas más comúnmente más utilizadas son:

Termoterapia superficial por ejemplo la aplicación de infrarrojos, tratamiento con onda corta o termoterapia profunda; ultrasonidos; electroterapia (TENS); hidroterapia, masajes y ejercicios, entre otros. (21)

IV.3. MODELO BIOPSICOSOCIAL

IV.3.a. En la búsqueda de un concepto

En 1977 Engel (4) postuló la necesidad de un modelo médico holístico –que él llamó biopsicosocial– como respuesta a otro modelo, el biomédico, dominante en las sociedades industrializadas de mediados del siglo XX. Su propuesta tuvo una buena acogida por parte de los sectores deseosos de incorporar la empatía y la compasión en la práctica médica. Él creía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social. Lanzó estas ideas no sólo como propuesta científica, sino también como propuesta ideológica formadora de escuela. En concreto afirmaba que la biomedicina era dualista, es decir, que entendía al ser humano compuesto por mente y cuerpo. Esta concepción explicaba, a su manera de ver, que muchos médicos separaban la máquina-cuerpo de la biografía y las emociones de la persona, sin establecer puentes entre ambas esferas. Afirmaba también que la biomedicina defendía un modelo causal clásico de causa-efecto, cuando la realidad es mucho más compleja, con una serie de sistemas que interactúan unos con otros. Y finalmente afirmaba que el desarrollo del modelo biopsicosocial en su vertiente de práctica clínica dio lugar al llamado modelo centrado en el paciente, que recomienda de forma vehemente averiguar creencias y expectativas del paciente para hacerle participar en un plano de igualdad en la toma de decisiones. (4)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

La perspectiva biopsicosocial deja una advertencia: se debe incorporar al paciente como sujeto, no mero objeto, del proceso asistencial. Nace así una práctica del modelo que Bartz (4) llama dialógica y que partiría de un supuesto: la realidad de cada persona, de cada paciente, se interpreta (se crea y recrea) a través del diálogo, y en este diálogo aparece una narrativa del paciente que es necesario comprender. Comprender no significa aceptar como verdaderas lo que son hipótesis o creencias del propio paciente, tampoco negarlas. Su valor en todo caso es doble, como vivencia humana pero también como datos semiológicos.

Bartz, desarrolla otra aplicación del modelo biopsicosocial, que él llama instrumental. Esta práctica, que se defiende como perspectiva abierta del modelo biopsicosocial apunta a; estimular a un conocimiento más integral del paciente y su entorno, integrar los hallazgos en las tres esferas: biológica, psicológica y social, reconocer el papel central que desempeña la relación terapéutica en el curso de los acontecimientos, optimizar el trabajo en equipo e incorporar al profesional de salud como una pieza más del sistema que también debe ser cuidada. El modelo sería indicativo, pero no prescriptivo de tal o cual acción. De hecho, buena parte de la conducta deberá derivarse de las evidencias científicas, y aquí lanzan un interesante puente entre el modelo biopsicosocial y la medicina basada en la evidencia.

Entonces se define al modelo biopsicosocial desde una perspectiva útil para la ciencia médica pues ayuda a considerar todo el espectro de la complejidad humana, pero debe estar constantemente abierta al método científico para cada afirmación que haga. En la clínica práctica las creencias del paciente tienen sobre todo interés para la relación asistencial, pero no deben, como norma general, separarse de una práctica guiada por las evidencias científicas. (4)

La proposición de Engel (12) retuvo las suposiciones de la biomedicina, pero invitó a considerar que la experiencia de la enfermedad podría verse influenciada si no estuviera determinada por factores psicológicos, sociales y culturales. Los organismos son sistemas jerárquicos altamente organizados, integrados en sus respectivos entornos. Una perturbación suficiente para causar cambios en cualquiera de estos sistemas provocaría cambios en cualquiera o en todos los otros sistemas. Lo más importante, el organismo mismo produciría estos cambios en un esfuerzo por mantenerse constantemente con respecto a su exterior.

El marco biopsicosocial busca indagar datos y cuestiones psicológicas, sociales y culturales e incorporarlos en los procesos diagnósticos y terapéuticos, para

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

llegar a una mejor comprensión de la experiencia humana de la enfermedad o más correctamente de la dolencia.

En el centro de éste modelo está la suposición de una sensación continua de naturaleza nociceptiva o que es percibida por quien la sufre como dolorosa. Las cogniciones del paciente (es decir, lo que piensan y entienden de esta sensación) influirán en su reacción emocional ante ella. El comportamiento demostrado por un individuo en cualquier momento va a ser un producto de sus creencias y de la respuesta emocional al dolor y puede, a su vez, ser influenciado (reforzado o modulado) por el ambiente social en el cual dicho comportamiento ocurre. El modelo ofrece una manera radicalmente diferente de entender la naturaleza de la discapacidad asociada con el dolor. La contribución más significativa de Engel (12) a la práctica fue una llamada de enmendar dicho enfoque y ser más flexibles a las necesidades de requerimientos individuales y un abordaje más centrado en el paciente, para entender el dominio del conocimiento médico para atender dichas necesidades. La evidencia debería ser comunicada de manera apropiada con una actitud profesional y constructiva, en términos que el paciente pueda entender, y en partes pequeñas y comprensibles, en un ritmo en que pueda ser asimilada. La sobrecarga informativa puede tener dos efectos, la reducción en la comprensión y el incremento de la distancia emocional entre el clínico y el paciente. (12)

IV.3.b. Representaciones sociales, su importancia

Es necesario hacer mención especial al tema de las representaciones sociales, ya que, si bien los factores biológicos y psicológicos son importantes a la hora de abordar al paciente, los factores sociales de la adherencia son centrales para sostener el tratamiento kinésico. En este trabajo, el aporte de las representaciones sociales juega un papel importante, ya que ayudan a construir una realidad social y a entender por qué según ellas se ve condicionada la adherencia terapéutica a partir de la relación paciente profesional. (22)

Según Serge Moscovici (22) las representaciones sociales son sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios. No representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación a algún objeto, sino teorías y aéreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad. Ellas poseen la función de establecer un orden con el fin de guiar a los sujetos en el mundo social y permitir la comunicación entre ellos a partir de una serie de elementos en común culturalmente aceptados por una comunidad.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Otro autor, Denise Jodelet (22), menciona que se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado. Categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes se tiene algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de la vida social, las representaciones son todo ello junto. (22)

Por lo tanto, constituyen una formación subjetiva multifacética y polimorfa, donde fenómenos de la cultura, la ideología y la pertenencia socio estructural dejan su impronta; al mismo tiempo que aspectos mentales, elementos afectivos, simbólicos y valorativos participan de su constitución. Son una forma de categorizar y entender el mundo que nos rodea, generadas por sujetos sociales, construidas en la interacción social en la realidad en la cual estos viven. Es una importante herramienta ya que permite el análisis de los saberes y comportamientos de los seres humanos en sociedad. (23) (24)

Las representaciones sociales son concebidas como producto intersubjetivo, de carácter substancial, resultado de la construcción y creación de los actores sociales interactuantes. Por eso las vías de acceso para su conocimiento se hallan en el campo de la comunicación y la interpretación.

La experiencia acumulada por la humanidad a lo largo de su historia es una de las fuentes de las representaciones sociales, y asume particularidades en cada contexto socioeconómico concreto, en forma de tradiciones, normas, creencias, valores y llega a cada hombre como expresión de la memoria colectiva, dando lugar a la constitución de una representación social. Por lo tanto, cuando se hable del contexto sociocultural que determina una representación, se debe tener en cuenta las condiciones históricas, económicas e ideológicas en que surgen, se desarrollan y desenvuelven los grupos y objetos de representación que se va a estudiar. También es importante la inserción social de los individuos, el género y la raza, y las prácticas sociales mediante las que producen y reproducen su cotidianidad. (23)

IV.4. TRATAMIENTO KINÉSICO, UN ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL

Es fundamental que antes de proponer un tratamiento se realice una completa anamnesis con un enfoque biopsicosocial, a través de un buen interrogatorio que permita indagar sobre la lesión de manera integral y no solo focalizarse en el aspecto biológico para que el razonamiento clínico tenga menos errores.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

La afección propiamente dicha con la que el paciente llega a una consulta kinésica está a simple vista circunscripta a lo biomédico, por lo que es esencial ahondar y prestar atención al relato del paciente y a los factores psicosociales ya que son de gran importancia en este trabajo. El vínculo que se genere entre el paciente y el kinesiólogo determina, muchas veces, la adherencia que se logre desarrollar. También se deberá tener en cuenta la capacidad residual del paciente para su adaptación fisiológica y psicológica y la influencia de factores psicosociales como el dolor crónico y las banderas amarillas. (25)

En este trabajo se busca exponer la relevancia de considerar la esfera social como uno de los factores fundamentales para sostener la adherencia en el tratamiento kinésico. (26)

Según Giddens (5), la contextualidad de una postura social determina la situación de cada individuo. Cuando una persona sufre una lesión y por consecuencia necesita recibir un tratamiento kinésico, se ve inmersa en situaciones que amenazan o destruyen las certidumbres de rutinas institucionalizadas. Por lo que se generan consecuencias sobre la generalidad de una vida social de rutina. La ruptura y el ataque deliberado sobre las rutinas ordinarias de la vida producen un alto grado de angustia, un despojo de las respuestas socializadas que se asocian con la seguridad del manejo del cuerpo. Ese brote de angustia se expresa en modos negativos de conducta, que atacan los fundamentos del sistema de seguridad básica cuya raíz en una confianza manifiesta hacia otros. (5)

Desde el primer contacto entre paciente-profesional al inicio del tratamiento, el kinesiólogo deberá tener en cuenta que la persona se encontrara influenciada por el contexto social en el que vive y por todos los cambios que comienzan a generarse desde la lesión y considerarlos para plantear un tratamiento que permita una adherencia acorde.

Otra cuestión a tener en cuenta que influye en la adherencia es la percepción que el paciente experimenta con el tratamiento en sí y su contexto. La percepción es un fluir de actividad integrado con el movimiento del cuerpo en un espacio-tiempo. Una percepción se organiza siguiendo esquemas de anticipación por los que el individuo anticipa información nueva que llega mientras simultáneamente hace digestión mental de la antigua. El principal punto de referencia es el cuerpo en sus empeños activos con los mundos material y social.

En todo contexto de actividad hay más sucesos de los que el actor nota de hecho, cualidades que permanecen inadvertidas. Por lo tanto, dependerá de las

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

habilidades que el kinesiólogo logre desarrollar para generar un vínculo de confianza y poder sumergirse en la realidad social de cada paciente y llevar adelante el tratamiento propuesto. (5)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

V.METODOLOGÍA

La metodología empleada para el desarrollo de este trabajo asume un carácter de tipo cualitativa, priorizando un nivel micro sociológico, siguiendo un criterio hermenéutico interpretativo (5), en el marco del paradigma biopsicosocial de salud (4).

El objetivo principal que se propone es reflexionar sobre los factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas (5) a través de entrevistas semi-estructuradas a informantes claves (individuos mayores de 18 años de la localidad de Esperanza en la provincia de Santa Fe -Argentina), a lo largo de los meses de Mayo y Junio de 2022, y se realizó una revisión de la bibliografía -de fuente primaria y secundaria durante el período 2019 – 2022.

Con el fin de recolectar información respecto a la adherencia de pacientes en tratamientos propios al campo de la salud, y más específicamente, en el campo de las ciencias de la rehabilitación y el movimiento, se realizó una búsqueda bibliográfica en donde se consultaron las siguientes bases de datos: Scielo, PubMed, Medline, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), y la Biblioteca Electrónica de Ciencia y tecnología del MinCyT, el período comprendido entre los años 2011 y 2021.

V.a.Búsqueda bibliográfica

Se consultaron los artículos publicados en los últimos diez años, en las bases de datos PubMed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), SciELO, Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del MinCyT.

- Se utilizaron las siguientes palabras claves correspondientes al término DeCS:

Cumplimiento y adherencia al tratamiento

Dolor músculo esquelético

Dolor

Lesiones musculares

Transferencia de experiencia

Fisioterapeuta

Paciente

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Empatía

Emociones

- Se utilizaron las siguientes palabras claves correspondientes al término MeSH:

"Physical Therapy Specialty"

"Treatment adherence and compliance"

"Musculoskeletal Pain"

"Kinesiology, Applied"

"Empathy"

"Patients"

"Physical Therapists"

"Models, Organizational"

- Se utilizaron los siguientes términos libres:

Adherencia terapéutica

Adherencia al tratamiento

Psicología

Factores

Incapacidad de trabajo

Experiencia

Kinesiología

Género

Tratamiento kinésico

Kinesiólogos

Representaciones sociales

Construcción social

- Se utilizaron las siguientes combinaciones de palabras claves:

“Adherencia terapéutica” AND “Psicología”

"Physical Therapy Specialty" AND "Patients"

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

“Adherencia terapéutica” AND “Factores”

“Estados emocionales” AND “Dolor”

“Dolor” AND “Incapacidad de trabajo”

“Fisioterapia” AND “Paciente” AND “Empatía”

“Adherencia al tratamiento” AND “Género”

“Treatment Adherence and Compliance” AND “Musculoskeletal Pain”

"Empathy" AND "Physical Therapists" AND "Patients"

"Models, Organizational" AND "Musculoskeletal Pain"

("Cumplimiento y adherencia al tratamiento" OR “Adherencia terapéutica”) AND "Paciente"

V.b.Trabajo de campo

Se realizó un trabajo de campo de tipo exploratorio a través de una muestra no probabilística, con el fin de definir lo relevante o lo significativo de cada sujeto, formulando interrogantes, recogiendo y analizando información, para lograr así cierta concepción del individuo. (27) Dicha muestra se llevó a cabo en la ciudad de Esperanza, departamento Las Colonias, provincia de Santa Fe-Argentina, aplicando entrevistas abiertas semi-estructuradas, en tanto informantes claves. Se utilizaron dichas entrevistas ya que las mismas permitieron acceder al universo de pensamiento de los sujetos y fueron una herramienta que brindó riqueza y profundidad en su contenido.(28)

La muestra fue seleccionada siguiendo criterios que incidieron en la experiencia del tratamiento kinésico por lesiones traumáticas y los factores que influyeron en la adherencia según los objetivos de esta investigación. Se tuvo en cuenta la influencia fundamental que tienen las representaciones sociales, ya que éstas permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las actuaciones sociales; expresan las relaciones que las personas mantienen con el mundo y con los otros, por lo que se puede comprender cuáles son los nodos centrales y los sistemas periféricos que construyen las personas alrededor de las diferentes realidades sociales. (29)

La inclusión de este tipo de pacientes se encontró fundamentada en la experiencia recibida en el marco de las prácticas pre-profesionales de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría. Por otro lado, se consideró una muestra con un estado de salud apto para desarrollar sus facultades volitivas (esencial en el concepto de adherencia). Si bien existen otro tipo de afecciones –neurológicas, respiratorias-, que permitirían en ciertos casos una investigación similar, se los excluyó en base a la falta

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

de experiencia en la atención de dicha población. Además, parte de este tipo de pacientes, y principalmente en períodos agudos, no se encuentran en pleno uso de su voluntad debido a la complejidad de los eventos sufridos. Sumado a ello, otro criterio de exclusión fueron aquellos pacientes incapaces de la comprensión y respuesta al cuestionario correspondiente.

La muestra fue conformada por 11 habitantes de la población de Esperanza que expresaron participar voluntariamente en la investigación, teniendo en cuenta que hayan recibido su asistencia kinésica en un lapso no mayor a un año y fue seleccionada considerando el género: siendo 4 hombres y 7 mujeres para que la muestra sea representativa de ambos géneros correspondientes al porcentaje de población de la ciudad de Esperanza; edad: mayores de 18 años y pertenecientes a diferentes estratos socio-económicos (priorizando el aspecto nivel de educación formal, a partir de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 – IPEC.(30) Otros criterios de exclusión fueron los participantes menores de 18 años y personas que no tenían las facultades mentales necesarias para responder a la entrevista.

Como instrumento de recolección de datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas auto gestionadas, debido a que este método de recolección de datos es un instrumento que permite acceder al universo del pensamiento de los sujetos y a los contenidos de las representaciones sociales. (28)

La entrevista consistió en doce preguntas abiertas diseñadas para esta investigación y datos personales brindados al inicio de la misma, donde se indagó acerca de los diferentes factores que influyeron en la adherencia al tratamiento kinésico que tuvieron los participantes en su experiencia con la lesión traumática y las sesiones de kinesiología (Anexo 2). Las mismas fueron grabadas para su posterior transcripción y análisis. La recolección de datos se llevó a cabo a partir de reuniones pactadas con los entrevistados en las que los participantes de la muestra brindaron el consentimiento informado y la misma se dio durante el mes de abril del año 2022. Con la finalidad de mantener el anonimato de los participantes, se estableció una referencia a cada participante que sirvió para nombrarlos en el posterior análisis.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

VI. Capítulo 2: FACTORES DE LA ADHERENCIA RELACIONADOS CON LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA

Si bien el objetivo central del presente trabajo es hacer hincapié en los factores de la adherencia que tienen que ver con la dimensión social, en necesario mencionar que, en este trabajo, hay otros dos factores que forman parte de la esfera biopsicosocial y que fueron abordados en las entrevistas a modo de complementar la información.

Luego de producida una lesión, los pacientes experimentan cambios físicos propiamente dichos como consecuencia de dicha lesión. Primero se deben realizar los estudios correspondientes para identificar el diagnóstico pertinente, pero la lesión, además de producir cambios biológicos, trae consigo modificaciones psicológicas y emocionales. La pérdida de función, el dolor al movimiento y la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria comienzan a ser cuestiones reiteradas en el día a día de los pacientes. (26)

Saber cuál es el diagnóstico es uno de los primeros pasos para comenzar con un tratamiento específico, pero comenzar a profundizar más en las consecuencias que la lesión deja en las personas, va más allá de la simple determinación del diagnóstico y es lo que va a permitir poder empezar a generar una relación entre el paciente y el profesional que serán claves en la adherencia al tratamiento. (25)

Al igual que conocer el diagnóstico de la lesión, es imprescindible para evaluar el estado psicológico del paciente, conocer el estado psíquico de la persona, sus sentimientos, sus limitaciones y sus puntos fuertes, es fundamental para que la recuperación de la lesión sea con solidez y con un tratamiento ajustado a objetivos adecuados y realistas.

Un diagnóstico integral detectará qué componentes, tanto físicos como psicológicos, están involucrados en la lesión y así poder poner en marcha una rehabilitación que cubra todos los aspectos, incidiendo en aquellos componentes que cursen con mayor influencia. (26)

VI.1 Factores relacionados con la lesión

En primer lugar, con relación a las características de la lesión es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. (31) En la entrevista realizada se comenzó por preguntar a los pacientes sobre su afección, utilizando esta pregunta como puerta de entrada para que ellos puedan hacer esa regresión y partir desde el inicio de la

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

adherencia, ya que dicha afección es la causa por la que tomó contacto con las sesiones de kinesiología. Se realizó la pregunta 1 (Ver anexo 2)

Dentro de los 11 participantes que realizaron las entrevistas los diagnósticos presentados fueron: tres mostraron afección lumbar, estas fueron, hernia lumbar (RG60), espondilolistesis (LF64) y lumbalgia (YA43); tres participantes se prescribieron con patologías en el hombro, hombro congelado (SV50), tendinitis del tendón del supraespinoso (FS22) y tendinitis del manguito rotador con ruptura parcial del tendón del supraespinoso (SA40); otros tres participantes refirieron lesiones en tobillo/pie, los mismos fueron, ruptura de tendones del pie (AP58), ruptura parcial del tendón de Aquiles (GP45) y esguince de tobillo (GM38); por último, dos participantes presentaron lesión de rodilla, estas fueron, tendinitis del tendón del cuádriceps (LM33) y lesión de menisco (ML41).

Como se desarrolla en el marco teórico, según la OMS los trastornos músculo esqueléticos aumentan con la edad, pero también pueden afectar a los jóvenes. Si bien afectan espalda, cuello, extremidades inferiores y superiores, se puede ver que el dolor lumbar es uno de los trastornos más frecuentes y es la razón principal de una salida prematura o ausentismo laboral. El impacto social en cuanto a costos directos de atención de salud y costos indirectos como la pérdida de productividad es enorme. Los trastornos músculo esqueléticos también están altamente asociadas con un deterioro significativo de la salud mental y de las capacidades funcionales. Las previsiones muestran que el número de personas con dolor lumbar aumentará en el futuro, y aún más rápidamente en los países de ingresos bajos y medios. (18)

Como dice el artículo “Relación entre estados emocionales y variables clínicas en pacientes con dolor crónico lumbar” el dolor crónico y las afecciones músculo esqueléticas son consideradas como uno de los problemas de salud de nuestra sociedad contemporánea por la alta prevalencia, aproximadamente una de cada cuatro personas. Datos estadísticos revelan que aproximadamente 80 % de los adultos ha padecido dolor de espalda o lumbar en algún momento de su existencia, por lo que representa una verdadera epidemia, con importantes repercusiones socioeconómicas. Como se dijo anteriormente, el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial de algún tejido, o descrita en términos de la misma. El dolor es una experiencia vivencialmente compleja y así lo reconoce la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). La psicología y en particular la psicología de la salud puede contribuir con las ciencias médicas en la explicación e intervención sobre los efectos perceptivos

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

particulares del dolor y su impacto psicosocial, lo que determina o afecta indiscutidamente en la adherencia a los protocolos de tratamiento. (17) (32)

Por lo tanto, otro tema que está estrechamente relacionado con la primera pregunta y que tiene gran relevancia en este trabajo es saber sobre su estado de ánimo, ya que es una de las causas claves en la adherencia terapéutica, por eso se realizó la pregunta 2 (ver anexo 2), algunas de las respuestas fueron:

- “Sí, estaba nervioso, de mal humor porque me sentía imposibilitado, invalidado, me angustiaba no saber cuándo se me iba a pasar ese dolor tan fuerte”. (RG60)
- “Sí, completamente porque el dolor no me dejaba descansar y eso repercutía en mi ánimo, no tenía ganas de nada, sólo quería que me deje de doler. Me sentía muy angustiada”. (LF64)
- “Sí, totalmente, me deprimí, no podía mover el brazo y creía que no iba a volver a moverlo. Era muy angustiante el dolor”. (SV50)
- “Sí, muy fastidiada que me duela todo el tiempo. Estaba nerviosa y enojada con la situación”. (YA43)
- “Sí, caí en una depresión, me sentía frustrada de estar tan imposibilitada y con tanto dolor.” (FS22)
- “Sí, estaba desesperada, con mucha ansiedad, tenía miedo que nunca se vaya ese dolor”. (AP59)
- “Sí, estuve muy deprimido, tenía miedo que me operen, me dolía mucho, no toleraba a nadie, me ponía nervioso por todo, fueron días de mucha incertidumbre”. (GP45)

Se puede observar que la totalidad de los participantes confirmaron su cambio de ánimo frente a la afección desencadenada y en todos los casos se debió a un factor en común que fue el dolor prolongado, un síntoma que generó la causa de las distintas manifestaciones a nivel anímico y emocional.

Continuando con el análisis del artículo mencionado anteriormente, los estados emocionales negativos como la depresión, ansiedad e ira son sin duda los más usuales entre los pacientes con dolor crónico y que éstos influyen significativamente en la adherencia en los tratamientos. El estudio de estas emociones en dichos pacientes se ha encaminado a evaluar su influencia tanto en la génesis como en el mantenimiento de la lesión. De manera general, los resultados de las investigaciones encuentran que las psicopatologías más relacionadas con el dolor crónico son la depresión y la ansiedad. (32)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Según dicho artículo, las dificultades más comunes con las que se enfrentan los médicos que deben valorar a los pacientes con dolor crónico, es que no siempre se encuentra relación entre las lesiones observadas y el grado de dolor que manifiestan los pacientes. Esta variación se debe a que el dolor es una sensación subjetiva que está determinada por numerosas variables; entre ellas, el estado psicológico. Diversas investigaciones concluyen que el estado emocional no solamente predice el dolor y sus niveles, sino también la incapacidad funcional, el éxito de técnicas médicas y psicológicas en el tratamiento del dolor e incluso la frecuencia de uso del sistema sanitario y los costes asociados.

El estado emocional puede ser transitorio, reactivo y temporal que surge ante condiciones específicas, no habituales, que depende de la valoración por el individuo de la situación concreta percibida por él; caracterizado por alteraciones de los procesos psíquicos. Estos posicionamientos teóricos están sustentados por las caracterizaciones realizadas por Grau, Spielberger y su equipo sobre la ansiedad. (32)

VI.2. Factores relacionados con el propio paciente

La bibliografía señala que el dolor y la incapacidad son situaciones que pueden presentarse asociadas. (33) Los pacientes se verán afectados en sus actividades cotidianas, esto influirá en los factores laborales como la manipulación manual de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, posturas estáticas mantenidas, vibraciones, entornos fríos de trabajo, trabajo a ritmo elevado e incluso se vinculan a determinados factores de riesgo psicosociales tales como un alto nivel de exigencia en el trabajo o escasa autonomía y la insatisfacción laboral. También están los factores extra laborales que son propios de cada paciente estos son la edad, sexo, el sedentarismo y la obesidad, la predisposición genética, la práctica de deportes, entre otros. (3) (17)

Para obtener información concreta sobre la relación que hubo entre la afección y los quehaceres diarios de los participantes y como puntapié sobre su situación general a partir de lo ocurrido surge la siguiente pregunta 3 (Ver anexo 2), algunas de las respuestas fueron:

- “Sí porque tuve que modificar la forma de hacer mi trabajo, soy profesor de educación física y no podía mostrar ningún ejercicio por el dolor que me generaba, tampoco podía estar mucho tiempo parado, pero tuve que seguir porque no podía dejar de trabajar. Tuve que modificar hasta la rutina de hacer mis mandados porque siempre me manejo en bicicleta y no lo podía hacer” (RG60)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

- “Sí el dolor no me dejaba hacer mis ocupaciones diarias; soy jubilada y aprovecho para realizar varias actividades recreativas y no las podía realizar” (LF64)

- “Sí, me influía, pero lo hacía igual y creo que por eso me dolía cada vez más, pero no me quedaba otra, soy ama de casa y tengo hijos chicos y hago todo sola, pero se me dificultaba mucho”. (SV50)

- “Sí me afectaba porque no podía hacer las cosas de mi casa, pero nos organizamos y mi familia me ayudaba” (YA43)

- “Sí porque el dolor me dificultaba para escribir en la facultad o usar la computadora para hacer los trabajos, siempre tenía que pedir los apuntes y tampoco podía entrenar en el gimnasio que es algo que me encanta hacer” (FS22)

- “Sí me influyó porque tuve que modificar toda mi rutina de trabajo, adaptar todo, pero de igual modo pude seguir trabajando, aunque todo más lento, en el doble de tiempo” (GP45)

- “No, porque si bien el dolor en la rodilla era molesto, yo solamente voy del trabajo a mi casa y de mi casa al trabajo y la tendinitis en la rodilla me permitía hacer mi trabajo con normalidad” (LM33)

Estas respuestas coinciden con el artículo “Impacto del dolor en la incapacidad laboral. Metodología de valoración. Grados funcionales de limitación” donde señalan que el dolor y la incapacidad son situaciones que pueden presentarse asociadas. Es importante considerar la situación económica de cada paciente ya que influirá en la manera de afrontar su lesión y su recuperación. La población trabajadora se considera la más afectada económicamente, pues constituye una de las primeras causas de ausentismo laboral y la segunda que obliga a acudir a los servicios médicos. (33)

La pregunta 4 (ver anexo 2) indaga sobre una de las cuestiones que afectan a la adherencia en los tratamientos, la misma es el traslado y la distancia a las sesiones de kinesiología. Algunas de las respuestas fueron:

- “Cómodo porque era cerca de mi casa y podía ir caminando” (RG60)

- “Bien, sin problemas. Además, me gustaba ir, esperaba que sea el día” (YA43)

- “No tuve ningún inconveniente para trasladarme porque iba sola y dentro de todo era cerca” (FS22)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Se puede observar que algunas de las respuestas fueron favorables, ya que no consideraron al traslado como un inconveniente o una causa que afecte la adherencia al tratamiento, inclusive hubo una participante que lo refirió como un factor positivo, no sólo por el hecho de asistir sin problemas sino porque era motivo de su buena predisposición cuando sabía que era el día de ir.

Otras de las respuestas fueron:

- “Era complicado cada vez que tenía que ir porque me quedaba lejos y no podía manejar sola en auto, dependía de que alguien me lleve, tenía que coincidir cada vez” (LF64)
- “Muy incómodo porque me traslado a todos lados en moto y con el dolor en el hombro no la podía manejar entonces tenía que ir en remis, se me hacía pesado tener que pagarlo cada vez que tenía que ir” (SV50)
- “Era tedioso tener que coordinar que alguien de mi familia esté disponible para llevarme” (GP45)

En estas otras respuestas se evidencia al traslado como uno de los factores negativos que influyeron en la adherencia al tratamiento y se pudo constatar con la bibliografía que la lejanía al centro de tratamiento y el costo elevado en el transporte son factores determinantes en la falta de adherencia. (34)

VI.3. Reflexiones preliminares

Al analizar punto por punto las distintas preguntas planteadas en la entrevista se pueden ver claramente que, en la totalidad de los participantes, la lesión, no afectó sólo al sistema músculo esquelético, sino que produjo cambios a nivel cortical que afectó la funcionalidad y calidad de vida de las personas, modificando su estado anímico y emocional.

El dolor prolongado produjo angustia por no poder realizar sus actividades cotidianas, desesperación por el malestar ocasionado y no siempre poder contar con los medios económicos o el tiempo necesario para tratarse, depresión por no poder encontrar una solución e incertidumbre por la variedad de diagnósticos, lo que lleva a una falta de optimismo.

Dichos pacientes se ven obligados a modificar sus actividades ya que debido al dolor no pueden continuar sus rutinas con normalidad, tanto laborales, recreativas y familiares. La zona afectada limita su funcionalidad, pero también trae como

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

consecuencia un deterioro general. Esto desencadena un estrés que se ve reflejado en su vida y en su entorno.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

VII. Capítulo 3: FACTORES DE LA ADHERENCIA RELACIONADOS CON LA DIMENSIÓN SOCIAL

En este capítulo se busca plasmar los factores de la adherencia relacionados con la atención kinésica y los factores relacionados con el tratamiento ya que ambos mantienen una relación social, donde paciente y profesional están vinculados.

Para que un paciente logre una rehabilitación ante una lesión músculo esquelética es necesario que el paciente acuda al kinesiólogo y lleve adelante un tratamiento indicado, pero para poder lograr ese ideal en el proceso de recuperación es más necesario aún que dicho paciente pueda generar una adherencia al tratamiento y esa adherencia está estrechamente relacionada con sucesos cotidianos y antepasados del paciente y es por eso que las representaciones sociales son tan importantes en este trabajo.

Como se mencionó en el marco teórico, las representaciones sociales, son generadas por los sujetos sociales, construidas en la interacción social en la realidad en la cual estos viven. Su comportamiento está regido por creencias de origen social y compartidas por los grupos. Son un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común.

Con las preguntas que se desarrollarán a lo largo de este capítulo, se busca acceder al universo de pensamiento del sujeto y al contenido de la representación social. Para autores como Moscovici (1979) (28) y Jodelet (2003) (28), ésta es una herramienta indispensable en cualquier estudio de representaciones sociales, ya que se dirige a conocer el discurso de los sujetos, que es donde se plasman las representaciones, razón por la cual la naturaleza discursiva de la entrevista le confieren una riqueza y profundidad únicas. Este instrumento remite a un diálogo cuya finalidad es la de recolectar información sobre un tema determinado. En otras palabras, se inscribe en un marco discursivo, donde existe un proceso dinámico que es propio del lenguaje hablado. Un discurso se produce en un espacio, un lugar, un tiempo específico y forma parte de una cultura particular, en consecuencia, el sujeto, en su discurso, desarrolla una argumentación que se apoya en estos aspectos. (28)

VII.1. Factores relacionados con la atención kinésica

En el marco teórico se expusieron las distintas cuestiones relacionadas con los factores relacionados con la atención kinésica, donde se destaca la relación de

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

colaboración entre el paciente y el profesional, poniendo énfasis a la comunicación que los mismos puedan desarrollar, cuestiones vinculadas con las consultas, entre otras. (3) (10). Una vez que el paciente toma contacto con el terapeuta, el reto es mantenerlo comprometido con el proceso iniciado, se denomina reto en tanto esta tarea exige acciones dirigidas no sólo a los comportamientos de los consultantes, sino también de los profesionales y las instituciones. Cuando se habla en torno a la adherencia terapéutica se debe reflexionar acerca de la relación que se lleve a cabo entre el paciente y el profesional e intentar reducir al mínimo las posibilidades de deserción al realizar una mayor observación y control sobre ambos participantes. (35)

La construcción de las representaciones sociales que el paciente tenga sobre el kinesiólogo y las sesiones de kinesiología, estará influenciada, entre otros factores, por el grado de conocimiento que la sociedad tenga del quehacer profesional. (23)

Se realizaron entonces tres preguntas claves para poder responder al objetivo del presente trabajo:

La pregunta 5 (ver anexo 2) se relaciona con la experiencia del paciente en las sesiones de kinesiología y algunas respuestas fueron:

- “Muy buena experiencia, además de disminuir mi dolor, el vínculo que se generó con el kinesiólogo hizo que sea una experiencia aún más positiva. Fue todo muy completo, no sólo trató mi problema, sino que indagó por la causa del mismo”. (RG60)

- “Re linda la experiencia, la kinesióloga fue muy amable, esperaba cada sesión para ir porque sentía que realmente le interesaba todo lo que me estaba pasando”. (YA43)

- “Buena, notaba mejorías día a día, me preguntaba todo el tiempo cómo me sentía, se generó un buen vínculo”. (AP59)

- “Fue una buena experiencia, me sentía contenida por las kinesiólogas que había en el lugar, ellas hacían todo lo posible por la recuperación de mi hombro y aunque no tuve buenos resultados probaron todo lo que estuvo a su alcance”. (SA40)

Se puede notar que en algunas de las respuestas la experiencia fue muy buena, haciendo hincapié en la atención brindada por el profesional a cargo y el tratamiento que se llevó a cabo, lo que ayudó positivamente en una mayor adherencia.

Pero también hubo otros pacientes que presentaron disconformidad en cuanto a la experiencia en las sesiones ya que sus respuestas fueron:

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

- “No fue una buena experiencia porque de entrada no sentí una predisposición o entrega por parte del kinesiólogo y como no veía progresos, sentía que estaba perdiendo el tiempo. Además, no sé si por mala organización o desborde de trabajo, tenía que esperar bastante hasta que me atendían. No respetaba el horario” (LF64)

- “No fue muy buena, capaz que yo fui con muchas expectativas. Sentía que siempre hacíamos lo mismo, me colocaba calor y me hacía masajes, pero el dolor no se me iba. Me parecían demasiado cortas las sesiones” (SV50)

- “Mala, creo que el kinesiólogo estaba con demasiado trabajo porque no pudimos trabajar como lo había hecho en otras oportunidades con otra lesión que tuve y además la última vez que fui quedé con más dolor del que había ido” (FS22)

- “Mala experiencia porque nunca tenía lugar disponible y entonces no veía la mejoría que necesitaba. Además, estaba con otros pacientes y sentía que no observaba si mi tratamiento iba bien” (GP45)

Una parte de los participantes no tuvo una buena experiencia y los resultados no fueron óptimos. Se pudo observar en el artículo “El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartrosis de rodilla” (21), que los factores relacionados con el sistema de salud y la atención kinésica, llevan a una insatisfacción del paciente con el servicio, y condenan a una pobre adherencia. Estos factores fueron la excesiva carga laboral de los profesionales, falta de recursos, falta de monitorización, supervisión y seguimiento periódico del paciente, poca capacidad del sistema para educar los pacientes, ideas equivocadas o desconocimiento sobre la adherencia terapéutica, actitudes negativas del personal que atiende al paciente, inadecuación de los servicios, insuficiente comunicación entre profesionales y pacientes, consultas cortas y tiempos de espera prolongados. (21)

Por último, hubo un grupo reducido que no termina de inclinar la balanza para ninguno de los grupos anteriores. Sus respuestas fueron:

- “Más o menos fue la experiencia, no tengo una definición para decirte si fue buena o mala porque no me gustaba mucho ir, no tenía ganas de tener que hacer eso, aunque sabía que era por mi bien y después de ir me sentía mejor” (LM33)

- “Te diría que fue una buena experiencia con respecto a que el dolor disminuyó, pero en el momento de cumplir con las sesiones me pesaba

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

mucho, fue un tratamiento largo y ya no quería ir más, eso sería lo malo de mi experiencia” (ML41)

- “Yo la definiría como una experiencia difícil de cumplir, lo bueno es que el tobillo iba cada vez mejor pero lo malo es que fueron muchas sesiones y todos los días, tenía que modificar toda mi rutina para ir. Para mí fue engorroso”. (GM38)

Por otra parte, la pregunta 6 (ver anexo 2) apunta a la percepción que tuvo acerca del trato con el kinesiólogo, las respuestas fueron algunas de las siguientes:

- “Muy bueno, el kinesiólogo muy profesional, rápidamente me hizo sentir cómodo. Me transmitió seguridad” (RG60)

- “Excelente, muy profesional, responsable y respetuoso” (YA43)

- “Muy bueno, me daba tranquilidad y optimismo” (AP59)

- “Muy buen trato, paciente y considerado, me daba seguridad al hacer los ejercicios” (SA40)

Se pudo notar que la mayoría de los participantes relatan un buen trato hacia ellos y como se expuso anteriormente en el marco teórico (8), dicho trato es uno de los motivos que garantizaría la buena adherencia al tratamiento.

Otras respuestas no fueron tan positivas:

- “El trato era distante, el kinesiólogo no se vinculaba mucho conmigo. Me resultaba entonces difícil expresar todo lo que me pasaba o sentía” (LF64)

- “No me gustó el trato porque la kinesióloga creía que yo no ponía voluntad para mejorar, lo cual hacía que las sesiones no fueran agradables” (SV50)

- “Más o menos, no sentía confianza, muy distante como para sentirme cómoda” (LM33)

El artículo titulado “Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora” (36) hace referencia a que, en los factores relacionados con el sistema sanitario, uno de los factores más influyentes es la relación profesional sanitario - paciente. Una comunicación deficiente entre ambas partes, una falta de confianza hacia el profesional sanitario o una insatisfacción con la atención recibida pueden influir negativamente en la adherencia al tratamiento. También puede impactar negativamente si el paciente no ha recibido suficiente información acerca de su tratamiento y/o patología, así como una falta de accesibilidad a la atención sanitaria,

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

largos tiempos de espera, horarios limitados, faltas de suministro o la falta de privacidad durante la atención médica. (36)

Una última pregunta de los factores relacionados con la adherencia terapéutica fue la 7 (ver anexo 2), que apunta a indagar sobre la explicación del tratamiento por parte del kinesiólogo y algunas de las respuestas fueron:

- “Sí, la explicación fue muy clara además en vocabulario era súper entendible” (RG60)
- “Sí, me comentó bien lo que me iba a realizar y cómo iba a repercutir en mí. Fue muy clara, le entendí todo y eso que no sabía nada del tema. (YA43)
- “Sí, me explicó el tratamiento con términos simples y la función de los aparatos que iba a usar” (AP59)

Se pudo encontrar que algunas de las respuestas afirman haber recibido su correcta y clara explicación del tratamiento que se le iba a realizar.

Por otra parte, se englobaron las respuestas negativas:

- “No me explicaron, sólo me colocaban aparatos y luego me hacían masajes, pero nunca me dijeron la finalidad de cada cosa” (LF64)
- “Me dijo lo que me iban a colocar, pero no me explicó para qué servía cada cosa ni el fin que tenían para tratar mi problema” (SV50)
- “No, hablamos de temas diversos, pero nunca del tratamiento ni de mi lesión” (GP45)
- “No, era súper callado, distante, no me explicó los aparatos que me aplicaba ni tampoco el tipo de recuperación que iba a tener” (ML41)

Por último, dentro de las expresiones de los participantes se pudieron detectar dos respuestas ambiguas:

- “Sí, me explicó, pero no entendía porque usaba términos de kinesiología y me daba vergüenza preguntar más” (FS22)
- “Sí pero no entendí, usaba palabras propias de la profesión y cuando le preguntaba la explicación seguía siendo demasiado técnica” (GM38)

El artículo “¿Por qué acudir a Fisioterapia? Un estudio de las expectativas de los pacientes y la adherencia al tratamiento” (37) hace referencia a la relación fisioterapeuta-paciente, en la cual, es frecuente que el fisioterapeuta ignore la “sombra personal” del paciente, centrándose, en el tratamiento, afección o secuelas derivadas

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

de la misma. Esta metáfora, “sombra personal”, se utiliza para enfatizar lo que no es explícito y que a veces emerge o se esconde detrás de lo que es más visible y aparente. El síntoma nos remite, por ejemplo, a las ideas de William James (1979), de que ningún pensamiento aparece a la vista directa en otra conciencia personal. Cada una de las mentes guarda sus propios pensamientos, no hay intercambio entre ellos, por lo que constituye una cuestión para el establecimiento de la relación entre el fisioterapeuta y el paciente en tratamiento, de allí la importancia de lograr una buena comunicación para obtener una verdadera adherencia.

Para el fisioterapeuta, la enfermedad es una rutina; el tratamiento a seguir es el resultado del aprendizaje profesional, y el paciente es un individuo en constante cambio para lograr el éxito en la rehabilitación, que depende de procedimientos racionales. Por lo tanto, tener en cuenta al paciente en su totalidad (sentimientos, emociones, sufrimientos relacionados con el contexto socioemocional) es de vital importancia.

En dicho artículo, Boesch (37) considera que la relación empática es necesaria para que los individuos alcancen metas en un campo de acción simbólica. En este sentido, para que el sujeto actúe, es necesario anticipar las acciones del otro, así como evaluar la importancia del otro para realizar sus propias acciones. El establecimiento de la empatía, por tanto, favorece la aprehensión de significados transmitidos por el otro y facilita el inter-juego de las acciones de los individuos inmersos en un mismo campo de acción. (37)

También según este autor, la propia empatía se desarrolla a partir de un modo complejo de actuar hacia el otro, pues requiere que el sujeto se identifique con otro, percibiendo las diferencias que existen entre él y ese otro con el que se relaciona.

Sin embargo, si por un lado el fisioterapeuta parece distanciar los sentimientos del paciente para no desviar el foco de atención del tratamiento, por otro lado, se produce un desapego para no enfrentarse a sus propias angustias, lo que conllevaría a una menor empatía por parte del profesional. Por lo tanto, es difícil para los profesionales comprometerse en un proceso empático con el paciente, especialmente porque las oportunidades y los límites en el establecimiento de una relación empática resultan en la reorganización de sus propios entendimientos y direcciones de tratamiento.

Los pacientes con afecciones músculo esqueléticas muchas veces presentan una lenta recuperación por cuestiones psicológicas, que no han sido contempladas en

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

su rehabilitación física, razón por la cual creemos que se pueden trabajar a través de un estudio interdisciplinario de Fisioterapia con Psicología. (37)

Otro de los puntos citados por los entrevistados fue no haber entendido la explicación recibida por parte de los kinesiólogos, por lo que esto también afecta a la adherencia. En el texto mencionado anteriormente, “Enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartritis de rodilla”, se resalta la necesidad de dar indicaciones a los pacientes con un vocabulario concreto pero escueto ya que el lenguaje técnico y correcto de las indicaciones a seguir puede ser un motivo de falta de adherencia, por lo que es necesario darle más importancia a la simplicidad del lenguaje y de las recomendaciones, pues es uno de los factores claves para la adherencia al tratamiento. Esto se relaciona con el Modelo de Creencias de Salud, el cual propone que los pacientes actúan sobre las recomendaciones del tratamiento cuando creen que los beneficios del tratamiento superan las barreras del mismo. (21)

VII.2. Factores relacionados con el tratamiento

En este apartado se busca, como se dijo anteriormente, reconocer los distintos factores que se relacionan con el tratamiento llevado a cabo y la adherencia que éstos generan. Es importante, como se anticipó en el marco teórico, tener en cuenta el contexto social del paciente antes de llevar adelante un tratamiento porque el presente que está viviendo dicho paciente, en otras palabras, la lesión que atraviesa, podrá estar inspirado en recuerdos del pasado que condicionen, de alguna manera su presente y también por la percepción del espacio. (5)

La pregunta 8 (ver anexo 2) indaga sobre la participación del paciente en el diseño del tratamiento:

Sólo tres de los participantes respondieron afirmativamente, los mismos manifestaron haber sido considerados por el kinesiólogo a la hora de planear el tratamiento, preguntando por las actividades que realizaban, los objetivos que tenían para la recuperación, la evolución y si consideraban necesario alguna modificación. (RG60) (AP59) (SA40)

El resto de los participantes refirieron una respuesta negativa, las mismas fueron:

- “No intervine para nada. Me sentí poco considerada” (LF64)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

- “No, en ningún momento me preguntó por mis objetivos, creo que no estaba en sus intenciones que yo, como paciente, participe en su planificación” (SV50)
- “No, nunca me habló sobre el plan o la organización del tratamiento, sólo lo aplicaba” (YA43)
- “No, nunca intervine, tampoco creo que le hubiera gustado, no me quería meter” (FS22)
- “No nunca participé, tampoco sé de qué manera hubiera podido hacerlo” (GP45)
- “No, sólo iba, cumplía con el tiempo que duraba la sesión y me iba.” (LM33)
- “No, yo le preguntaba muchas cosas o a veces le sugería cuestiones según el dolor que tenía ese día, pero no tenía participación” (ML41)
- “No, nunca me preguntaron cómo me iba sintiendo con el tratamiento, ni si tenía alguna mejoría” (GM38)

En uno de los artículos encontrados en la bibliografía titulado “Práctica de fisioterapia emancipadora” (38) relata que la participación activa de los pacientes y el centrarse en el logro de metas, por parte del kinesiólogo, son realmente significativas. Se han emprendido pocos trabajos que reconozcan los ajustes en los roles que enfrentan los profesionales al colaborar y compartir la toma de decisiones con los pacientes de manera democrática.

El enfoque centrado en el paciente se conoce como enfoque centrado en la persona porque reconoce que tanto el profesional y el paciente traen sus actividades de la vida diaria a la sesión en sí. Es importante tener en cuenta al paciente con sus experiencias y formas de vivir, y su condición de salud para llevar adelante planes de atención. Tal perspectiva se basa en intenciones para llegar a un acuerdo sobre las prioridades de tratamiento que son apropiadas para el terapeuta y el paciente.

Estas prácticas se sustentan en principios democráticos de reciprocidad, de respeto mutuo y del derecho que tenemos a cuestionar los motivos y roles de cada uno, independientemente de rango o posición social.

Los pacientes que presentan una lesión necesitan poder hablar sobre su perspectiva personal, deseos y necesidades. Se encontró que el trato abierto y libremente negociado creó un compromiso en los pacientes y permitió seguir adelante

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

con las decisiones clínicas, concluyendo que las decisiones alcanzadas a través de tales comunicativas produjeron una mejor adherencia. (38)

Para continuar enfocados en los factores relacionados con el tratamiento se plantearon las preguntas 9 y 10 (ver anexo 2) a modo de indagar sobre el cumplimiento de asistencia a las sesiones de kinesiología que, como lo define la OMS al inicio del presente trabajo, es diferente al de adherencia. (3) También, se busca conocer la concurrencia de pacientes a dichas sesiones:

Con respecto a la pregunta 9, cinco fueron las respuestas afirmativas:

- “Sí la completé porque los resultados eran excelentes y quería cumplir hasta el final. Por otro lado, el kinesiólogo me motivaba mucho para mejorar” (RG60)
- “Sí las completé a todas, ya me sentía bien sin haberlas terminado, pero decidí llegar hasta el final ya que me agradaba ir” (YA43)
- “Completé todas porque me quería recuperar bien del todo” (AP59)
- “Si completé todas las sesiones que me habían indicado” (LM33)
- “Sí completé el tratamiento, pero sólo porque quería que se me pase el dolor y volver a mi vida normal” (GM38)

Seis fueron las respuestas negativas:

- “No, dejé en la mitad del tratamiento, quise ver si podía conseguir alguna mejoría en otro lado” (LF64)
- “Hice las diez primeras que me indicó el médico, como no mejoraba me dio diez sesiones más que decidí no hacer porque sentía que no iba para adelante” (SV50)
- “No, me indicaron ocho, pero hice sólo tres ya que era demasiado tiempo sólo con los electrodos y sentía dolor” (FS22)
- “Completé varias sesiones, pero después sentí que el tratamiento no avanzaba, me sentía estancada y lo abandoné” (SA40)
- “No las completé porque no veía mejorías” (GP45)
- “No las completé porque me dieron muchas y cuando me empecé a sentir bien, decidí abandonarlas porque no me gustaba mucho el trato” (ML41)

Con respecto a la pregunta 10 sólo dos participantes respondieron asistir de manera individual. (RG60) (SV50). Los nueve entrevistados restantes asistieron a las sesiones con otros pacientes.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Gran parte de los participantes no completaron las sesiones, lo cual deja ver una falta de adherencia al tratamiento. Como afirma el artículo de la bibliografía consultada “Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos músculo esqueléticos” (39) una de las variables principales en la falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico se definió como la interrupción del tratamiento por parte del paciente de forma independiente, es decir, no consultándolo con el profesional responsable de su terapia.

También influyen en la falta de adherencia los tratamientos muy largos porque requieren mayor compromiso y cumplimiento del mismo, por lo que es necesario educar al paciente para concientizarlo de la importancia de culminar con el número de sesiones indicadas a pesar de que haya desaparecido el dolor.

Con respecto a la atención simultánea de los pacientes, debería considerarse, para que la misma sea personalizada ya que muchas veces los pacientes se sienten inhibidos ante la presencia de otras personas y esto perjudica a obtener buen resultado. (39)

Continuando con los factores relacionados con el tratamiento se entrevistó a los participantes realizando la pregunta 11 (ver anexo 2), con la intención de conocer sobre el resultado, en relación a la afección, que obtuvieron con las sesiones de kinesiología. Algunas de las respuestas fueron:

- “Sí, tuve la recuperación que tanto esperaba y mejor aún” (RG60)
- “Sí, muy buena recuperación, superó lo que yo pensaba ya que fui con mucho miedo de no poder recuperarme” (YA43)
- “Sí, fue una recuperación larga, pero por suerte quedé muy bien, me sentí conforme con los resultados” (AP59)
- “Sí, esperaba con ansias que me deje de doler y el tratamiento que el kinesiólogo llevó adelante me sacó el dolor” (LM33)
- “Sí, por suerte tuve el resultado que tanto esperaba” (GM38)

Otras respuestas fueron negativas:

- “No, lamentablemente no tuve los resultados que esperaba. El tratamiento que me realizaron no satisfactorio” (LF64)
- “No tuve los resultados que hubiera querido, no se pudo resolver mi problema y eso me dejó una mala sensación” (SV50)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

- “No tuve la repercusión ni los resultados que esperaba, hubiera querido que se me dé más atención a mi problema” (FS22)
- “No tuve los resultados que esperaba, las kinesiólogas hicieron todo lo que estaba al alcance, me dieron mucha atención, pero la compleja lesión hizo que la recuperación sea muy lenta” (SA40)
- “No, no me pude recuperar por eso incluso abandoné, esperaba que se vaya el dolor y no se consiguió” (GP45)
- “No, lamentablemente no pude conseguir los resultados que esperaba” (ML41)

Por último y finalizando la entrevista se presentó a los participantes la pregunta 12 (ver anexo 2) a modo de cierre y para poder englobar sus opiniones acerca del factor que consideran más relevante al momento de haber completado o abandonado su tratamiento. Algunas de sus respuestas fueron:

- “Considero que completé el tratamiento por mi predisposición y la voluntad que le puse para que se me vaya el dolor. Además, la relación buena y empática que se generó con el kinesiólogo me ayudó mucho para mantenerme con fuerza para recuperarme” (RG60)
- “Lo abandoné porque el tipo de tratamiento no me parecía el indicado, era poco eficiente, no veía mejoría y quería encontrar una solución, por eso decidí dejarlo” (LF364)
- “No lo complete porque creía que el tratamiento no me daba resultado y porque la relación con la kinesióloga no fue la mejor. Además, me quedaba lejos y cada vez tenía que pagar un remis, no me convenía económicamente” (SV50)
- “Considero que lo completé porque no veía la hora de solucionar mi lesión y además el trato con el kinesiólogo hacía que las sesiones sean amenas, de no haber sido por eso creo que lo hubiera abandonado porque fueron demasiadas sesiones” (YA43)
- “Considero que una de las claves para seguir adelante con el tratamiento es la buena atención y como no la encontré en el profesional a cargo, lo abandoné en la tercera sesión” (FS22)
- “Creo que lo fundamental para completar el tratamiento fue que comencé a notar rápidamente mejorías, me parecían sesiones muy completas y el trato era agradable” (AP59)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

- “Hice las primeras sesiones por mi voluntad y el buen trato de las kinesiólogas, pero después ya no tenía los resultados que necesitaba y entonces lo abandoné, quería probar otro tratamiento para disminuir el dolor
“(SA40)

- “Considero que lo abandoné porque el tratamiento no me daba los resultados que yo esperaba” (GP45)

- “Completé las sesiones porque el tratamiento me hacía bien, sentía alivio y mejoría” (LM33)

- “Abandoné porque no me gustaba el trato” (ML41)

- “Lo completé porque quería recuperarme de la lesión y por mi predisposición, considero que soy constante y dedicado” (GM38)

Se observó que la mayoría de los participantes estuvieron condicionados por el trato logrado con el kinesiólogo y por el tratamiento planteado.

El artículo titulado “La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral” plantea que los tratamientos fisioterapéuticos basan su planificación en tres elementos centrales: el movimiento, el cuerpo y la interacción entre paciente y profesional. Para Broberg, estos elementos se articulan dentro de una perspectiva integral y holística y considera que el fracaso o el éxito de un tratamiento no debe dejar de lado ninguno de los tres elementos nombrados anteriormente, ya que de esa forma se logra una adherencia eficaz.

Es necesario que los profesionales comprendan las responsabilidades de la profesión y las nuevas posibilidades de acción frente a las transformaciones de los sistemas de salud y más allá de enfocarse en la afección propiamente dicha, tengan en cuenta al paciente en forma integral. (40)

VII.3 Reflexiones preliminares

Al analizar los factores relacionados con la atención kinésica y con el tratamiento se puede observar la influencia de ambos en la adherencia terapéutica y la relación que tienen con la dimensión social, puesto que paciente y profesional permanecen en constante vínculo. Con las entrevistas se pudo comprender la importancia esencial de la conducta cotidiana de la vida social y tener presente que la misma carga con el peso de fuentes inconscientes de cognición y motivación.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

También se analizó que la falta de comunicación entre paciente y kinesiólogo lleva a falta de información sobre la lesión, su evolución y la manera de poder abordarla.

Tener en cuenta que un paciente presenta conductas conscientes e inconscientes que marcan las decisiones que tome o la manera de expresarse frente a otros, será de gran aporte para los profesionales a la hora de generar la relación y plantear el tratamiento.

El dolor y la incapacidad funcional que generan las lesiones músculo esqueléticas son padecimientos difíciles de tratar. Si bien se busca intentar numerosas terapias para tratar dichas lesiones, éstas apuntan a controlar el dolor o mejorar las funciones y no a indagar más sobre las causas que las generan o que bloquean la mejoría de las mismas. El peso del contexto social en el cual cada paciente vive, las ideas o creencias que cada uno sostenga, la información veraz o la desinformación que se maneje y el objetivo al que cada uno apunte, repercute de manera directa tanto en el vínculo que establezcan con el kinesiólogo como en el tratamiento.

Los factores estructurales, relacionados con la lesión parecerían iniciar el proceso de adherencia, pero los factores sociales exacerban dicho proceso; por lo que resulta difícil plantear un tratamiento acorde a cada paciente y que se adhieran al mismo si no se tienen en cuenta desde el inicio.

Hay tratamientos que mantienen una visión reduccionista y sólo se quedan con las imágenes o informes de los estudios complementarios, pero si se logra incorporar a los tratamientos una mirada más integral, se podrá tener mayores mejorías de las lesiones músculo esqueléticas y sobre todo una buena adherencia al tratamiento.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

VIII. Capítulo 4: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO KINÉSICO A TRAVÉS DE LAS EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES EN TORNO AL GÉNERO

En este capítulo se busca perseguir otro de los objetivos del presente trabajo por lo que se observó si hubo alguna diferencia o rasgo particular en relación al género que influya en la adherencia al tratamiento según lo expresado por los participantes de la población de Esperanza en sus experiencias en las sesiones de kinesiología.

En la última década, ha crecido, particularmente, el interés por estudiar la adherencia a los tratamientos como un factor determinante para la salud, interés que se ha visto apoyado por la OMS, a conocer de manera separada por género las barreras para la adherencia a los tratamientos, con el fin de mejorar la atención en los servicios de salud. Por ello resulta motivador ahondar en los motivos de una reflexión relativa a una variable, como el género, que aporta importantes evidencias en favor de una explicación psicosocial más que biológica, ofreciendo explicaciones para el comportamiento diferencial de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. (21)

El género agrupa los aspectos psicológicos, sociales y culturales, es decir, lo que una determinada sociedad considera, describe y prescribe como propio y diferencial de ser hombre o mujer.

La organización funcional del cerebro y las capacidades mentales de hombres y mujeres presentan diferencias significativas. Las investigaciones en ciencias cognitivas, particularmente neuropsicología, así lo constatan. Las diferencias comprenden un amplio espectro, desde actos reflejos a comportamientos más complejos. La acción de las hormonas sexuales conforma redes neurales y procesos bioquímicos diferentes en los cerebros de hombres y mujeres, ya desde los primeros meses de vida intrauterina. Pero también las experiencias y aprendizajes en los contextos socioculturales conforman y organizan el cerebro de cada persona originando capacidades y comportamientos propios y diferenciales. (41)

VIII.1. Género y los factores relacionados con la lesión

En las entrevistas se pudo comparar las lesiones que se presentaron. Según el género se encontró que dos de los tres participantes que presentaron lesiones en espalda fueron mujeres; tres de los tres participantes que refirieron lesiones en hombro fueron mujeres; dos de los tres participantes que manifestaron afecciones en tobillo/pie fueron hombres y en cuanto a lesiones de rodilla se presentaron uno de cada género. Por lo que se pudo constatar que las mujeres presentaron mayores porcentajes de lesiones a nivel de espalda y hombro, y los hombres mayor porcentaje a nivel de tobillo/pie.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Con respecto a la influencia que tuvo la lesión en los estados anímicos de los participantes, la totalidad de los mismos manifestaron haber tenido cambios tanto en lo anímico como en lo emocional.

En el artículo “Localización de lesiones osteomusculares por actividades relacionadas con el ejercicio profesional en el personal de salud: revisión de la literatura” se refiere que el género femenino es el que está más expuesto a adquirir lesiones músculo esqueléticas, impactando de forma trascendente en la calidad de vida. (42)

El artículo relata que dentro de las áreas anatómicas donde se presentan los principales síntomas osteomusculares, se encuentran, la región del cuello y la espalda, con un 73%, seguida de los miembros superiores con un 41% y en menor proporción los miembros inferiores con un 26%; la principal patología diagnosticada son las cervicalgias con un 40%, seguida de la lumbalgia con un 33%, tendinitis de la mano con un 17% y contracturas musculares con un 10%.

Es el género femenino donde más prevalecen las lesiones osteomusculares, con una relación de 1 hombre por cada 2 mujeres, esto se debe a varias razones, por un lado, las mujeres acuden más al médico tras la aparición repentina de un síntoma y por otro, además del estrés laboral y todo lo relacionado con su área de trabajo, las mujeres están más pendientes de sus relaciones familiares, haciendo que éstas afecten su estado de salud y estén más predispuestas a adquirir estas patologías.

Una de las causas que originan estas lesiones son: mala mecánica corporal presentada en un 44%, seguida de los movimientos repetitivos con un 40% y levantar sobrepeso con un 36%. (42)

En otro artículo, antes mencionado, “El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartrosis de rodilla” hace referencia a las afecciones osteoarticulares se incrementan con la edad, siendo 33% en hombres y 53% en mujeres. El hecho de padecer alguna de estas afecciones se verá favorecido por factores tales como: obesidad, laxitud ligamentaria, atrofia muscular, actividad física excesiva, alineación articular como por ejemplo genu varo o valgo, pie plano, movimientos repetitivos, entre otros, que pueden contribuir al desencadenamiento de lesiones músculo esqueléticas. (21)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

VIII.2. Género y los factores relacionados con el propio paciente

Con respecto a las respuestas que los participantes dieron sobre los factores relacionados con el propio paciente se ha reflejado de manera unánime la influencia que tuvo la lesión en sus actividades o quehaceres diarios. Tanto hombres como mujeres fueron condicionados por las limitaciones que trajo dicha afección y se vieron obligados a modificar sus rutinas.

De la totalidad de los participantes, hubo 2 mujeres (YA43) y (SV50), que además de manifestar preocupación por los cambios que debían hacer en sus actividades diarias, refirieron sobre otra cuestión que también influía en sus día a día, esta inquietud apuntaba a la organización de su casa y la ocupación por sus hijos que siempre llevan adelante y no lo podían realizar luego de la afección.

En el artículo mencionado anteriormente “Localización de lesiones osteomusculares por actividades relacionadas con el ejercicio profesional en el personal de salud: revisión de la literatura” se concluye que los factores relacionados con las lesiones osteomusculares conllevan a ausentismos laborales, disminución del rendimiento, problemas físicos permanentes, reubicaciones laborales e incluso incapacidad para realizar diferentes actividades. Además, se pudo observar que las mujeres suelen verse más afectadas que los hombres, ya que no solo modifican sus actividades laborales sino también sus obligaciones personales con los vínculos familiares. (42)

Volviendo a citar el artículo “El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartritis de rodilla” (21), se evidencia que las mujeres presentan un porcentaje mayor con respecto a las manifestaciones clínicas en comparación con los hombres. Las identidades masculinas son más represoras de emociones en comparación con las mujeres y estas diferencias de género se explican debido a la influencia de una educación diferencial entre ambos sexos, en donde la sociedad refuerza la libre expresión del dolor en la mujer, pero no en el hombre. Por lo que se observa una mayor tendencia al consumo de analgésicos y antiinflamatorios por parte de las mujeres y no de la misma manera por parte de los hombres. (21)

Con relación a los factores propios de la persona, se pueden evidenciar que la salud de la mujer muchas veces se ve debilitada por la posición que ocupa en la sociedad, porque la mayor morbilidad que presenta está influida por factores derivados de la manera en que se integran al mercado del trabajo, a espacios de participación, a una mayor carga emocional y a un mayor estrés que se derivan de condiciones de vida con más vulnerabilidad social. (43)

VIII.3. Género y los factores relacionados con la atención kinésica

En las entrevistas se realizaron tres preguntas para abordar los factores relacionados con la atención kinésica. Las mismas buscan exponer la relación que se generó entre paciente y profesional. Se indagó sobre la experiencia que los participantes tuvieron al asistir a las sesiones de kinesiología y se pudo obtener algunas diferencias con respecto a las respuestas de los participantes en torno al género.

De la totalidad de los sujetos, 4 tuvieron una buena experiencia, donde se pudo ver que tres fueron mujeres y uno sólo fue hombre; otros 4 relatan que la experiencia no fue muy buena, siendo 3 participantes mujeres y 1 participante hombre. También hubo 3 participantes que no terminan de definir sus experiencias, estos fueron dos hombres y una mujer.

Además, en las entrevistas se preguntó sobre el trato que experimentaron los participantes por parte de los kinesiólogos y se pudo ver que la mayoría relató haber recibido buen trato, pero hubo 3 participantes mujeres que destacaron sus respuestas por no haber recibido el trato que esperaban.

El artículo “Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos” (44), refiere la necesidad de incorporar a la medicina de género en la formación inicial, ya que influye directamente en un mejor trato hacia los pacientes en la práctica clínica, formando a profesionales capaces de identificar las diferencias biomédicas y psicosociales relevantes entre hombres y mujeres en distintas enfermedades. Estos profesionales tendrán la capacidad de crear estrategias y acciones con sensibilidad de género, beneficiando a grupos que históricamente han sido discriminados o dejados de lado en los escenarios de salud, como son las mujeres. Se espera que, al incluir la salud de la mujer en la enseñanza médica, se logre mejorar la atención en salud y, a largo plazo, la calidad de vida de las mujeres.

El artículo también hace referencia a que teniendo en cuenta los distintos géneros, se podrá incluir las diferencias en las vivencias de hombres y mujeres ante una enfermedad, que pueden estar afectando el desempeño en la relación con el profesional. En esto no se considera sólo la enfermedad, sino que también la salud de las personas, considerando las diferentes experiencias de personas de distintos géneros. Sólo puede hablarse de género cuando las condiciones socioculturales de hombres y mujeres son consideradas, generándose la discusión de las diferencias biológicas en su contexto social. (44)

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Por otro lado, existe la tendencia a presentar a las mujeres como más empáticas que los hombres. Las bases neurobiológicas han demostrado una estructura y un funcionamiento diferentes entre los géneros; y se asume que las mujeres tienen más empatía que los hombres. Los hombres y las mujeres emplean todos los componentes de la empatía de forma integrada, pero los procesos neurológicos son diferentes y, posiblemente, presentan programas de respuesta distintos entre los géneros: los hombres y mujeres tienen la misma potencialidad de desarrollar la empatía, pero no igual forma de externalizarla. (45)

A través de la influencia recibida del modelo cognitivo, el género pasa a ser considerado un esquema de percepción, relacionado con las experiencias y conocimientos personales almacenados en la memoria. Ganan protagonismo los procesos psicológicos que intervienen en su construcción; es decir, el género pasa a ser abordado como una construcción evolutiva que se convierte en parte esencial del auto concepto. La correspondencia entre conocimiento de género (estabilidad, constancia e identidad) y conductas de género (actividades, preferencias), es considerada una de las áreas más actuales de investigación empírica y es uno de los motivos por lo que un paciente desarrollará su adherencia. (43)

VIII.4. Género y los factores relacionados con el tratamiento

Al realizar las entrevistas también se pudo constatar que el tratamiento llevado a cabo por los kinesiólogos también dejó diferencias en las respuestas tanto de hombres como mujeres.

Se observó que la mayoría de los participantes refirieron no haber intervenido en el diseño del tratamiento, con prevalencia de las mujeres por sobre los hombres (5-3). También fue más el porcentaje de mujeres que refirió haber participado de las sesiones junto a otros pacientes.

Por último, se pudo apreciar que 5 participantes pudieron completar las sesiones, obteniendo la recuperación que esperaban, siendo 2 hombres y 3 mujeres. Mientras que los 6 participantes restantes no completaron las sesiones indicadas y tampoco tuvieron el resultado esperado, ellos fueron 2 hombres y 4 mujeres.

Para analizar la adherencia fisioterapéutica es importante considerar la perspectiva del enfoque de género. El artículo antes mencionado “El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartrosis de rodilla” (21) hace referencia a este tema ya que es relevante porque la importancia del

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

contexto social al que pertenecen los pacientes no suele considerarse con la fuerza necesaria. Cuando se analiza el por qué se ve afectada la adherencia al tratamiento fisioterapéutico, esta no se le formula a la sociedad; cuando la respuesta es preciso buscarla en el contexto histórico-social, revelando explicaciones de orden social que trascienden el rol del paciente en su relación con los servicios de salud. Por otra parte, se ofrecen aproximaciones de utilidad en el estudio de las interacciones que se producen entre los determinantes de la no adherencia a esta parte fundamental de los tratamientos músculo esqueléticos. Estos elementos podrían contribuir al diseño e implementación de estrategias integrales y coherentes de prevención de este comportamiento nocivo. (21)

El género femenino presenta un mayor número de concurrencia a las consultas porque la perseverancia y la adherencia a tratamientos kinesiológicos, debido a la constante preocupación y participación social que demuestran las mujeres, en comparación con el género masculino, hace que sea un determinante para una mayor expectativa de vida y un envejecimiento saludable. (46)

Las mujeres, además, tienden a presentar sus afecciones relacionando los síntomas con diversos aspectos de su vida diaria, así como con sus propias opiniones y creencias a propósito de lo que les pasa. Sus angustias o emociones suelen reproducirse en dolencias músculo esqueléticas. (43)

VIII.5. Reflexiones preliminares

A lo largo de este capítulo se pudieron ver diferencias en torno al género, se evidencia en la bibliografía consultada que el mismo es otro de los factores que influyen en la adherencia terapéutica.

El contexto social de cada persona y las representaciones sociales que denotan una influencia en el descubrimiento y organización de la realidad interfieren en la construcción de la representación del género, de allí las diferencias encontradas en las entrevistas.

Si bien no se realizaron preguntas explícitas en el cuestionario, se pudo analizar a lo largo de las mismas que existen diferencias relacionadas con las distintas lesiones, siendo las mujeres más prevalentes en algunas afecciones y los hombres en otras; otro punto de diferencia es la manera de afrontar las afecciones incluyendo en este punto cuestiones psicológicas y sociales ya que las mujeres pueden verse más afectadas; también se observaron diferencias entre hombres y mujeres con respecto al

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

cumplimiento de las consultas y a la empatía a la hora de abordar una relación paciente-profesional.

Existen cuestiones biológicas que diferencian un género de otro, también hay diferencias respecto a la dimensión social ya que la construcción que la sociedad tiene sobre el género está completamente influenciada por las representaciones sociales, llevando a pensamientos estructurados sobre las diferencias que debe haber entre mujeres y hombres y condicionando, de alguna manera, la forma de relacionarse entre pacientes y profesionales.

Pudo verse a través de las entrevistas que los factores que influyen en la adherencia terapéutica presentan diferencias en torno al género. Con respecto a los factores relacionados con la lesión y con el propio paciente esas diferencias se manifiestan como una cuestión biológica, en cambio en los factores relacionados con la atención kinésica y el tratamiento, las diferencias se encuentran dadas dentro del ámbito social.

Dado que las representaciones sociales van cambiando y tienen una mirada cada vez más igualitaria e inclusiva con respecto al género, es necesario plantear estrategias de atención kinésica, fomentando el diálogo, incluyendo al paciente y el contexto socio cultural.

IX. REFLEXIONES FINALES

La realidad siempre actúa a través de su interpretación por los seres sociales. No hay más realidad que la realidad tal y como la desciframos. Son los significados que le atribuimos los que van a constituir la como única realidad que para nosotros existe efectivamente y generará efectos consecuentes.

Al tener en cuenta las nociones de representaciones sociales a través de las entrevistas realizadas se pudo identificar los aportes de dichas nociones en la construcción de una realidad social y lograr entender por qué según éstas la adherencia se vuelve más o menos factible.

Las lesiones traumáticas pueden ser ocasionadas por múltiples causas, accidentes de trabajo, en el hogar, lesiones deportivas, lesiones producidas por movimientos repetitivos, entre otras. La rehabilitación profesional es un escenario de intervención interdisciplinaria, que tiene como objetivo llevar a su máxima mejoría al individuo, adaptarlo a su nueva condición, potencializando sus destrezas funcionales con las que quedó para retornar su vida diaria. Generalmente se actúa en la recuperación funcional, donde el paciente recupera su estructura y/o función de lo afectado. La intervención desde lo emocional y ocupacional se debería tener en cuenta en un proceso de rehabilitación integral, dando un enfoque de la intervención que incluya el acompañamiento integral durante el desarrollo de las actividades en rehabilitación.

El dolor crónico hoy en día no solamente se explica por el daño a un tejido, sino como un proceso multidimensional con una gran cantidad de factores asociados, cognitivos, conductuales y contextuales de la experiencia tanto previa como inmediata de la persona y todo esto confluye en lo que nuestro sistema nervioso va a conjugar para generar la experiencia dolorosa. Es por eso que el dolor de una persona no es igual al de otra, de allí que los profesionales deberían tratar de individualizar el tratamiento según cada paciente.

La falta de adherencia al tratamiento puede basarse en distintas causas y trae consigo un elevado costo económico, social y laboral, por lo tanto, se hace necesario tener en cuenta las características sociales y las necesidades de cada persona para entender las barreras que se puedan presentar con la adherencia al tratamiento fisioterapéutico y desarrollar estrategias más efectivas que favorezcan al paciente y lo involucren activamente en el proceso de rehabilitación.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

El nivel de instrucción, las condiciones económicas, la ocupación laboral, la percepción del riesgo a nivel individual, los estilos de vida y el género, también son determinantes en la no adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, se puede concluir que hay una cierta discrepancia entre la práctica y la teoría en relación a la adherencia terapéutica.

Por un lado, en lo que respecta a la teoría, bien se sabe que desde la formación de grado en la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría y también en la bibliografía consultada, la importancia de considerar al paciente como ser biopsicosocial, la adherencia terapéutica, la empatía, el tratamiento integral y el trabajo interdisciplinario se llevan como bandera. Es fundamental que el paciente siempre deba estar en primer plano, apuntando a encontrar la causa que genera su afección y no tratando sólo de paliar los signos y síntomas que la misma genera, dejando de lado las indicaciones estrictas para enfocar cada tratamiento de manera individual. Pero, por otro lado, en la práctica se ha podido ver, a través de las entrevistas realizadas en este trabajo que dicha teoría no siempre se cumple, ya que los participantes han relatado que fueron reiterados los casos en que la falta de adherencia fue responsabilidad de la atención kinésica y del tratamiento planteado.

En síntesis, este trabajo considera como fundamental la dimensión social al momento de abordar a un paciente para que el mismo logre adherirse al tratamiento.

Se concluye que los pacientes que logren establecer una buena relación con sus kinesiólogos, tendrán mayores posibilidades de completar las sesiones indicadas.

Poder detectar la falta de adherencia y, más aún, lograr comprender el motivo social, personal o cultural que la genera, dará lugar a plantear estrategias para prevenir la falta de respuesta de los pacientes.

Los aportes de las nociones de representaciones sociales a través de las entrevistas y la bibliografía consultada fueron indispensables para lograr construir las distintas realidades sociales, y para entender por qué según dichas nociones la adherencia se vuelva más o menos factible.

X.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Stedman TL. Diccionario de ciencias médicas. 25ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1994. Lesión; p. 804.
2. Montalvo Prieto AA, Rojas López MC. RIESGO ERGONÓMICO ASOCIADO A SINTOMATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA. 2015;20:132–46. Disponible en: [http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista20\(2\)_10.pdf](http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista20(2)_10.pdf)
3. Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia Terapéutica [Internet]. Valencia: Ediciones Mayo, SA: 2012 [citado el 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/viewFile/84/78>
4. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Medicina Clínica. 2002;5(119):p 175-179. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775302733551>
5. Giddens A. Conciencia, propio- ser y encuentros sociales. En: Amorrortu editores. La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2011. p.77-142 [citado el 14 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2019/03/giddens-la-constitucic3b3n-de-la-sociedad.pdf>
6. Reyes-Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2016;84:125–32. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RMH/article/view/12384>
7. Scielo. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Revista de la Sociedad Española del Dolor. [base de datos en Internet]. Madrid; 2004. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462004000800004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Bassett S. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. New Zealand. 2003;31:60–6. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Sandra-Bassett/publication/284411604_The_assessment_of_patient_adherence_to_physiotherapy_rehabilitation/links/56afc4cb08ae9c1968b48840/The-assessment-of-patient-adherence-to-physiotherapy-rehabilitation.pdf
9. Migueles O. Rol de la Kinesiterapia en el Tratamiento de la artrosis de Rodilla | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2014. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864014701142?token=81089C38E2CC3513ABCB39FF5E07ECC1D657F017352D7D3E6392C325A3D9A0A54318D499B3955A9C6CDDAC3EC151D7AF&originRegion=us-east-1&originCreation=20220228184854>
10. Scielo. Ortiz P M, Ortiz P E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica [base de datos en Internet] Chile: Revista médica de Chile; 2007. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872007000500014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

11. Momblona J, Jané C. El Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. España [Internet]. 2006; 1605: 39-40. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jm-Momblona/publication/268360615_El_Como_mejorar_la_adherencia_al_tratamiento/links/566aab7508ae430ab4f8191b/EI-Como-mejorar-la-adherencia-al-tratamiento.pdf
12. Hutson M, Ward A. Manual Oxford de Medicina Musculoesquelética. 2ª ed. London: Oxford; 2015.
13. Díaz Escobar C, Pulgar Vallejos C, Garcés Jimenez C. Terapia lúdica, como propuesta complementaria al quehacer kinésico. Actualización en kinesiología del deporte. 2015; 59:1-37. [citado el 7 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://www.akd.org.ar/img/revistas/articulos/akd-JUN2015.pdf>
14. Bahr R, Maehlum S. Lesiones Deportivas / Sports Injuries: Diagnostico, Tratamiento Y Rehabilitacion / Diagnostic, Treatment and Rehabilitation. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
15. Association AO. Fundamentos De Medicina Osteopatica. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
16. De la Varga V. Lesiones musculares: causas, tipos y tratamiento [sede web]. Madrid: Sanitaria; 2018. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/lesiones-musculares>
17. Alaníz A, Quinteros A, Robaina H. Trastornos músculo esqueléticos [tesis]. Buenos Aires (Argentina): UNSAM; 2020;
18. Organización Mundial de la Salud. Trastornos musculoesqueléticos [sede web]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
19. SCRIBD [sede web]. Corrientes: Universidad Nacional del Nordeste; 2005 [citado el 9 de agosto de 2022]. Imagen social del kinesiólogo [2 páginas] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/222528743/Imagen-Social-Del-Kinesiologo>
20. Scielo. Jaramillo Echeverri LG, Pinilla Zuluaga CA, Duque Hoyos MI, González Duque L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas [base de datos en Internet]. Manizales (Colombia): Index de Enfermería; 2004. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962004000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Scielo. Poalasin Narváez LA, Ontaneda Salinas G. El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartrosis de rodilla [base de datos en Internet]. La Habana (Cuba): Revista cubana de reumatología; 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Lacoste PS, Gallegos OB, Uribe PZ. Imaginarios sociales y representaciones: su aplicación a análisis discursivos en tres ámbitos diferentes. Imaginarios sociales y representaciones [Internet]. 2018 [citado el 13 de julio de 2022]; (41):79-102. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/empiria/article/view/22605>

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

23. Perere Perez M. A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. 2003 [citado el 11 de abril de 2022]; (1)1-36. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf
24. Vera H. Representaciones y clasificaciones colectivas. La teoría sociológica del conocimiento de Durkheim. 2002 [citado el 10 de agosto de 2022]; (17): 1-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3050/305026563005.pdf>
25. Kottke F, Lehmann J. Medicina física y rehabilitación. 4ªed. Madrid: Medica Panamericana; 2000.
26. Serie Creación documento de trabajo, n°89. Arias, G., Careaga N., Balocchi, A., Arriagada, R. y Vera, F. Diagnóstico Kinésico: Enfoque Biopsicosocial. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Kinesiología. Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS.(2020).
27. Gúber R. El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2004.
28. Scielo. Cuevas Y. Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa [base de datos en Internet]. México: Cultura y representaciones sociales; 2016 [citado 18 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102016000200109
29. Scielo. Vergara Quintero M d C. La naturaleza de las representaciones sociales. [base de datos en Internet]. Colombia: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud; 2008, [citado 11 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692-715X2008000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
30. Gobierno de Santa Fe. Estadísticas [sede web]. Santa Fe: Instituto Provincial de Estadísticas y Censo; [2018]. Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/93664>
31. Scielo. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. [base de datos en Internet]. Cuba: Revista Cubana de Medicina General Integral; 2001, [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252001000500016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Scielo. Ramos Rangel Y, Santana Morfa AR, Valladares González AM, López Angulo L, González Brito M. Relación entre estados emocionales y variables clínicas en pacientes con dolor crónico lumbar [base de datos en Internet]. Cuba: Revista Cubana de Medicina General Integral; 2017, [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252017000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Scielo. Pardo V, Manuel J. Impacto del dolor en la incapacidad laboral: metodología de valoración. Grados funcionales de limitación [base de datos en Internet]. España: Medicina y Seguridad del Trabajo; 2014 [citado 28 de julio de 2022]. Disponible en:

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2014000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

34. Guzmán YR, Estrada OL, Crespo O. Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. 2010 [citado 8 de agosto de 2019]; 2(1):39–50. Disponible en: <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/28/30>
35. Betancurt LN, Pedraza RP. Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. 2009 [citado 11 de septiembre de 2019]; (85): 61-76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4897930>
36. Scielo. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora [base de datos en Internet]. Barcelona: Ars Pharmaceutica; 2018, [citado 22 de agosto de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2340-98942018000400251&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. BVS. Laskovski L. ¿Por qué acudir a fisioterapia? un estudio microgenético de las expectativas del paciente y la adherencia al tratamiento [base de datos en Internet]. San Pablo: Biblioteca Dante Moreira Leite; 2012, [citado 31 de julio de 2022]. Disponible en: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-08112012-145400/publico/laskovski_corrigeida.pdf
38. PubMed. Trede F. Emancipatory physiotherapy practice. Physiotherapy Theory and Practice [base de datos en Internet]. Estados Unidos: Central Michigan University; 2012, [citado 18 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09593985.2012.676942>
39. Coello-Talavera D, Rojas-Motta N, Mayta-Tristán P. Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú. Fisioterapia [Internet]. 2016 [citado 18 de julio de 2022]; 38(4):182–188. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211563815001200>
40. Scielo. Bispo Júnior JP. La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral [base de datos en Internet]. Brasil: Salud Colectiva; 2022, [citado 1 de agosto de 2022]. Disponible en: 17: <https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3709/>
41. Scielo. García García E. Neuropsicología y género [base de datos en Internet]. España: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003, [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352003000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
42. Pinto RC, Hernández SA, Vargas LCB. Localización de lesiones osteomusculares por actividades relacionadas con el ejercicio profesional en el personal de salud: revisión de la literatura. Localización de lesiones osteomusculares por actividades relacionadas con el ejercicio profesional en el personal de salud [Internet]. 2019 [citado 24 de agosto de 2022]; 16(2):78–87. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5856>

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

43. Arcos E, Poblete J, Molina Vega I, Miranda C, Zúñiga Y, Fecci E, et al. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*. junio de 2007;135(6):708–17.
44. Scielo. Valenzuela V. A, Cartes V. R, Valenzuela V. A, Cartes V. R. Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar [base de datos en Internet]. Santiago Chile: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*; 2019, [citado 24 de agosto de 2022]. disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262019000100082&lng=es&nrm=iso&tlng=en
45. Scielo. Ávila Alarcón V, Carrasco Alfaro C, Osorio Cerda L, Calzadilla Núñez A, Díaz Narváez VP, Ávila Alarcón V, et al. Estudio trasversal de empatía con el paciente en estudiantes de kinesiología [base de datos en Internet]. La Habana Cuba: *Educación Médica Superior*; 2020, [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412020000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. Álvarez MA, Moreno G, Arias L, Balbontin JP, Estay Sepúlveda JG, Mansilla Sepúlveda J, et al. Caracterización de los trastornos musculoesqueléticos en Centros de Atención Kinesiológicas de la Universidad de Las Américas durante los años 2014 a 2018. 2019, [citado 13 de agosto de 2022]; 17(2):1-6. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv17sup/art01.pdf>

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

X. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por García, María Ángeles de la Universidad del Gran Rosario, en el marco de la realización de la tesina para acceder al título de grado de Licenciatura en Kinesiología y fisioterapia. El objetivo general de este estudio es analizar las relaciones que tienen los pacientes con lesiones traumáticas, los tratamientos kinésicos y la adherencia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por_____.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista.

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

“Factores relacionados con la adherencia terapéutica en los tratamientos kinésicos a través de la experiencia de los pacientes con lesiones traumáticas”

Anexo 2. Modelo de entrevista

Datos del entrevistado:

Género:

Edad:

Ocupación:

Máximo Nivel educativo alcanzado:

Factores relacionados con la lesión

1. ¿Qué lesión o afección lo llevo al kinesiólogo?
2. ¿Influyó la lesión en su estado anímico?
 - a) Si responde que sí: ¿Cómo o en qué se dio cuenta?

Factores relacionados con el propio paciente

3. ¿Influyó el motivo de la lesión en sus actividades diarias?
 - a) Si responde que sí: ¿Cómo o en qué se dio cuenta?
 - b) Si responde que no: ¿Por qué?
4. ¿Cómo le resultaba trasladarte hasta el lugar?

Factores relacionados la atención kinésica

5. ¿Cómo fue la experiencia de ir al kinesiólogo? ¿Por qué?
6. ¿Qué le pareció el trato con el kinesiólogo? ¿Por qué?
7. ¿Le explicaron el tratamiento que le iban a realizar?
 - a) Si responde que sí: ¿Le pareció que fue clara la explicación? ¿Por qué?

Factores relacionados con el tratamiento

8. ¿Le parece que pudo intervenir en el diseño del tratamiento?
9. ¿Pudo completar todas las sesiones indicadas? ¿Por qué?
10. ¿Lo atendían sólo o había más pacientes simultáneamente?
11. ¿Tuvo la recuperación o resultado que esperaba?
12. ¿Qué considera cómo más importante para haber completado o abandonado el tratamiento?: La lesión que tuvo, su predisposición o voluntad de ir, la relación con el kinesiólogo o el tipo de tratamiento. ¿Por qué eligió esa opción?