

U.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

***“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
KINÉSICO DE PACIENTES CON
LESIONES DEL APARATO LOCOMOTOR”***

Autor:

Salinas Tomás Agustín

Directora:

Lic. Magagna Silvina

Año 2023 - Río Negro



Nota de aceptación de la directora del Trabajo Final de Carrera

Por la presente nota se constata que el Trabajo Final de Carrera “Adherencia al tratamiento kinésico de pacientes con lesiones del aparato locomotor” presentado por el estudiante Tomás Agustín Salinas, ha sido evaluado y aprobado, estando en condiciones de poder presentarse para su posterior defensa ante un jurado.



Lic. Silvina Magagna
Directora del TFC

Agradecimientos

Primeramente, agradecer a Dios por acompañarme cada día.

Agradecer a mi mamá Carina por embellecer el mundo para mi llegada, por guiarme en este camino con amor, por ser un refugio en los momentos difíciles, por creer en mí antes que nadie y por enseñarme que yo puedo.

A mi hermano Marcos, que estuvo firme en todo momento, que llegó con un helado en las noches difíciles y que me alegró las mañanas con un mate y su música. Gracias hermano por acompañarme y cuidarme desde siempre.

A mi papá Gustavo, por confiar en mí y brindarme todo lo que necesité para poder perseguir mis sueños, por enseñarme con el ejemplo y allanarme el camino.

A mi abuela Estela, a mi abuelo Tomás, a mi abuela Felisa y a mi tía Yuli por mostrarme las cosas importantes de la vida, por esperarme con un abrazo, por su amor incondicional y por guardarme en sus oraciones.

A cada uno de mis tíos, a mis amigos de Trelew, a los amigos que conocí a lo largo de la carrera.

A mis amigos y compañeros de universidad, Leandro y Pity, que estuvieron al pie del cañón todos estos años, me brindaron un lugar en su casa, un plato de comida en su mesa, un hombro en quien apoyarme y un oído en los momentos que necesité hablar. Pero hey, las risas no faltaron.

A Fabricio y a los chicos del hospital de Trelew por recibirme siempre de la mejor manera y su disposición a enseñarme.

A mi directora de tesis, Silvina Magagna, por aceptar acompañarme en este paso tan importante para mí, por su compromiso, disposición y buena onda.

A Hugo y Estela, que me acompañaron y me brindaron todo lo que estaba a su alcance cuando llegué a Viedma, me recibieron en su casa con un calor reconfortante en los días que la soledad abrumaba.

Gracias a vos también pocho, por todo lo que hiciste por mí.

Gracias a todas estas personas, nada hubiera sido posible sin ustedes (a mis amigos perros no, solo porque no saben leer).

Por último, quiero agradecer a la UNRN y sus profesores/as que nos permiten formarnos como profesionales.

A la memoria de Hilda Felisa Gallardo

RESUMEN

Introducción: Uno de los desafíos más comunes que enfrentan los profesionales de la salud es la falta de adherencia y el abandono de los tratamientos. Este problema adquiere particular relevancia en el ámbito de la kinesiología, ya que impacta directamente en los resultados de la rehabilitación y genera sobreutilización de recursos por parte del sistema de salud. Aunque la Organización Mundial de la Salud ha identificado factores influyentes en la adherencia terapéutica, existe una carencia de investigaciones que exploren cómo estos factores afectan específicamente el tratamiento kinésico y su relación con el abandono del tratamiento.

Objetivo general: Indagar acerca del nivel de adherencia al tratamiento kinésico en y qué factores están relacionados con su abandono, en pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew “Dr. Adolfo Margara”, Provincia de Chubut.

Metodología: El enfoque de la investigación es de tipo transversal, cuantitativo, de alcance descriptivo. Los datos fueron recolectados mediante una única encuesta de participación voluntaria, auto administrada y distribuida en formato digital. La muestra contó con cuarenta (40) pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew.

Resultados: Se determinó un alto nivel de adherencia al tratamiento kinésico en el hospital Zonal de Trelew; Los factores socioeconómicos fueron la causa principal de falta de adherencia al tratamiento kinésico. La tasa de abandono del tratamiento durante el periodo de investigación fue del 12,5%. Los abandonos de tratamiento demostraron tener una relación con los factores laborales, los de índole parental y por último los demográficos.

Conclusiones: Se considera una alta adherencia al tratamiento. Los factores socioeconómicos destacaron como la principal causa de falta de adherencia y presentaron una fuerte relación con el de abandono del tratamiento kinésico en el hospital Zonal de Trelew.

Palabras claves; Adherencia al tratamiento - adherencia terapéutica - Tratamiento kinésico - lesiones del aparato locomotor.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I - ENFOQUE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO	8
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	10
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
MARCO TEÓRICO	13
Lesión traumática del aparato locomotor:.....	13
Definición de lesión:.....	13
Causas de las lesiones:.....	13
Traumatismo del aparato locomotor:.....	14
Tratamiento Kinésico:.....	17
Perspectivas y conceptualizaciones en la relación paciente-tratamiento.....	18
Adherencia al tratamiento: definiciones y perspectivas en el ámbito de la salud.....	19
Abandono del tratamiento:.....	20
Factores que Influyen en la adherencia al tratamiento según la OMS:.....	20
Medición de la adherencia terapéutica: enfoques y desafíos.....	23
Cuestionario de Morisky- Green “Medication Adherence Questionnaire” (MAQ).....	24
MARCO METODOLÓGICO	27
Tipo y diseño de investigación.....	27
Criterios de inclusión y exclusión.....	27
Materiales y métodos.....	28
Limitaciones del estudio.....	31
CAPÍTULO II - Objetivo específico I	32
CAPÍTULO III - Objetivo específico II	49
CAPÍTULO IV - Objetivo específico III	53
CAPÍTULO V - Objetivo específico IV	54
CAPÍTULO VI - CONCLUSIÓN y RECOMENDACIÓN	55
Recomendaciones.....	56
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	61
ANEXO 1 - ENCUESTA ÚNICA DE INVESTIGACIÓN.....	61
Sección II: Evaluación del nivel de adherencia al tratamiento.....	63
ANEXO 2 - CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS

Figura N°1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.....	21
Figura N°2. Medication Adherence Questionnaire (MAQ).....	26
Figura N°3. Clasificación del nivel de adherencia.....	27
Gráfico N°1: Pregunta 1.....	34
Gráfico N° 2: Pregunta 2.....	35
Gráfico N° 3: Pregunta 4.....	36
Gráfico N° 4: Pregunta 5.....	36
Gráfico N° 5: Pregunta 5.....	38
Gráfico N° 6: Pregunta 5 “A”.	39
Gráfico N° 7: Pregunta 6.....	40
Gráfico N° 8: Pregunta 7.....	41
Gráfico N° 9: Pregunta 8.....	41
Gráfico N° 10: Pregunta 9.....	43
Gráfico N° 11: Pregunta 10.....	44
Gráfico N° 12: Pregunta 11.....	45
Gráfico N° 13: Pregunta 12.....	46
Gráfico N° 14: Pregunta 13.....	47
Gráfico N° 15: Pregunta 14.....	48
Gráfico N° 16: Pregunta 15.....	49
Gráfico N°17: Pregunta 16.....	51
Gráfico N°18: Pregunta 17.....	52
Gráfico N°19: Pregunta 18.....	52
Gráfico N°20: Tasa de abandono al tratamiento kinésico.....	54
Gráfico N°21: Factores relacionados con el abandono del tratamiento.....	55
Tabla N°1: Respuestas del cuestionario morisky-Green modificado	53

INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia a las prescripciones de tratamiento es un importante problema para los profesionales de la salud (Ferros García et al., 2004). Con el fin de describir este fenómeno Haynes (1979) propuso el término "cumplimiento", refiriéndose al grado en que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor. Sin embargo, esta definición implica una actitud pasiva por parte del paciente en su tratamiento, sin haber existido una negociación previa, y refleja más un enfoque paternalista del sistema de atención sanitaria. Por esta razón, en la actualidad se prefiere utilizar el término "adherencia terapéutica", que ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (2004) como "el grado en que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario". Aunque tanto el concepto de "cumplimiento" como el de "adherencia terapéutica" sobrevaloran el control del profesional sanitario en el tratamiento, este último implica la participación activa del paciente y la toma compartida de decisiones con el profesional sanitario.

El éxito en el tratamiento depende en gran medida de la adherencia del paciente al tratamiento, sin embargo la falta de adherencia al mismo constituye un fenómeno de carácter mundial que se observa en una amplia gama de patologías, tanto de naturaleza aguda como crónica, sin hacer distinciones por edad, afectando a poblaciones pediátricas y geriátricas por igual. Este fenómeno tiene como consecuencia un estancamiento en los procesos de rehabilitación, prolongando su duración y, en ocasiones, generando una recuperación ineficiente con la presencia de secuelas (Tapias Urrego, 2013). La capacidad de los pacientes para seguir de manera óptima con los planes de tratamiento a menudo se ve obstaculizada por diversas barreras que suelen estar asociadas a diferentes aspectos del problema. Estas barreras incluyen factores sociales y económicos, el equipo o sistema de atención médica, las características específicas de la enfermedad, los tratamientos prescritos y los factores relacionados con el paciente. Con el fin de mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es necesario abordar los problemas relacionados con cada uno de estos factores (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Tanto la falta de adherencia como el abandono de los tratamientos, sin importar su ámbito, es una problemática común en diferentes áreas de la medicina y

la salud, y la disciplina de la kinesiología no es una excepción. Investigaciones previas han evidenciado altas tasas de abandono en el proceso de recuperación de diversas lesiones (Sarlott, 2015). Es importante destacar que aproximadamente la mitad de los pacientes que abandonan su tratamiento no experimentan mejoras y probablemente regresarán a las consultas médicas, generando una sobrecarga en el sistema y dificultando el trabajo de los profesionales en condiciones óptimas (García et al., 2004).

Por todos estos motivos, resulta evidente la necesidad de abordar la falta de adherencia terapéutica con el fin de mejorar los resultados clínicos y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud. En este sentido, el kinesiólogo, como profesional de la salud con un estrecho vínculo con el paciente, desempeña un papel fundamental al evaluar el nivel de adherencia de las personas al tratamiento y al implementar intervenciones destinadas a mantener o mejorar dicha adherencia.

La evaluación de la adherencia terapéutica se puede realizar utilizando diferentes métodos, aunque ninguno de ellos es considerado como el enfoque óptimo. En la práctica clínica diaria, resulta sumamente útil recopilar información proporcionada por el paciente o su cuidador, ya sea a través de la realización de entrevistas clínicas o mediante la utilización de cuestionarios. Estas herramientas permiten obtener datos relevantes y valorar el grado de adherencia al tratamiento de manera efectiva. (García et al., 2004).

Por lo tanto, la presente investigación se enfocará en indagar acerca del nivel de adherencia al tratamiento kinésico en lesiones del aparato locomotor y qué factores están relacionados con su abandono, en pacientes ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew.

CAPÍTULO I

ENFOQUE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se enfoca en la medición del nivel de adherencia y los factores relacionados con el abandono del tratamiento kinésico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos. Estos trastornos son una causa importante de discapacidad, afectando a aproximadamente 1710 millones de personas según investigaciones recientes (Cieza et al., 2020; Organización Mundial de la Salud, 2021). Además, generan costos significativos y son una de las principales razones del ausentismo laboral (Luttmann et al., 2004).

La relevancia de este estudio radica en que los trastornos musculoesqueléticos son una causa destacada de la necesidad de servicios de rehabilitación, tanto en niños como en adultos, constituyendo una gran proporción de las demandas de rehabilitación a nivel global (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La kinesiología es un área de la salud que busca mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido una lesión o enfermedad que afecta su capacidad física y funcional (Cárdenas et al., 2014). Sin embargo, en esta área existe el fenómeno de abandono del tratamiento, prolongando el mismo y llegando a generar en ocasionando una recuperación ineficiente (Salort, 2015).

Por otro lado, la falta de adherencia terapéutica se ha convertido en un desafío global que obstaculiza la mejora de los resultados clínicos y la sostenibilidad del sistema de salud (Valverde-Merino, 2018). La adherencia a los protocolos de rehabilitación es considerada clave para el éxito de la misma y requiere la participación activa del paciente en diferentes modalidades terapéuticas (Brewer et al., 2003). Para maximizar esta participación, es esencial tener en cuenta las características sociales y necesidades individuales de cada paciente (Jolly et al., 2007). Comprender las barreras que enfrentan los pacientes en diferentes niveles es fundamental para desarrollar estrategias más efectivas que fomenten su participación activa en el programa de rehabilitación (Duxbury, 2008). La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública con diversas consecuencias negativas, como tratamientos innecesarios, pruebas adicionales y un aumento en las consultas médicas. Además, afecta la calidad de la atención, la relación fisioterapeuta-paciente y el uso racional de los recursos y

servicios de salud. Es crucial abordar esta problemática para mejorar los resultados clínicos y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario (Libertad, 2016; Valverde-Merino, 2018).

La medición precisa del nivel de adherencia y la comprensión de los factores que influyen en el abandono del tratamiento son elementos clave en la toma de decisiones en los servicios de salud. Estos factores incluyen aspectos sociales, culturales, económicos, políticos y del sistema de salud, que pueden impactar en la adherencia terapéutica (Quiroz-Mora et al., 2021; Guzmán et al., 2010; Brewer et al., 2003). Por lo tanto, es esencial realizar un análisis exhaustivo de estos factores y su influencia en la adherencia al tratamiento kinésico.

La información obtenida a través de esta medición y comprensión será de gran valor al momento de diseñar estrategias más efectivas y personalizadas que promuevan la participación activa de los pacientes en el programa de rehabilitación. Además, facilitará la toma de decisiones informadas en la planificación y gestión de los servicios de salud, con el propósito de mejorar los resultados clínicos y asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario en el ámbito de la rehabilitación.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Indagar acerca del nivel de adherencia al tratamiento kinésico y qué factores están relacionados con su abandono, en pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew “Dr. Adolfo Margara”, Provincia de Chubut, durante un periodo de cuatro meses del año 2023.

Objetivos específicos

- Identificar y clasificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico de pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor, según la clasificación determinada por la OMS.
- Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico en pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor, ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew.
- Determinar la tasa de abandono del tratamiento kinésico en pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor, ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew.
- Analizar la relación entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico y el abandono del mismo.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Uno de los mayores problemas que afectan a las intervenciones en salud es la falta de adherencia al tratamiento; de acuerdo a la revisión bibliográfica¹, Ferros Garcia et al. (2004) en la revisión del tema "*Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia*", se identificaron diez variables que influyen en esta adherencia. Estas variables incluyen el estado motivacional del paciente, los aspectos desagradables de la consulta, la comprensión de las instrucciones, la relación entre el paciente y el profesional, las consecuencias de seguir las instrucciones, la compatibilidad con las actividades diarias del paciente, la complejidad de las acciones prescritas, la historia personal de seguir instrucciones, el tipo de consecuencias de las actividades prescritas y la aceptación del dolor y el sufrimiento. Además, se analizaron intervenciones dirigidas a incrementar la adherencia a las prescripciones de fisioterapia. Estos estudios demostraron que considerar estas variables en la intervención terapéutica fue más efectivo que los procedimientos tradicionales.

Por otro lado, Tapias Urrego (2013) realizó una revisión de antecedentes sobre la adherencia al tratamiento fisioterapéutico, destacando diversos factores que influyen en este proceso. El estudio analizó la implicación activa y voluntaria del paciente durante su rehabilitación, identificando dimensiones relacionadas con el paciente, la condición de la enfermedad, el sistema de salud, el tratamiento y aspectos socioeconómicos. Se evidenció que la falta de adherencia tiene repercusiones en el ámbito personal, familiar, médico, social y económico. A pesar de las dificultades para fundamentar científicamente este fenómeno, se destacó la importancia de mejorar la comunicación entre el fisioterapeuta y el paciente, así como el diseño de estrategias que involucren activamente al paciente en su proceso de rehabilitación.

En el contexto nacional, la exploración de investigaciones relacionadas con la adherencia al tratamiento kinésico descubrió un estudio significativo en esta área. El estudio de Sarlot (2015) "*la adherencia al tratamiento kinésico en una entidad de salud pública*" tiene como objetivo principal determinar el nivel de adherencia a l tratamiento kinésico y analizar los factores que influyen en dicha adherencia en pacientes con lesiones traumáticas en un hospital público de Mar del Plata. Se

empleó un diseño metodológico no experimental, de tipo transversal y descriptivo. Los resultados obtenidos indicaron que el nivel de adherencia al tratamiento kinésico alcanzó el 75.8%. Se identificó que los factores socioeconómicos y demográficos constituyeron las principales causas de la falta de adherencia, seguidos por aquellos relacionados con el sistema de salud y el equipo profesional. Además, se observó que el abandono del tratamiento era más frecuente durante las primeras sesiones, y que el sistema de asignación de turnos también ejercía influencia en dicho abandono.

¹ Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos, incluyendo Google Académico, SciELO, PubMed y Elsevier. Se utilizaron palabras clave tanto en español como en inglés, como "*Adherencia*", "*tratamiento kinésico*", "*abandono*", "*lesión traumática*", entre otras. Estas palabras clave se fueron agregando de manera secuencial para refinar los resultados y obtener información relevante. Se excluyeron aquellos artículos que no estaban disponibles de forma gratuita, y finalmente se seleccionaron 3 artículos que cumplían con los criterios de búsqueda.

MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo de esta investigación es fundamental describir determinados conceptos, con el fin de proporcionar al lector una mejor comprensión de la investigación se explicarán los términos utilizados en su desarrollo. Entre ellos se encuentran: Lesión traumática del aparato locomotor, Tratamiento kinésico, adherencia al tratamiento y abandono del tratamiento.

Lesión traumática del aparato locomotor:

El aparato locomotor humano, compuesto por el sistema osteoarticular (huesos, articulaciones y ligamentos) y el sistema muscular (músculos y tendones), desempeña un papel fundamental en la movilidad y funcionalidad del cuerpo humano (Garrote y Bonet, 2003). Sin embargo, este sistema está expuesto a diferentes agentes físicos y mecánicos que pueden causar lesiones traumáticas (Sarlot, 2015).

Definición de lesión:

La Real Academia Nacional de Medicina de España (2012) define la lesión como “una alteración morfoestructural causada por agentes patógenos, sean físicos, químicos o biológicos, que afectan diversos niveles de organización del organismo”. Si bien la bibliografía ha demostrado diversos conceptos, para esta investigación se define una lesión como el daño físico que se produce cuando el cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológica, o cuando se ve privado de uno o más elementos vitales, como el oxígeno (Peden et al., 2012).

Causas de las lesiones:

Las lesiones de las células y matriz extracelular son responsables de las lesiones de tejidos y órganos, determinando los patrones morfológicos y clínicos de las enfermedades (Naranjo et al., 2009). Kumar, Abbas y Aster (2021) clasificaron los estímulos dañinos que producen lesiones en los siguientes grandes grupos:

- *Privación de oxígeno: La hipoxia, caracterizada por la deficiencia de*

oxígeno, es una causa importante y frecuente de lesión y muerte celular. La hipoxia puede deberse a factores como el flujo sanguíneo reducido, insuficiencia respiratoria o menor capacidad de transporte de oxígeno en la sangre.

- *Agentes físicos: Los traumatismos mecánicos, temperaturas extremas, cambios bruscos de presión atmosférica, radiación y shock eléctrico son ejemplos de agentes físicos que pueden causar lesiones celulares.*
- *Sustancias químicas, fármacos y drogas: Diversas sustancias químicas pueden provocar lesiones celulares directamente o alterar el equilibrio hidroelectrolítico en las células. Además, existen venenos y tóxicos industriales, drogas recreativas y fármacos que pueden tener efectos secundarios tóxicos.*
- *Agentes infecciosos: Virus, bacterias, hongos y parásitos pueden causar daño celular de diversas formas.*
- *Reacciones inmunitarias: Si bien el sistema inmunitario juega un papel esencial en la defensa frente a patógenos infecciosos, las reacciones inmunitarias también pueden causar lesiones celulares, especialmente en enfermedades autoinmunitarias.*
- *Anomalías genéticas: Los defectos genéticos pueden resultar en una función deficiente de las proteínas, como defectos enzimáticos o acumulación de ADN dañado o proteínas mal plegadas. Estas anomalías pueden desencadenar la muerte celular cuando superan la capacidad de reparación.*
- *Desequilibrios nutricionales: Los desequilibrios en la ingesta de nutrientes pueden causar lesiones celulares significativas. Por ejemplo, las dietas ricas en ciertos lípidos pueden predisponer a la aterosclerosis, un factor de riesgo importante para enfermedades cardiovasculares.*

Traumatismo del aparato locomotor:

Dentro de las diferentes causas de lesiones se profundizará en un tipo particular, la lesión traumática del aparato locomotor. El ser humano, en su interacción con el entorno, se enfrenta a diversos agentes físicos, como calor, frío, electricidad, radiación y fuerzas mecánicas, que al aplicarse sobre el organismo

pueden producir diferentes tipos de lesiones. La magnitud de la lesión está directamente relacionada con la energía aplicada, donde mayores niveles de energía resultan en lesiones más graves (Sarlot, 2015). Además, el traumatismo acumulado, debido a esfuerzos repetidos en una parte específica del sistema musculoesquelético, puede desarrollar gradualmente lesiones físicas en el mismo. Este tipo de lesiones también puede ocurrir como resultado de un esfuerzo puntual que excede la resistencia fisiológica de los tejidos que componen el aparato locomotor (Norma técnica de Identificación y evaluación de factores de riesgo asociados a trastornos musculoesqueléticos relacionados al Trabajo, 2012).

Los trastornos del aparato locomotor abarcan una amplia gama de lesiones que afectan los tejidos tendinoso, cartilaginoso, óseo y muscular, los cuales forman estructuras más complejas como músculos, huesos y articulaciones (Alaníz et al., 2020; Sarlot, 2015). Estas lesiones pueden variar desde trastornos agudos y de corta duración, como fracturas, esguinces y distensiones, hasta enfermedades crónicas que generan limitaciones en las capacidades funcionales e incapacidades permanentes (OMS, 2021). Es importante destacar que la incidencia de estos trastornos es especialmente alta en actividades que implican cargas físicas intensas y posturas prolongadas y poco ergonómicas (Alaníz et al., 2020; Sarlot, 2015). A continuación, se presentará una descripción de las distintas estructuras que conforman el aparato locomotor y las lesiones traumáticas más frecuentes y ampliamente estudiadas en la literatura científica.

Lesión traumática ósea:

El tejido óseo es uno de los sistemas principales del organismo, compuesto por una matriz mineralizada y una fracción celular altamente activa. Sus funciones incluyen servir de soporte y protección a los tejidos blandos, anclar los músculos y permitir el movimiento, así como almacenar iones como el calcio y interactuar con las células precursoras de la hematopoyesis en la médula ósea (Lafita, 2003).

Las lesiones traumáticas que afectan el tejido óseo son conocidas como fracturas. Estas lesiones se caracterizan por la interrupción de la continuidad del hueso. Los síntomas más comunes asociados a estas lesiones incluyen dolor intenso (especialmente al intentar mover la extremidad afectada), deformidad, inflamación, hematoma y limitación funcional marcada. Las fracturas se clasifican

según la dirección de la línea de fractura (transversal, oblicua, espiroidea), la relación entre los fragmentos (desplazada, no desplazada) y la presencia o ausencia de lesiones en los tejidos blandos circundantes (cerrada, abierta) (Garrote y Bonet, 2003; Hoppenfeld et al., 2001).

Lesión traumática cartilaginosa:

El cartílago articular es un tejido elástico que se encuentra en las articulaciones diartrodiales. Su función principal es reducir la fricción, distribuir las cargas y proporcionar una superficie articular lubricada que permite el deslizamiento y la rotación suave de los huesos sin desgaste. Las lesiones traumáticas del cartílago articular pueden ocurrir debido a impactos repentinos, fuerzas excesivas o traumas directos en una articulación. Estas lesiones varían en su magnitud y pueden ir desde daños localizados hasta afectar una porción considerable del cartílago. Los síntomas típicos de una lesión traumática del cartílago articular incluyen dolor, inflamación, rigidez, limitación del movimiento, sensación de bloqueo y crepitación. La capacidad de regeneración del cartílago es limitada, lo que puede llevar a cambios degenerativos a largo plazo (Rodríguez-Camacho y Correa-Mesa, 2018).

Lesión traumática muscular:

Los músculos esqueléticos representan una parte importante de la masa corporal y están unidos a los huesos mediante tendones, lo que les permite transmitir la fuerza muscular al esqueleto. Estas contracciones musculares proporcionan estabilidad y potencia para los movimientos del cuerpo (Brooks, 2003). La lesión traumática muscular ocurre como resultado de una contusión con un objeto y se clasifica según su severidad en 3 grados. En el Grado 1, la lesión afecta menos del 5% del espesor total del músculo y puede resultar difícil distinguirla de un calambre muscular. Esta lesión se conoce como "desgarro fibrilar" debido a que involucra solo a un pequeño grupo de fibras musculares. En cuanto a las lesiones de Grado 2, se compromete más del 5% del espesor total del músculo y puede provocar equimosis, estas lesiones se denominan "roturas parciales". Por último, en las lesiones de Grado 3 se produce un desgarro completo que afecta todo el vientre

muscular con separación de los extremos (Fernández Torres, 2015).

Lesión traumática de tendones:

Los tendones son estructuras fibrosas que conectan los músculos a los huesos. Su función principal es transmitir la fuerza generada por los músculos al esqueleto. Las lesiones de tendones pueden ocurrir debido a traumatismos directos o indirectos. Las lesiones directas se producen cuando una fuerza externa daña directamente el tendón, resultando en roturas, laceraciones o contusiones. Por otro lado, las lesiones indirectas son causadas por microtraumas repetitivos que conllevan a la lesión a lo largo del tiempo. Además, existen las tendinopatías, que incluyen lesiones por sobrecarga del tendón y sus estructuras circundantes, como el paratendón y la entesis. Estas lesiones pueden manifestarse con dolor, inflamación y alteración funcional. (Katz et al., 2010; Guillén, 2010)

Lesión traumática de ligamentos:

Los ligamentos son estructuras esenciales para la estabilidad articular, controlando el rango de movimiento y proporcionando propiocepción. Están formados por haces de colágeno paralelos con fibras elásticas dispersas. Las lesiones de ligamentos son el resultado de un cambio drástico en la estructura y fisiología (Picó y Sáenz, s.f.). Estas se clasifican en tres grados según la severidad de la lesión. El grado 1 corresponde a una elongación del ligamento con microrupturas, el grado 2 implica una ruptura parcial y el grado 3 involucra una ruptura completa del ligamento. Los síntomas pueden incluir dolor, edema y alteración funcional (Zaragoza-Velasco y Fernández-Tapia, 2013).

Tratamiento Kinésico:

En este contexto, los tratamientos de rehabilitación y readaptación kinésica se han convertido en opciones terapéuticas de primera elección para abordar estas patologías, ya que han demostrado ser beneficiosos y efectivos (Daste et al., 2023; Contreras et al., 2018). En Argentina, la Ley 24.317 describe la regulación del ejercicio profesional de la kinesiología y fisioterapia, definiendo las incumbencias como la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, esta legislación también abarca la inclusión de los profesionales en el

sistema de salud tanto público como privado en los cuales tienen como objetivo principal promover, preservar y recuperar al máximo las habilidades funcionales a lo largo de toda la vida de aquellos individuos que presentan afecciones somáticas, psicosomáticas y orgánicas. Su propósito es lograr un estado de salud óptimo y una calidad de vida satisfactoria como parte integral del proceso de rehabilitación (Tapias Urrego, 2013). Sin embargo, es importante tener en cuenta que el abandono del tratamiento, en cualquier tipo de terapia, es un fenómeno común en todas las áreas de la medicina y la salud, y la kinesiología no es una excepción (Salort, 2015). La falta de adherencia terapéutica conlleva diversas consecuencias, como la disminución de la efectividad de los tratamientos y el aumento de los costos sanitarios, lo que afecta la eficiencia de los sistemas de salud (Valverde-Merino, 2018).

Perspectivas y conceptualizaciones en la relación paciente-tratamiento

La literatura científica ha empleado diversos términos para describir la conducta de los pacientes al seguir las indicaciones médicas. Los términos más utilizados han sido "cumplimiento del tratamiento" y "adherencia al tratamiento" o "adherencia terapéutica". Sin embargo, también se han propuesto otros términos como adhesión, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, concordancia y conformidad (Libertad et al., 2014). Esta variedad de términos ha generado confusión e incomprensión, incluso entre los profesionales de la salud. No es infrecuente encontrar dudas o desconocimiento al escuchar el término "adherencia terapéutica", lo que plantea interrogantes sobre las acciones que se están llevando a cabo para lograr un adecuado cumplimiento de las prescripciones en los pacientes (Libertad, 2004).

En la práctica médica, el término cumplimiento suele limitarse casi exclusivamente al uso de medicamentos por parte del paciente de una forma específica. No obstante, debe considerarse como un concepto más amplio. Este término ha sido cuestionado y se ha señalado su alcance limitado en relación con la complejidad del fenómeno que pretende abarcar. Se sugiere que se utiliza para referirse a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, lo que implica un rol pasivo y sumiso del paciente, asumiendo que es incapaz de tomar decisiones propias al seguir fielmente las

recomendaciones (Ferrer Pérez, 1995).

Karoly (1993) considera que esta definición técnica presenta deficiencias importantes: a) tiende a ser unidimensional, categorizando a las personas como cumplidoras o no cumplidoras a pesar de las múltiples posibilidades que existen en relación con el cumplimiento; b) se centra en el profesional de la salud y en un modelo autoritario de salud, buscando estabilidad en la conducta de cumplimiento; c) es reduccionista, ya que solo considera el aspecto relacional y no tiene en cuenta aspectos subjetivos como las motivaciones del paciente.

Los autores interesados en este tema adoptan diferentes términos. Algunos prefieren hablar de "cooperación" para enfatizar la naturaleza bilateral de las interacciones entre el profesional de la salud y el paciente (Friedman y DiMatteo, 1989). Otros se inclinan por el término cumplimiento (Rodríguez Marín, 1995), mientras que algunos consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia terapéutica, y emplean indistintamente los conceptos de "cumplimiento" o "adherencia terapéutica" en sus estudios (Libertad, 2004).

Con el objetivo de superar estas limitaciones, se introdujo en la literatura científica el término "adherencia terapéutica" como una alternativa que permite expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente, en la que ambos son significativos (Libertad et al., 2014).

Adherencia al tratamiento: definiciones y perspectivas en el ámbito de la salud

La adherencia se entiende como la participación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento que ha sido acordado de manera conjunta, con el propósito de alcanzar un resultado terapéutico deseado (DiMatteo y DiNicola 1982). Esta definición sugiere que el paciente se compromete con un plan que ha aceptado y en cuya formulación ha tenido la oportunidad de participar, o al menos, ha reconocido la relevancia de llevar a cabo acciones específicas que forman parte del programa a implementar (Libertad, 2004).

Para que se dé la adherencia es fundamental que se cumplan dos condiciones. La primera es que debe haber un acuerdo entre el paciente y su médico respecto al tratamiento. Este acuerdo se basa en una colaboración mutua para desarrollar una estrategia de comportamiento que asegure el cumplimiento del tratamiento. La segunda condición es que las acciones para cumplir con el tratamiento deben ser voluntarias, lo que significa que el paciente se involucra de

manera activa en la ejecución de las acciones y realiza los esfuerzos necesarios para asegurar el cumplimiento de las prescripciones (Martín Alfonso, 2004).

La adherencia a un tratamiento, según Epstein y Cluss (1982), se define como “la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido”. De manera similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) define la adherencia al tratamiento como “el grado en que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.

En el caso de la rehabilitación se requiere la participación activa del paciente en diferentes modalidades terapéuticas, tanto en el centro de salud como en el hogar. Por lo tanto la adherencia a los protocolos de rehabilitación implica seguir una serie de conductas, como hacer ejercicios físicos, asistir a las citas, evitar comportamientos de riesgo y la adopción de conductas saludables en el estilo de vida del paciente indicadas por el personal sanitario, lo cual no siempre se realiza correctamente (Guzmán et al., 2010; Ortego et al., 2010; Zaldívar, 2003).

Abandono del tratamiento:

En el marco de la presente investigación, se adoptará la definición propuesta por Sarlot (2015) para el término "abandono del tratamiento". Según este autor, el abandono del tratamiento se refiere al acto de dejar de lado o descuidar un tratamiento médico prescrito. En el área de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew, se considera como abandono del tratamiento cuando un paciente no asiste a tres sesiones consecutivas sin proporcionar aviso previo al servicio de kinesiología. Con el fin de mantener la coherencia y uniformidad en el estudio, se utilizarán estos conceptos para identificar los casos de abandono del tratamiento kinésico en el presente trabajo de investigación.

Factores que Influyen en la adherencia al tratamiento según la OMS:

La adherencia al tratamiento se ve afectada por diversos factores que han sido clasificados por la Organización Mundial de la Salud (2004) en cinco dimensiones:

Figura N°1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.



Fuente: Tapias Urrego, L. M. (2013).

- Factores Socioeconómicos: Primordialmente, los factores socioeconómicos desempeñan un papel esencial, particularmente en naciones en desarrollo. Las restricciones económicas pueden obligar a los pacientes a priorizar otras necesidades fundamentales, obstaculizando así el acceso y la continuidad del tratamiento. Adicionalmente el desempleo y la ausencia de redes de apoyo social efectivas se correlacionan con una menor adherencia. Las condiciones de vida inestables, la lejanía al centro de tratamiento y los elevados costos de transporte también constituyen barreras significativas. Un estudio reveló que la distancia entre la residencia del paciente y los servicios de salud es un factor de riesgo para el abandono del tratamiento. Se destaca que aquellos que residen en áreas rurales y suburbanas tienen el doble de probabilidades de abandonar el tratamiento en comparación con aquellos que habitan en áreas urbanas (Sumartojo, 1993). Además, se ha observado que cuanto mayor es la distancia que separa al paciente del centro de rehabilitación, mayor es la probabilidad de inasistencia y abandono del tratamiento. Esto se relaciona con la disponibilidad de transporte público, los costos asociados y la situación económica del paciente para afrontar dichos gastos (Sarlot, 2015). Por otro lado, en un estudio realizado en Pakistán, se encontró que cuando el paciente es el principal sostén económico del hogar, existe una mayor proporción de abandono en comparación con otra persona

que no cumple con esta función (Cáceres, 2004).

- Factores Relacionados con el Sistema de Salud y la Atención Recibida: Los factores vinculados al sistema de salud y la atención recibida también inciden en la adherencia. La sobrecarga laboral del personal médico, la escasez de recursos, la falta de seguimiento y monitorización periódica del paciente, así como la ausencia de educación adecuada sobre la adherencia, son algunos de los factores que pueden influir en ello. Actitudes negativas por parte del personal médico, servicios inadecuados, comunicación deficiente entre profesionales y pacientes, consultas breves, largos tiempos de espera y supervisión profesional insuficiente también contribuyen a una baja adherencia. Un estudio determinó que la calidad de la comunicación entre el personal de salud y el paciente es un factor determinante en la adherencia (Bartlett et., 1984). Asimismo, se ha observado la falta de información suficiente acerca del tratamiento y/o la patología puede impactar negativamente en la adherencia (Kardas et al., 2013).
- Factores Relacionados con la Condición de la Enfermedad: Los factores asociados con la condición de la enfermedad, como la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad física, psicológica, social y vocacional, la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos, también desempeñan un papel determinante en la adherencia terapéutica. Según Homedes y Ugalde (1994), cuando la enfermedad comienza a ser tratada y la remisión de los síntomas se hace evidente, el paciente puede experimentar una sensación de bienestar y considerar que ya no es importante continuar con el tratamiento, lo que puede llevar al abandono si no se comprende o se percibe la importancia de terminarlo y las consecuencias de no hacerlo. En relación con los factores asociados con la condición de la enfermedad, un estudio realizado con deportistas concluyó que las personas que se lesionaban por primera vez eran menos propensos a cumplir con el tratamiento de rehabilitación comparados con aquellos habían reportado 3 o más lesiones (Milne et al., 2013).

- **Factores Relacionados con el Tratamiento:** Los factores asociados con el tratamiento, como la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos en tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el plan de tratamiento, las expectativas de efectos beneficiosos y los efectos secundarios, así como la disponibilidad de apoyo médico para abordarlos, pueden dificultar la adherencia. En el estudio realizado por García et al. (2004), se aborda el tema de la prescripción de instrucciones médicas por parte de los profesionales de la salud. Los hallazgos señalan que con frecuencia los profesionales emplean un lenguaje altamente técnico que resulta incomprensible para los pacientes. Además, estas instrucciones suelen ser poco claras y se transmiten de forma rápida, dado que el tiempo de consulta con los pacientes es limitado.
- **Factores Relacionados con el Paciente:** Los factores relacionados con el paciente incluyen aspectos como la edad, el género, las expectativas, la motivación, la confianza, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, ideas equivocadas, actitudes negativas hacia el tratamiento, falta de apoyo familiar, problemas emocionales o de personalidad, olvido, bajo nivel de actividad física, dificultades para comprender las explicaciones brindadas por el profesional de la salud, y falta de percepción de la necesidad y/o efectividad del tratamiento. Estos aspectos pueden influir significativamente en la capacidad del paciente para adherirse al tratamiento prescrito. Se ha mostrado que si el paciente experimenta síntomas perturbadores y encuentra alivio inmediato al seguir las pautas de tratamiento, esto puede funcionar como un reforzador y aumentar la probabilidad de una buena adherencia (Sarlot, 2015).

Medición de la adherencia terapéutica: enfoques y desafíos

La medición precisa de la adherencia terapéutica es un aspecto crucial para evaluar los cambios en las conductas y recomendaciones del tratamiento, así como para promover la participación activa de los pacientes en su proceso de rehabilitación y recuperación (Organización Mundial de la Salud, 2004; Timmreck y Randolph, 1993). Sin embargo, no existe un enfoque definitivo para medir esta adherencia. Se han empleado diversas estrategias, entre ellas la calificación

subjetiva realizada por profesionales de la salud y los propios pacientes (Di Mateo, 1982; Norel, 1981). No obstante, se ha observado que los prestadores de atención tienden a sobreestimar la adherencia de los pacientes, mientras que los informes subjetivos de estos últimos pueden presentar dificultades (Norel, 1981; Spector, et al., 1986). Algunos pacientes reconocen de manera precisa su falta de cumplimiento con las recomendaciones terapéuticas, mientras que otros niegan dicha falta y pueden proporcionar información inexacta (Spector, et al., 1986). En términos de medición subjetiva de la adherencia terapéutica, se han utilizado cuestionarios estandarizados administrados por los propios pacientes (Morisky, et al., 1986). Sin embargo, las características generales de los pacientes y los rasgos de personalidad no resultan ser buenos predictores del comportamiento de adherencia (Guo, He y Jiang, 2001). Por otro lado, los cuestionarios que evalúan comportamientos específicos relacionados con las recomendaciones médicas pueden ofrecer una mejor predicción (Sumartojo, 1993). Por ejemplo, en el contexto del tratamiento de la obesidad, los cuestionarios que indagan sobre la frecuencia de consumo de alimentos han demostrado mejorar la capacidad predictiva del comportamiento de adherencia terapéutica (Freudenheim, 1993).

Dentro de las estrategias de evaluación subjetiva, destaca el cuestionario de Morisky-Green, uno de los métodos más ampliamente empleados para determinar si un paciente cumple con su tratamiento prescrito. A pesar de su simplicidad, resulta suficiente y aplicable para todos los pacientes (Llanos-Tejada y Ponce-Chang, 2019). El cuestionario de Morisky-Green para medir la adherencia fue adaptado y validado por primera vez por Morisky en 2008 en pacientes con hipertensión arterial, y desde entonces ha sido aplicado y validado en diversas ocasiones: en 2012 en Francia con pacientes hipertensos (Korb-Savoldelli et al., 2012), en 2013 en China con pacientes con Diabetes mellitus, en 2014 en Brasil con pacientes hipertensos, y se ha validado también una versión en chino para pacientes con epilepsia (Yang et al., 2014). En 2016, en Bogotá, Colombia, se tradujo al español y se adaptó y validó la escala de adherencia al tratamiento de Morisky para pacientes con enfermedad renal crónica (Chaves et al., 2016). En 2017, el cuestionario de Morisky-Green se aplicó para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis (Gallego et al., 2017). Estos estudios evidencian las propiedades adecuadas de esta herramienta para evaluar la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diversas patologías (Chaves et al.,

2016).

Cuestionario de Morisky- Green “Medication Adherence Questionnaire” (MAQ)

El cuestionario de Morisky-Green representa una herramienta ampliamente empleada para evaluar la adherencia de los pacientes sometidos a tratamientos farmacológicos y modificaciones del estilo de vida. Fue desarrollado por el investigador Donald E. Morisky y se compone de cuatro preguntas sencillas con respuestas dicotómicas (sí/no). Estas preguntas reflejan la conducta del paciente en relación con el cumplimiento del tratamiento, evalúan si adopta las actitudes correctas hacia su enfermedad, informan sobre posibles causas de incumplimiento y ayudan a comprender la efectividad terapéutica (Chaves et al., 2016).

No obstante, existe una preocupación acerca de que algunos pacientes tienden a responder positivamente a estas preguntas con el fin de agradar a sus médicos o proveedores de atención médica, lo que podría sesgar los resultados y no proporcionar una imagen precisa de su verdadera adherencia al tratamiento. Es importante tener en cuenta este factor al interpretar los resultados obtenidos con este cuestionario y considerar otras medidas complementarias para obtener una evaluación más completa y objetiva de la adherencia del paciente. Para abordar este sesgo de respuestas positivas, se propone invertir la redacción de las preguntas. En lugar de preguntar directamente si los pacientes han olvidado tomar su medicación, dejado de tomarla sin indicación médica, cuando se sienten mejor o debido a efectos secundarios, se plantean preguntas que indiquen la posibilidad de haber experimentado estas omisiones de medicamentos. Al invertir la redacción, se espera obtener revelaciones más sinceras y precisas de la falta de adherencia (Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino, 2018).

Figura N°2. Medication Adherence Questionnaire (MAQ).

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

Fuente: Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino. (2018).

El cuestionario consta de cuatro preguntas breves y sencillas que evalúan indirectamente el nivel de adherencia terapéutica. A través de este instrumento, es posible realizar un estudio tanto cualitativo como cuantitativo de la adherencia al tratamiento, clasificando a los pacientes en una escala que refleja una adherencia alta, media o baja (Chaves et al., 2016). Cada respuesta afirmativa "Sí" se considera un indicador de falta de adherencia al tratamiento, mientras que las respuestas negativas "No" sugieren una mayor probabilidad de adherencia. Si un paciente responde positivamente a una o más preguntas, es más probable que no esté siguiendo adecuadamente su tratamiento (Morisky et al., 1986).

Figura N°3. Clasificación del nivel de adherencia.

Patient Answered "Yes" to:	
0 items	(High)
1 item	(Med)
2 items	(Med)
3 items	(Low)
4 items	(Low)

Fuente: Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986).

El test de Morisky original y sus posteriores versiones presentan ventajas respecto a otros cuestionarios ya que tienen un uso muy generalizado tanto en diferentes patologías, poblaciones como países, por lo que son muy utilizados en investigación (Tan et al., 2014)

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de investigación

La presente investigación, presentó un enfoque metodológico cuantitativo, de tipo transversal descriptivo, multidimensional. Las unidades de análisis fueron los diferentes factores que pueden influir en la adherencia o no del paciente y el abandono del tratamiento kinésico.

La muestra utilizada para la investigación se conformó por personas en tratamiento en el Hospital Zonal de Trelew, que completaron de manera voluntaria la encuesta y que concurrieron al servicio de kinesiología por lesiones traumáticas del aparato locomotor.

El diseño de la muestra se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde los individuos fueron seleccionados de manera intencional, considerando factores de facilidad de acceso y disponibilidad. De acuerdo a los criterios establecidos de inclusión y exclusión, la muestra quedó constituida por un total de cuarenta (40) pacientes. La recolección de los datos fue durante los meses correspondientes a junio y julio del año 2023. Del total de pacientes encuestados se realizó un seguimiento y se determinó cuántos finalizaron el tratamiento kinésico y cuantos interrumpieron el proceso. Los participantes voluntarios comenzaron la encuesta después de leer y firmar el consentimiento informado (ver Anexo 2). Expresaron su deseo de participar y confirmaron que habían recibido información detallada sobre su participación en el estudio mediante su firma y aclaración.

Criterios de inclusión y exclusión

En la presente investigación, se han establecido criterios de inclusión para la selección de casos que serán considerados en el estudio. Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Pacientes mayores de 18 años que hayan sufrido lesiones traumáticas del aparato locomotor y que realicen el tratamiento kinésico en el Hospital Zonal de Trelew y que acepten formar parte de la investigación.
- Pacientes que completen la encuesta pertinente.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no asistan a la primera sesión de tratamiento.
- Derivaciones de pacientes a otros servicios dentro del mismo hospital o centros hospitalarios.
- Pacientes con lesiones o patologías neuromusculares y/o circulatorias.
- Pacientes con afecciones crónicas.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con condiciones psiquiátricas que les impidan completar la encuesta pertinente.

Es importante destacar que aquellos casos que no cumplan con alguno de estos criterios de inclusión serán automáticamente excluidos de la investigación. En consecuencia, cualquier encuesta y datos recolectados de estos casos excluidos se considerarán inválidos y no serán tomados en cuenta en el análisis y resultados del estudio.

Materiales y métodos

Para alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación, se implementó una técnica de recolección de datos basada en una encuesta estructurada y autoadministrada. En la sección dos (2) de esta encuesta, se incluyó una adaptación del cuestionario de Morisky-Green *Medication Adherence Questionnaire (MAQ)*, utilizado para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico. La encuesta se creó y administró a través de la plataforma Google Formularios (consultar Anexo I), lo que permitió obtener respuestas predefinidas, facilitando así la cuantificación de los datos mediante el uso de hojas de cálculo y gráficos.

Para distribuir las encuestas, se compartió el enlace en diversas redes sociales (Whatsapp, Telegram, Gmail, etc.) a pacientes incluidos en la muestra. Las preguntas en la encuesta se diseñaron de manera específica, desglosando los conceptos del marco conceptual en variables para recopilar datos que pudieran dar respuesta tanto al objetivo general como a los objetivos específicos del proyecto de investigación.

En los siguientes capítulos de la investigación (Capítulo II, Capítulo III, Capítulo IV y Capítulo V), se llevará a cabo un análisis y descripción detallada de cada uno de los objetivos específicos del trabajo final de carrera.

- **CAPÍTULO II:** Identificar y clasificar los factores que influyen en la adherencia

al tratamiento kinésico de pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor, según la clasificación determinada por la OMS. Las preguntas de la encuesta destinadas a responder este objetivo van desde la número uno (1) hasta la pregunta número quince (15).

- **CAPÍTULO III:** Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico en pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor, ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew.

La sección II de la encuesta cuenta con las preguntas número quince (15), dieciséis (16), diecisiete (17) y dieciocho (18) destinadas a responder a este objetivo.

Se evaluó el nivel de adherencia al tratamiento kinésico mediante una adaptación del cuestionario de Morisky-Green, conocido como "Medication Adherence Questionnaire" (MAQ). Esta modificación constó de cuatro preguntas, cada una con respuestas de elección múltiple preseleccionadas de "Sí" y "No". A continuación, se detalla cómo se puntuó cada pregunta:

15) "¿Has tenido dificultad para interpretar siempre la información y las indicaciones proporcionadas por el kinesiólogo?"

Respuesta "No": 0 puntos

Respuesta "Sí": 1 punto

16) "¿Faltó a alguna de las sesiones programadas desde que comenzó su rehabilitación?"

Respuesta "No": 0 puntos

Respuesta "Sí": 1 punto

17) "¿Le resulta difícil realizar regularmente los ejercicios o indicaciones preventivas para su lesión en casa?"

Respuesta "No": 0 puntos

Respuesta "Sí": 1 punto

18) "¿Sentís que no estás participando de forma activa en tu proceso de rehabilitación?"

Respuesta "No": 0 puntos

Respuesta "Sí": 1 punto

Para obtener la puntuación total, se sumaron los puntos asignados a cada respuesta, lo que resultó en una puntuación entre 0 y 4. Una puntuación de 0 indica una alta adherencia, lo que significa que el paciente sigue adecuadamente su tratamiento. Una puntuación de 1 y 2 indica una adherencia moderada, lo que sugiere que el paciente podría estar teniendo dificultades en la adherencia al tratamiento. Una puntuación de 3 y 4 indica una baja adherencia al tratamiento prescrito.

- **CAPÍTULO IV:** Determinar la tasa de abandono del tratamiento kinésico en pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor, ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew.

En este capítulo para lograr el objetivo específico, se llevó a cabo un seguimiento de pacientes que formaron parte de la muestra y que comenzaron el tratamiento kinésico en el hospital durante el período de estudio. Se registró cuidadosamente la información de cada paciente, incluyendo la fecha de inicio del tratamiento y si este fue completado satisfactoriamente o si se produjo su abandono.

Para obtener los datos necesarios, se utilizó la planilla de asistencia proporcionada por el hospital público, donde se registraban las asistencias a las sesiones de kinesiología (presente o ausente). Una vez concluido el período de estudio, se procedió a analizar la información recopilada con el fin de determinar cuántos pacientes abandonaron el tratamiento kinésico antes de su finalización.

- **CAPÍTULO V:** Analizar la relación entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico y el abandono del mismo.

En este capítulo, se llevó a cabo un análisis exhaustivo para determinar la relación existente entre los factores que influyeron en la adherencia al tratamiento kinésico y el abandono del mismo por parte de las personas en tratamiento. El análisis estadístico realizado permitió establecer una relación entre la presencia de ciertos factores y la decisión por parte del paciente de abandonar el tratamiento.

Limitaciones del estudio

Durante la recolección de datos, surgieron ciertas limitaciones que no habían sido anticipadas en la planificación inicial del proyecto. Estas limitaciones se detallan a continuación:

A pesar de que inicialmente se buscaba mantener el anonimato de los participantes, se decidió registrar sus nombres completos. Esta medida se adoptó con el propósito de viabilizar el seguimiento de sus tratamientos kinésicos desde el inicio hasta su finalización o posible abandono.

Por otro lado, el formato digital de la encuesta buscaba abarcar a toda la población objetivo, en la práctica, su efectividad no fue completamente precisa, dado que la interpretación y participación en los resultados recae exclusivamente en el encuestado. Esto resulta especialmente complejo y poco intuitivo para individuos adultos que no están familiarizados con esta tecnología. En vista de esta situación, se optó por contar con la presencia física del encuestador durante la respuesta de las encuestas, lo que facilitó la aclaración de dudas y contribuyó a una mayor comprensión. Adicionalmente, es importante señalar que hubo un segmento de la población encuestada que no proporcionó respuestas, lo que pudo influir en cierto grado en la integridad de los resultados obtenidos.

Cabe destacar que aún no se ha determinado con precisión cuál herramienta resulta más efectiva para medir la adherencia al tratamiento, ni se ha logrado demostrar la existencia de una herramienta, ya sea individual o combinada, que sea universalmente eficaz en todos los casos, pacientes, enfermedades y entornos clínicos. Otra limitación relevante reside en el hecho de que la muestra no abarcó la totalidad de pacientes ingresados en el servicio de kinesiología, lo que impide calcular con exactitud la tasa real de abandono del tratamiento.

CAPÍTULO II

Identificar y clasificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico de pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor, según la clasificación determinada por la OMS.

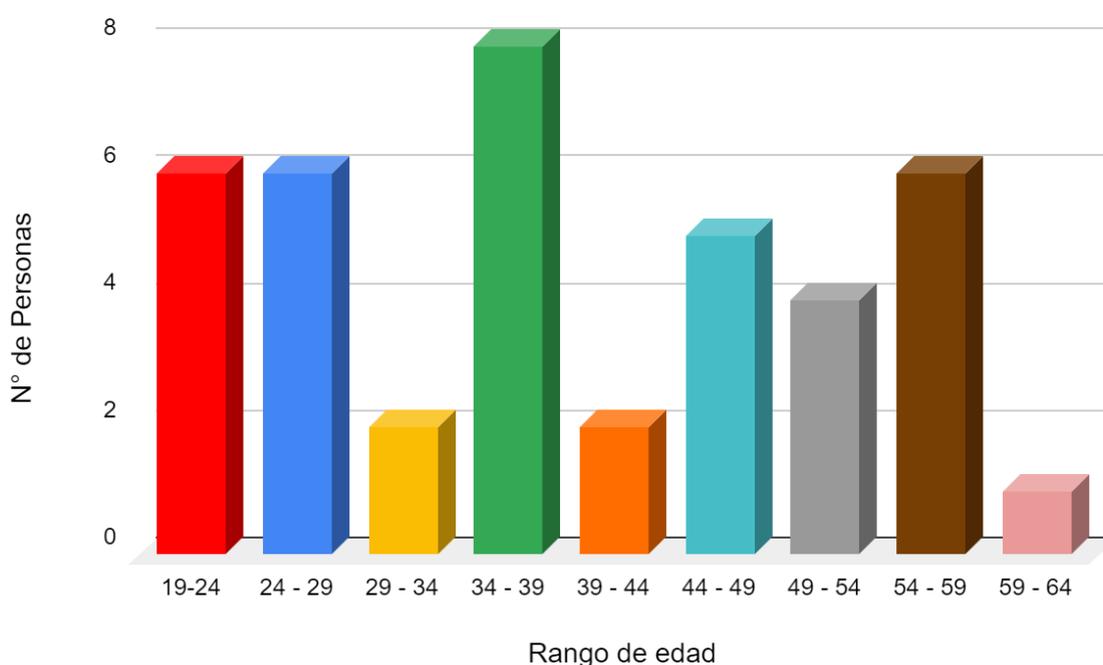
Este capítulo se destinó al análisis de datos de las preguntas realizadas en la encuesta que dieron respuesta al primer objetivo específico. Para ello las preguntas que van desde la número uno hasta la pregunta número quince consulta a las personas en tratamiento del Hospital Zonal de Trelew: “¿Cuál es su edad?”, “¿Tiene hijos a cargo?”, “¿A qué distancia se encuentra aproximadamente del Hospital?”, “¿Ha tenido dificultades para acceder al transporte necesario para asistir a su tratamiento kinésico?”, “¿Trabaja Ud.?”, “En caso de que la respuesta sea sí, ¿Tiene que ausentarse para presentarse a rehabilitación?”, “Demora entre la asignación del turno y la primera sesión de rehabilitación:”, “¿Tuvo oportunidad de elegir el horario para su rehabilitación?”, “¿Siente que su Kinesiólogo/a le brinda suficiente información y explicaciones sobre su tratamiento y progreso?”, “¿Cómo calificaría la calidad de la comunicación con su kinesiólogo/a?”, “¿Ha experimentado una mejora significativa en sus síntomas desde el inicio del tratamiento kinésico?”, “¿Ha tenido una mala experiencia con algún tratamiento anterior?”, “¿Ud. cree que realizando la rehabilitación podrá sentirse mejor?”, “En una escala del 1 al 10, donde 1 es “sin dolor” y 10 “dolor insoportable”, ¿cuál es su percepción del dolor referido por la lesión? ”, “En una escala del 1 al 10 donde 1 es “sin motivación” y 10 es “muy motivado” ¿Cómo calificaría su grado de motivación durante su rehabilitación?”, “¿Has tenido dificultad para interpretar siempre la información y las indicaciones proporcionadas por el kinesiólogo?”

Se utilizaron preguntas con diferentes tipos de respuestas para recopilar datos relevantes sobre la muestra de pacientes. Este formato de preguntas diversificado permitió recopilar información variada y detallada sobre los/as pacientes y su adherencia al tratamiento kinésico. Los datos recopilados mediante estas preguntas fueron analizados para obtener una visión completa y precisa de los factores que influyeron en la adherencia al tratamiento.

Pregunta N° 1: ¿Cuál es su edad?

Inicialmente los resultados obtenidos a través de la recolección de datos muestran la distribución por edad de todos los pacientes que forman parte del estudio. Se observó que las edades de los participantes abarcaron un rango variado, comprendido entre 19 y 64 años, lo que indica una distribución heterogénea en términos de edades. Al calcular la edad promedio de la muestra, se obtuvo un valor de 38 años.

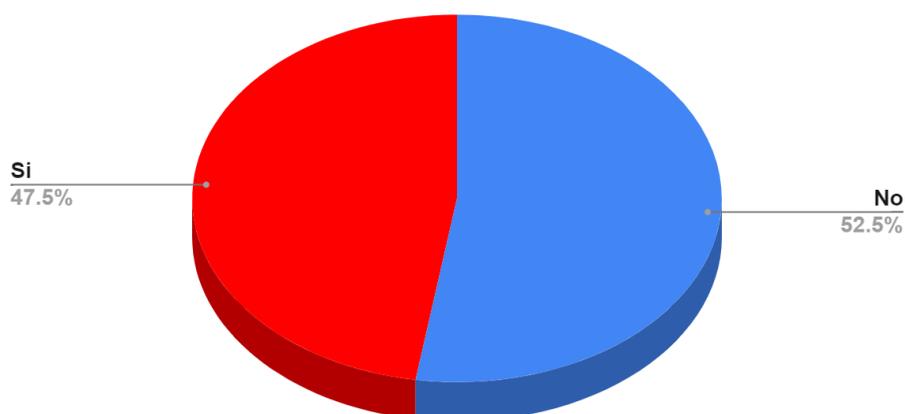
Gráfico N°1: Pregunta 1. ¿Cuál es su edad?



Pregunta N° 2: ¿Tiene hijos a cargo?

Los resultados obtenidos a través de la recolección de datos revelaron una característica relevante del perfil de los participantes en este estudio: la responsabilidad parental en cuanto a tener hijos a cargo. Al explorar esta cuestión en la encuesta, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales se presentan en el siguiente gráfico. Las opciones de respuesta fueron "Sí" y "No".

De acuerdo con los datos obtenidos, se observa que la mayoría de los encuestados no tienen hijos a cargo, representando un 52,5% de la muestra. En contraste, el 47,5% restante indicó que sí tienen hijos a su cargo.

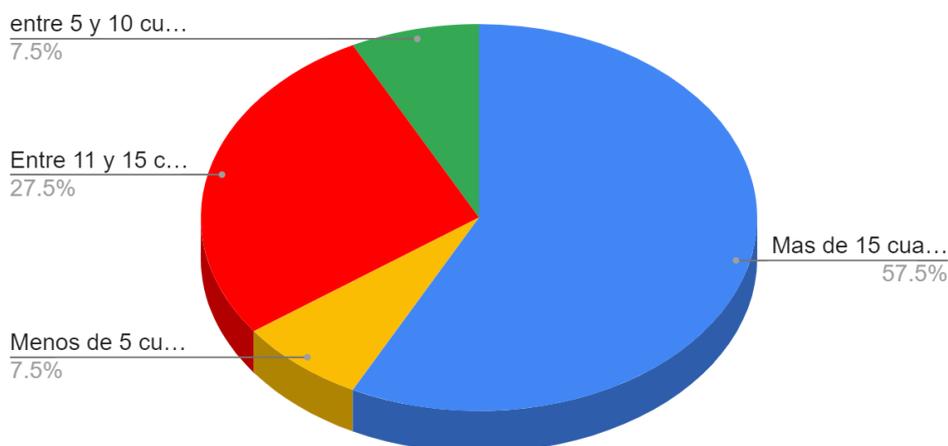
Gráfico N° 2: Pregunta 2. ¿Tiene hijos a cargo?**Pregunta N°3: ¿A qué distancia se encuentra aproximadamente su vivienda del Hospital?**

En esta pregunta, se indagó sobre la distancia aproximada en cuadras entre la vivienda de las personas en tratamiento y el hospital donde están llevando a cabo su proceso de rehabilitación. Las respuestas se obtuvieron mediante un formato de opción múltiple de elección única, donde los participantes seleccionaron entre cuatro opciones posibles: "Menos de 5 cuadras", "entre 5 y 10 cuadras", "Entre 11 y 15 cuadras" y "Más de 15 cuadras".

Los resultados de esta pregunta, obtenidos de la misma muestra, revelaron que el 57% de los pacientes vive a una distancia mayor de 15 cuadras del hospital. Un 27,5% de los participantes indicó vivir entre 11 y 15 cuadras de distancia, mientras que un 7,5% afirmó vivir entre 5 y 10 cuadras. Por último, el restante 7,5% de los encuestados vive a menos de 5 cuadras del centro de rehabilitación.

Esta información brinda una visión significativa sobre la ubicación geográfica de los/as pacientes en relación con el hospital, lo que puede estar relacionado con la adherencia al tratamiento kinesiológico.

Gráfico N° 3: Pregunta 4. ¿A qué distancia se encuentra aproximadamente su vivienda del Hospital?

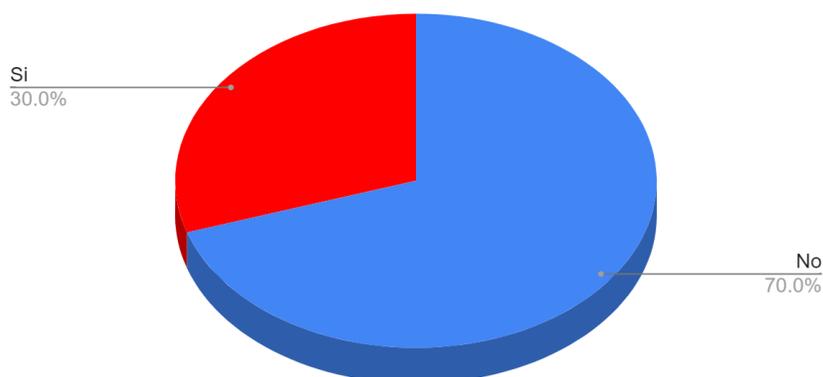


Pregunta N°4: ¿Ha tenido dificultades para acceder al transporte necesario para asistir a su tratamiento kinésico?

En la Pregunta N°4, se exploró si los/as pacientes han enfrentado dificultades para acceder al transporte necesario para asistir a su tratamiento kinésico. Las respuestas proporcionadas fueron de opción predeterminadas, con dos alternativas: "Sí" o "No".

Los resultados obtenidos, representados en el siguiente gráfico, muestran que la mayoría de los encuestados, siendo un 70% de la muestra, no tuvieron dificultades para acceder al transporte requerido para sus sesiones de tratamiento. Por otro lado, se observó que un 30% de los participantes sí enfrenta inconvenientes para trasladarse al centro de rehabilitación. Este análisis es de gran relevancia para comprender cómo el factor del transporte puede afectar la adherencia al tratamiento kinésico.

Gráfico N° 4: Pregunta 4. ¿Ha tenido dificultades para acceder al transporte necesario para asistir a su tratamiento kinésico?

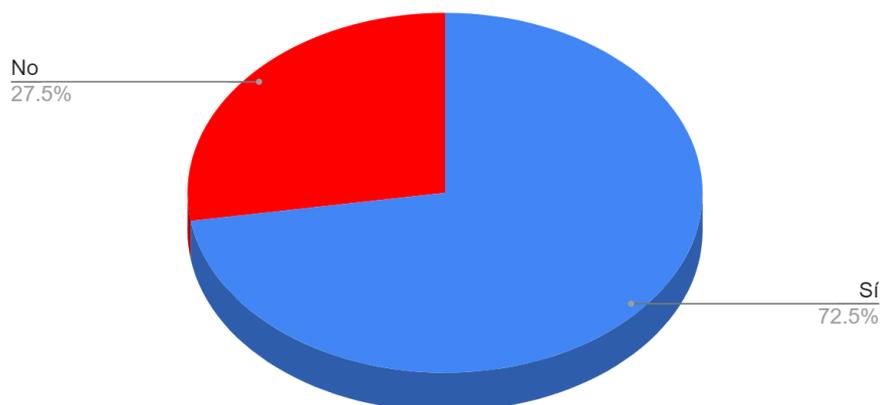


Pregunta N°5: ¿Trabaja Ud.?

La siguiente interrogante, denominada Pregunta N°5, tiene el propósito de conocer la situación laboral de los participantes. Se plantea inicialmente si trabajan o no, y en caso afirmativo, se profundiza mediante la pregunta 5-a acerca de la necesidad de ausentarse del trabajo para asistir a las sesiones de rehabilitación.

Las respuestas proporcionadas fueron previamente definidas como "Sí" o "No", y los resultados obtenidos se presentan en el gráfico a continuación. Es destacable que la mayoría de los encuestados, un 72,5% de la muestra, se encuentran laboralmente activos, es decir, tienen un empleo o actividad remunerada. Por otro lado, un 30% de los participantes indicó que actualmente no está trabajando.

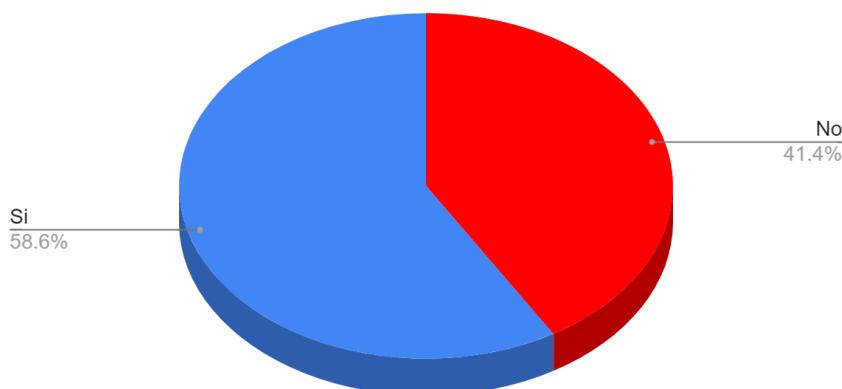
Este análisis brinda un panorama importante acerca del factor laboral en relación con la adherencia al tratamiento kinésico.

Gráfico N° 5: Pregunta 5. ¿Trabaja Ud.?**Pregunta N°5 "A": En caso de que la respuesta sea sí, ¿Tiene que ausentarse para presentarse a rehabilitación?**

Dentro del grupo de pacientes que informaron ser trabajadores activos, se realizó una indagación adicional para conocer si necesitan ausentarse de sus labores habituales para asistir a las sesiones de rehabilitación. Los resultados obtenidos de esta pregunta se presentan a continuación.

Las opciones de respuesta proporcionadas fueron "Sí" y "No". Al analizar los datos presentados en el siguiente gráfico, se destaca que el porcentaje más significativo corresponde a aquellos pacientes que deben ausentarse de sus trabajos para asistir a rehabilitación, representando un 58,6% de la muestra. En contraste, se observa que el 41,4% restante no requiere ausentarse de su empleo habitual.

Gráfico N° 6: Pregunta 5 "A". En caso de que la respuesta sea sí, ¿Tiene que ausentarse para presentarse a rehabilitación?



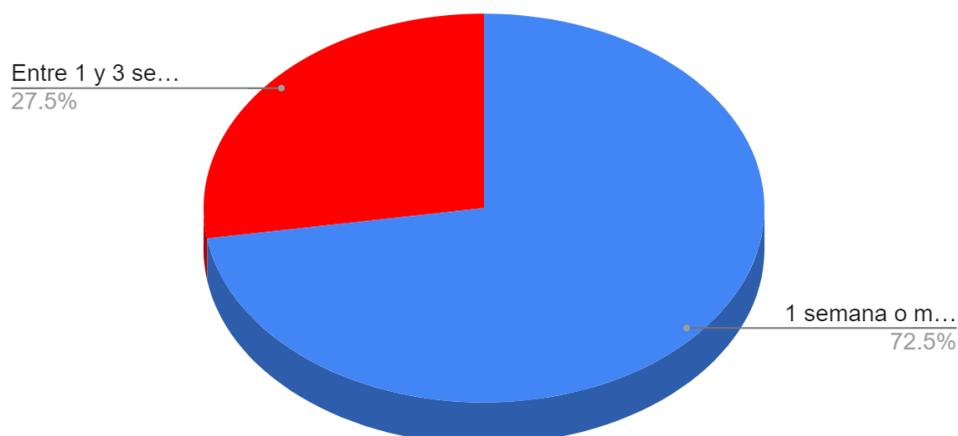
Pregunta N°6: ¿De cuánto tiempo fue la demora entre la asignación del turno y la primera sesión de rehabilitación?

Dentro del análisis del sistema de otorgación de turnos para el servicio de kinesiología, los participantes en este estudio fueron consultados acerca de la demora que experimentaron desde que solicitaron el turno hasta la fecha de su primera sesión de rehabilitación.

La pregunta número seis de la encuesta ofreció opciones múltiples de elección única para los participantes, quienes podían seleccionar entre tres intervalos de tiempo: "1 semana o menos a partir de la solicitud del mismo", "Entre 1 y 3 semanas a partir de la solicitud del mismo" y "Más de 3 semanas a partir de la solicitud del mismo".

Los resultados obtenidos de esta pregunta se presentan a continuación. Se observó que el 72,5% de los/as pacientes recibió la asignación del turno en una semana o menos a partir de la solicitud. Por otro lado, el 27,5% restante expresó que se le otorgó el turno entre 1 y 3 semanas desde que lo solicitaron.

Gráfico N° 7: Pregunta 6. ¿De cuánto tiempo fue la demora entre la asignación del turno y la primera sesión de rehabilitación?



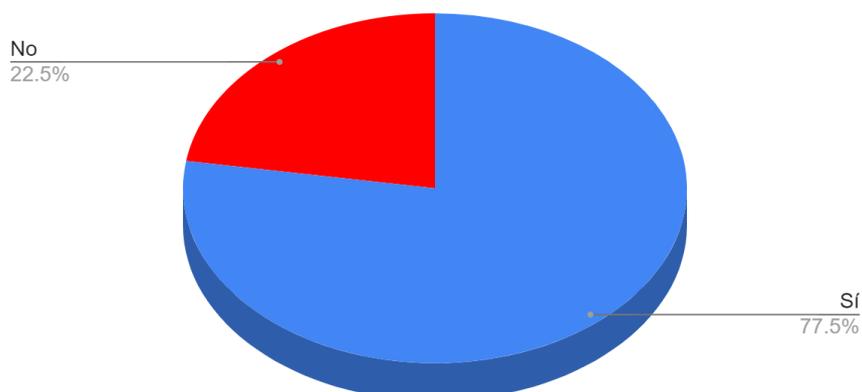
Pregunta N°7: ¿Tuvo oportunidad de elegir el horario para su rehabilitación?

Continuando con el análisis relacionado al sistema de salud, en particular, al sistema de otorgación de turnos, se exploró si los/as pacientes tuvieron la posibilidad de seleccionar un horario que se ajustara a sus necesidades o si, por el contrario, el horario les fue asignado por algún tipo de orden. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

La pregunta realizada ofreció opciones predeterminadas de respuesta, donde los participantes podían seleccionar entre dos alternativas: "Sí" o "No", en relación a si tuvieron la oportunidad de elegir el horario para su rehabilitación.

Los datos revelan que la mayoría de los encuestados tuvieron la oportunidad de elegir el horario que mejor se adaptara a sus circunstancias, con un 77,5% de la muestra expresando esta condición. En contraste, el 22,5% restante no tuvo la posibilidad de seleccionar el horario para su rehabilitación, lo que sugiere que en estos casos el horario fue asignado de manera determinada por el sistema de salud.

Gráfico N° 8: Pregunta 7. ¿Tuvo oportunidad de elegir el horario para su rehabilitación?

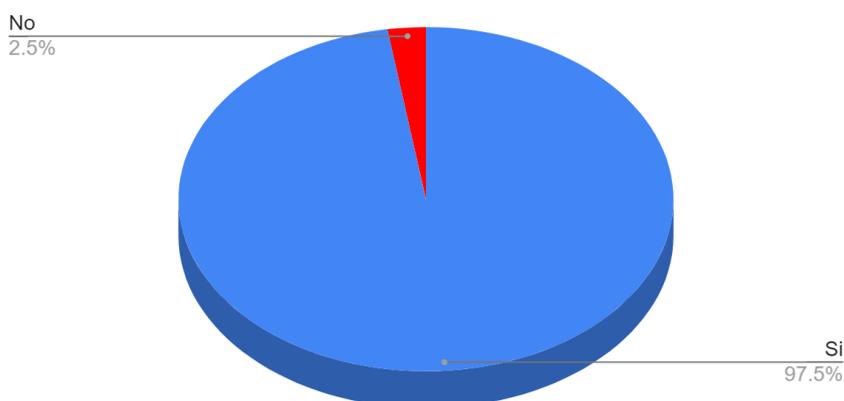


Pregunta N°8: ¿Siente que su Kinesiólogo/a le brinda suficiente información y explicaciones sobre su tratamiento y progreso?

En relación directa con la información brindada por el kinesiólogo/a, surgen diversas interrogantes. La primera de ellas se enfoca en si el paciente ha recibido explicaciones por parte del kinesiólogo/a acerca de la relevancia de asistir al servicio de rehabilitación y cómo será su proceso de recuperación. Las opciones de respuesta fueron preestablecidas, donde se podía seleccionar entre "Sí" o "No".

Los resultados obtenidos, presentados en el gráfico a continuación, indican que la gran mayoría de los encuestados expresaron haber recibido suficiente información y explicaciones por parte de su kinesiólogo/a sobre su tratamiento y evolución, representando un 97,5% de la muestra. En contraste, solo un 2,5% de los encuestados manifestó no haber recibido la cantidad adecuada de información y explicaciones.

Gráfico N° 9: Pregunta 8. ¿Siente que su Kinesiólogo/a le brinda suficiente información y explicaciones sobre su tratamiento y progreso?

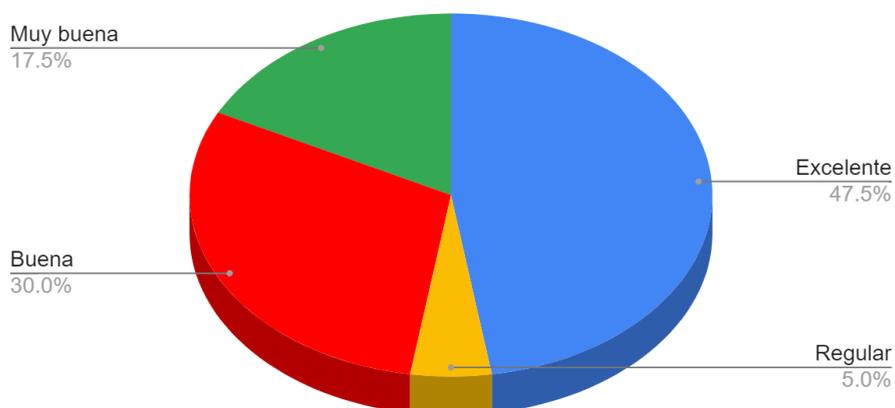


Pregunta N°9: ¿Cómo calificaría la calidad de la comunicación con su kinesiólogo/a?

La segunda cuestión se centra en la percepción del paciente respecto a la comunicación con su kinesiólogo/a. Se les brindó la oportunidad de calificar esta comunicación utilizando una escala de opciones múltiples: "Mala", "Regular", "Buena", "Muy buena" y "Excelente".

Los resultados obtenidos, que se presentan en el siguiente gráfico, muestran que un significativo 47.5% de pacientes calificó la calidad de comunicación con su kinesiólogo/a como "Excelente". Otro porcentaje considerable, el 30%, otorgó una calificación de "Buena" a la comunicación. Asimismo, el 17,5% calificó la comunicación como "Muy buena", y un 5% restante la consideró "Regular".

Gráfico N° 10: Pregunta 9. ¿Cómo calificaría la calidad de la comunicación con su kinesiólogo/a?

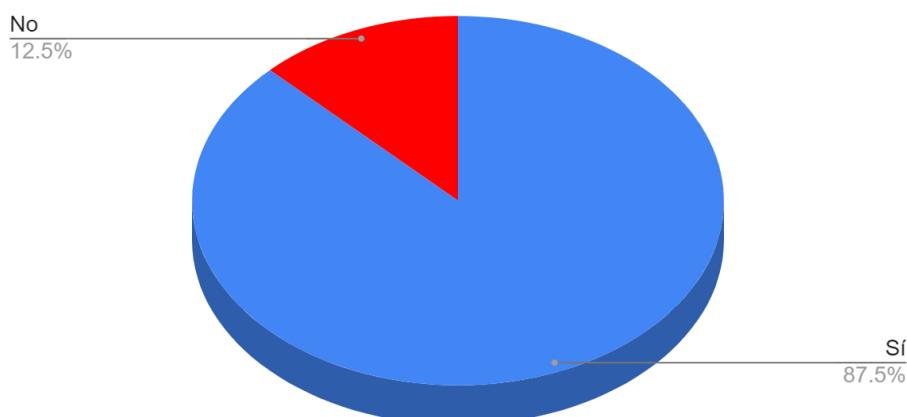


Pregunta N°10: ¿Ha experimentado una mejora significativa en sus síntomas desde el inicio del tratamiento kinésico?

Es relevante indagar si las personas en tratamiento perciben mejorías en sus síntomas desde el inicio del tratamiento. Para obtener esta información, se les proporcionó opciones predeterminadas de "Sí" y "No" para que expresaran si experimentaron algún tipo de mejora.

Los resultados obtenidos, que se presentan en el siguiente gráfico, revelan que la mayoría de los pacientes encuestados reportó haber experimentado una mejora significativa en sus síntomas desde el inicio del tratamiento, representando un 87,5% de la muestra. Por otro lado, un 12,5% indicó que no experimentó una mejora significativa en sus síntomas.

Gráfico N° 11: Pregunta 10. ¿Ha experimentado una mejora significativa en sus síntomas desde el inicio del tratamiento kinésico?

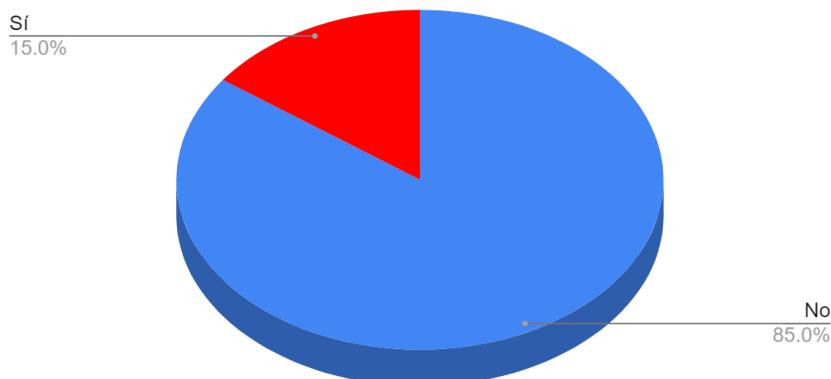


Pregunta N°11: ¿Ha tenido una mala experiencia con algún tratamiento anterior?

Luego de abordar los aspectos relacionados con la condición de la enfermedad y relacionados con el tratamiento, se procedió a indagar si los participantes habían tenido experiencias previas negativas en rehabilitación. Con el objetivo de obtener esta información, se les planteó una pregunta sobre si habían experimentado alguna mala experiencia en tratamientos anteriores.

Las respuestas proporcionadas por los participantes, presentadas en el siguiente gráfico, muestran que la mayoría de los encuestados (85%) reportó no haber tenido una mala experiencia previa en rehabilitación. No obstante, un 15% manifestó haber tenido una mala experiencia en algún tratamiento anterior.

Gráfico N° 12: Pregunta 11. ¿Ha tenido una mala experiencia con algún tratamiento anterior?

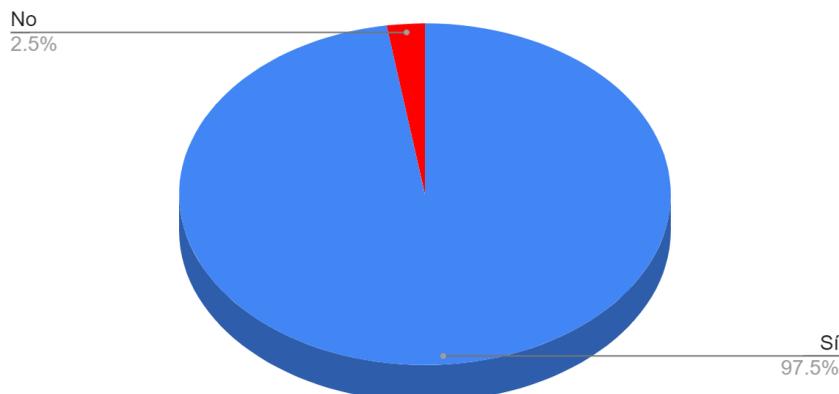


Pregunta N°12: ¿Ud. ¿Cree que realizando la rehabilitación podrá sentirse mejor?

Todos los participantes en el estudio fueron consultados sobre su percepción respecto a si la realización de la rehabilitación podría generar una mejora en su estado de salud. Los resultados obtenidos revelaron que la totalidad de la muestra mostró estar de acuerdo con esta afirmación.

Las respuestas proporcionadas, detalladas en el siguiente gráfico, muestran que la gran mayoría de los encuestados (97.5%) expresó su creencia en que al llevar a cabo la rehabilitación podrían experimentar una mejora en su condición. Sin embargo, es importante notar que un pequeño porcentaje (2.5%) no compartió esta percepción y no creía que la rehabilitación pudiera generar una mejora en su estado de salud. Si bien es una minoría, esta actitud puede influir en la disposición y compromiso de estos pacientes con el tratamiento.

Gráfico N° 13: Pregunta 12. ¿Ud. ¿Cree que realizando la rehabilitación podrá sentirse mejor?



Pregunta N°13: En una escala del 1 al 10, donde 1 es “sin dolor” y 10 “dolor insoportable”, ¿cuál es su percepción del dolor referido por la lesión?

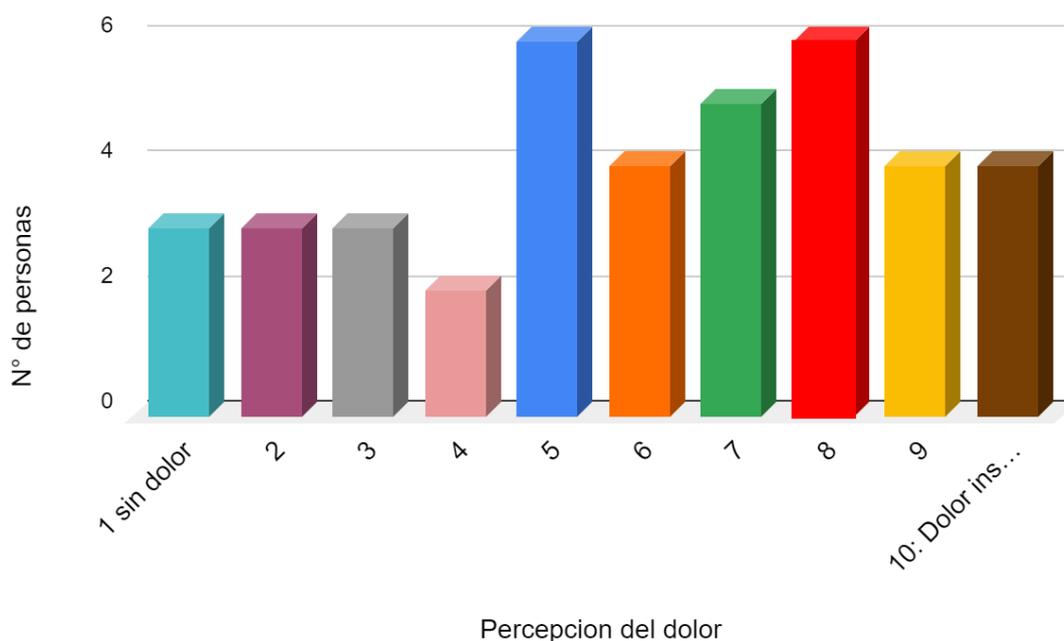
La pregunta número 13 se enfocó en explorar un factor relacionado con la condición de la enfermedad. Para ello, se les pidió que califiquen su nivel de dolor en una escala del 1 al 10, donde 1 representa "sin dolor" y 10 significa "dolor insoportable".

Los resultados obtenidos proporcionan información relevante sobre la percepción del dolor en la muestra estudiada. El gráfico muestra que un 57% de los encuestados calificó su dolor con una puntuación mayor a 5, lo que indica que una parte significativa de los encuestados experimenta niveles considerables de dolor.

Dentro de esta categoría, el valor de 5 en la escala fue el más destacado, siendo seleccionado por un 15%, seguido por el valor 8 con un 12.5% de los encuestados. Esto sugiere que una parte considerable de la muestra enfrenta una sensación de dolor moderado a intenso al acudir al servicio de kinesiología.

Por otro lado, es importante mencionar que un porcentaje menor de la muestra, aproximadamente un 43%, calificó su dolor con un valor menor o igual a 5 en la escala. Esto incluye los valores 1 a 4, lo que indica niveles de dolor leves a moderados.

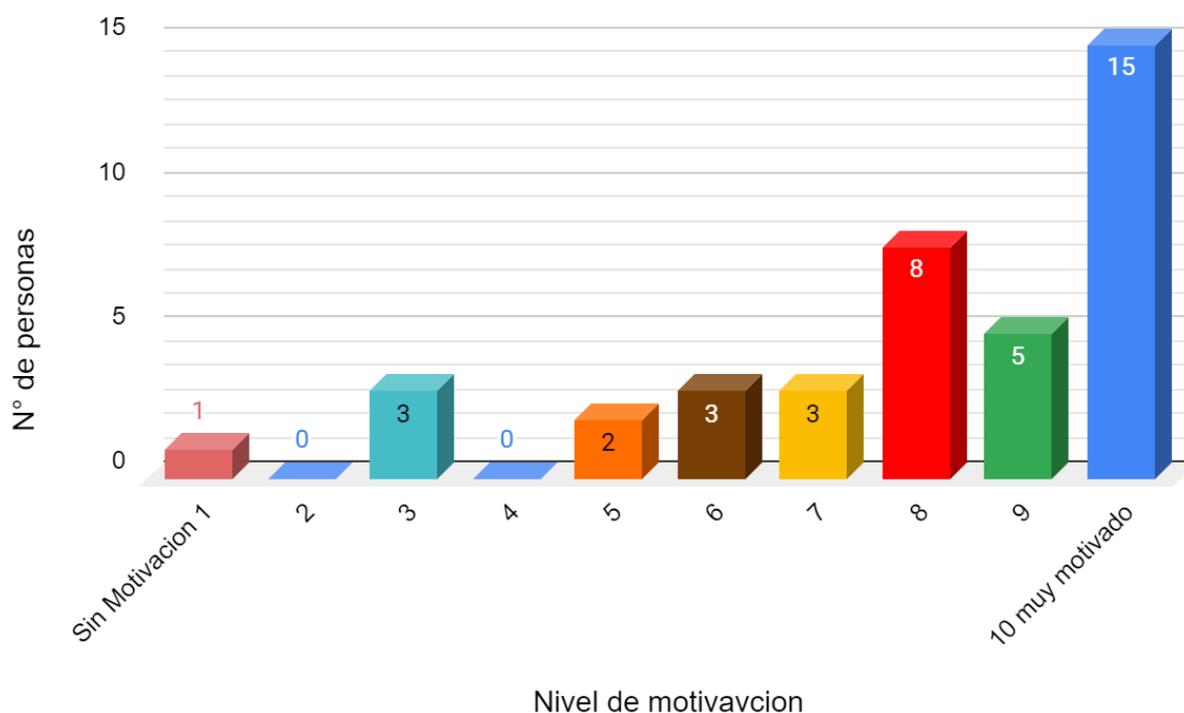
Gráfico N° 14: Pregunta 13. ¿En una escala del 1 al 10, donde 1 es “sin dolor” y 10 “dolor insoportable”, ¿cuál es su percepción del dolor referido por la lesión?



Pregunta N°14: En una escala del 1 al 10 donde 1 es “sin motivación” y 10 es “muy motivado” ¿Cómo calificaría su grado de motivación durante su rehabilitación?

En esta fase del estudio, se abordan los factores relacionados con el paciente, específicamente, se indaga sobre el nivel de motivación que sienten para iniciar su proceso de rehabilitación. El siguiente gráfico representa el grado de motivación manifestado por los encuestados durante el tratamiento. Se observa que más de un cuarto de la muestra, específicamente un 37,5%, expresó sentirse muy motivado, indicando el nivel más alto en la escala de motivación. A continuación, se encuentran aquellos que presentan un grado de motivación de entre 8 y 9 puntos, constituyendo un grupo significativo con porcentajes menores en comparación con los altamente motivados.

Gráfico N° 15: Pregunta 14. En una escala del 1 al 10 donde 1 es “sin motivación” y 10 es “muy motivado” ¿Cómo calificaría su grado de motivación durante su rehabilitación?



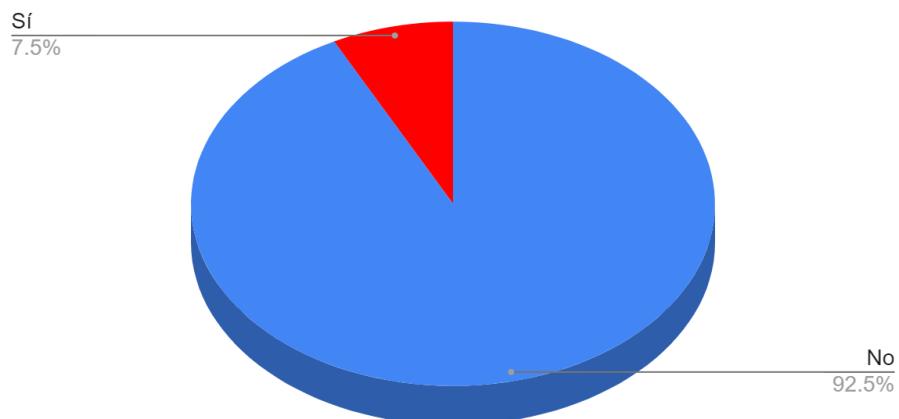
Pregunta N°15: ¿Has tenido dificultad para interpretar siempre la información y las indicaciones proporcionadas por el kinesiólogo/a?

En esta ocasión, se indaga sobre la percepción de los/as pacientes en cuanto a la claridad y comprensión de la información y las indicaciones proporcionadas por el kinesiólogo/a.

Las respuestas obtenidas, representadas en el siguiente gráfico, muestran que la gran mayoría de los encuestados no experimentaron dificultades para interpretar la información brindada por su kinesiólogo/a, constituyendo un significativo 97,5% de la muestra. Esto indica que la mayoría de las personas en tratamiento se sintieron satisfechas con la claridad y la manera en que se les comunicaron las instrucciones y recomendaciones para su tratamiento de rehabilitación.

Por otro lado, el 7,5% restante expresó haber tenido dificultades para interpretar siempre la información proporcionada por el profesional.

Gráfico N° 16: Pregunta 15. ¿Has tenido dificultad para interpretar siempre la información y las indicaciones proporcionadas por el kinesiólogo/a?



CAPÍTULO III

Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico, de pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew.

En este capítulo, se llevó a cabo el análisis de datos provenientes de las preguntas incluidas en la encuesta, con el propósito de responder al objetivo específico de "Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico de pacientes ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew Dr. Adolfo Margara, Provincia de Chubut."

Para llevar a cabo este análisis, se utilizó una adaptación del cuestionario de Morisky-Green, el cual consta de cuatro preguntas específicas. Estas preguntas, numeradas del quince (15) al dieciocho (18), fueron dirigidas a pacientes del Hospital Zonal de Trelew y abordaron los siguientes aspectos: "¿Has tenido dificultad para interpretar siempre la información y las indicaciones proporcionadas por el kinesiólogo/a?", "¿Faltó a alguna de las sesiones programadas desde que comenzó su rehabilitación?", "¿Le resulta difícil realizar regularmente los ejercicios o indicaciones preventivas para su lesión en casa?", "¿Le resulta difícil realizar regularmente los ejercicios o indicaciones preventivas para su lesión en casa?".

Cada una de estas preguntas se diseñó como una opción múltiple de elección única, donde los encuestados podían responder "Sí" o "No", según su experiencia y percepción personal.

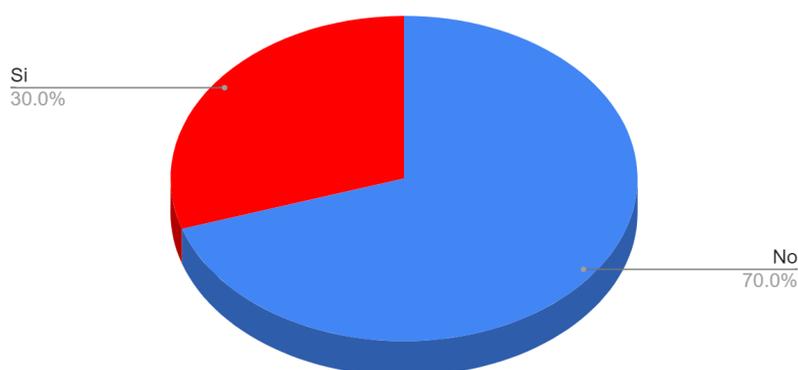
Pregunta N°15: ¿Has tenido dificultad para interpretar siempre la información y las indicaciones proporcionadas por el kinesiólogo/a?

Los resultados de esta pregunta se encuentran detallados y analizados en el Capítulo II, específicamente en el Gráfico N°16. En dicho gráfico, se presenta la distribución de las respuestas obtenidas por los participantes en relación a esta interrogante.

Pregunta N°16: ¿Faltó a alguna de las sesiones programadas desde que comenzó su rehabilitación?

La Pregunta N°16 indaga sobre la asistencia a las sesiones programadas desde que los/as pacientes iniciaron su rehabilitación. Las opciones de respuesta fueron "Sí" o "No". Los resultados se presentan en el siguiente gráfico, donde se puede apreciar que la mayoría de los encuestados (70%) no ha faltado a ninguna de las sesiones programadas. Sin embargo, se observa que un porcentaje del 30% de los participantes ha faltado a alguna de las sesiones previamente agendadas.

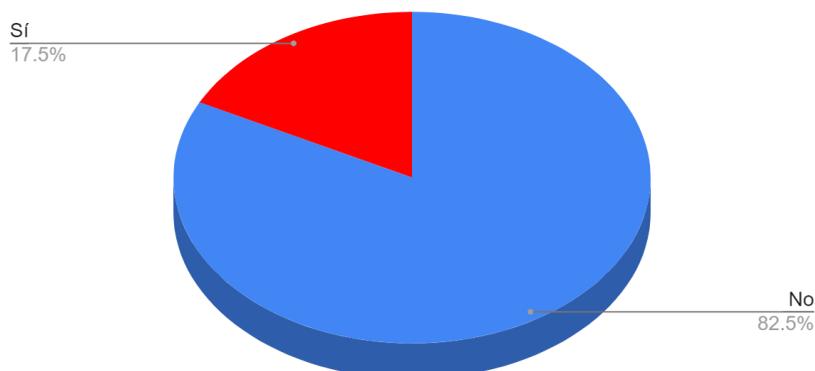
Gráfico N°17: Pregunta 16. ¿Faltó a alguna de las sesiones programadas desde que comenzó su rehabilitación?



Pregunta N°17: ¿Le resulta difícil realizar regularmente los ejercicios o indicaciones preventivas para su lesión en casa?

Esta pregunta indagó si los/las pacientes tuvieron dificultades para realizar regularmente los ejercicios o indicaciones preventivas en casa. Las opciones de respuesta fueron "Sí" o "No". Los datos presentados en el siguiente gráfico muestran que la mayoría de los encuestados con un 82.5% no experimentaron dificultades para llevar a cabo regularmente los ejercicios o indicaciones en su hogar. Sin embargo, se observa que un 17.5% de los participantes sí tuvo dificultades para realizar de manera constante las indicaciones proporcionadas por el profesional.

Gráfico N°18: Pregunta 17. ¿Le resulta difícil realizar regularmente los ejercicios o indicaciones preventivas para su lesión en casa?

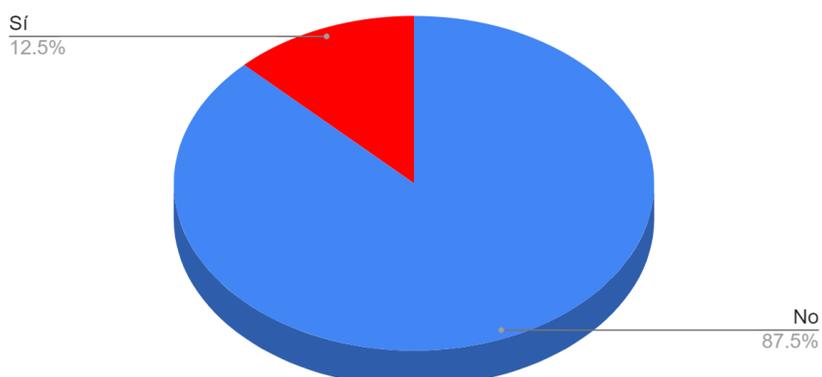


Pregunta N°18: ¿Sentís que no estás participando de forma activa en tu proceso de rehabilitación?

La Pregunta N°18 indagó sobre si los/as pacientes sintieron que participaron de forma activa durante el proceso de rehabilitación. Las opciones de respuesta fueron "Sí" o "No". Los datos presentados en el siguiente gráfico muestran que la mayoría de los encuestados, con el 87.5%, expresaron sentir que participaron de manera activa en su proceso de rehabilitación.

Por otro lado, un 12.5% de los participantes manifestó sentir que no participaron de forma activa en su rehabilitación.

Gráfico N°19: Pregunta 18. ¿Sentís que no estás participando de forma activa en tu proceso de rehabilitación?



Con motivo de dar respuesta al primer objetivo específico, se recurrió al análisis de los datos obtenidos mediante la sección II de la encuesta (ver anexo 1). Para ello, en la tabla N°1 se presentan inicialmente las ciento veinte (120) respuestas a las preguntas de tipo cerradas dicotómicas, donde los participantes pudieron seleccionar de forma única, entre las opciones de: Si, No. Las respuestas aquí presentadas, dan cuenta del nivel de adherencia de pacientes ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew.

Paciente respondió si a:	Nivel de adherencia	%	n
0 items	Alto	52.5%	21
1 item	Medio	30%	12
2 items		12,5%	5
3 items	Bajo	2.5%	1
4 items		2.5%	1

Tabla N°1: Respuestas de los/as pacientes al cuestionario morisky-Green modificado (Anexo 1, sección II).

Los resultados derivados del cuestionario se presentan en la Tabla N°2. Un 52,5% del total de los participantes respondió "no" a los cuatro elementos, lo cual sugiere un alto nivel de adherencia. En cuanto a aquellos pacientes que respondieron "sí" a uno o dos elementos del cuestionario, representaron el 42,5% de las respuestas, lo que señala un nivel medio de adherencia. Por otro lado, un 5% de la muestra demostró un nivel bajo de adherencia al tratamiento kinésico.

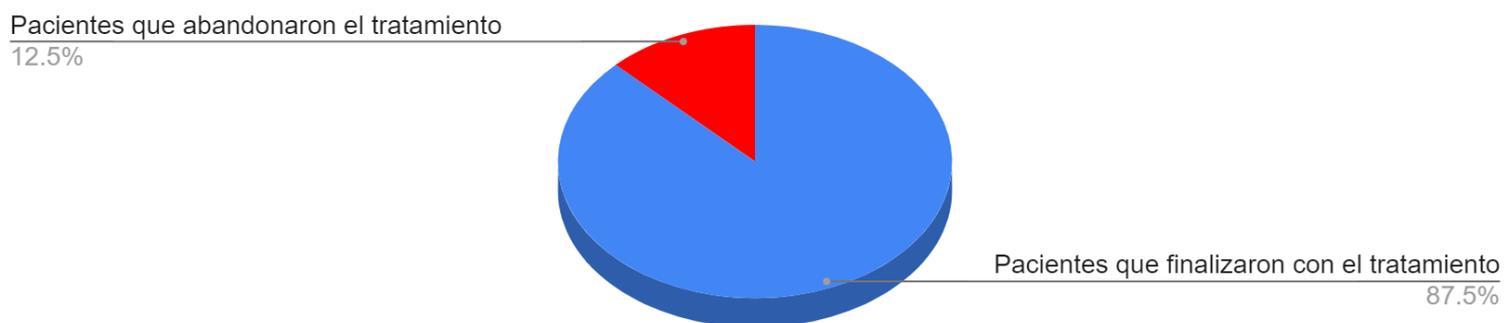
CAPÍTULO IV

Determinar la tasa de abandono del tratamiento kinésico de pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor, ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew.

En este capítulo, con el propósito de abordar el objetivo específico, se procede al análisis de los datos relativos a la tasa de abandono. Para ello se realizó un seguimiento de los/as pacientes que formaban parte de la muestra y que habían iniciado su tratamiento kinésico en el hospital durante el periodo de investigación. Se registró con detalle la información de cada paciente, incluyendo la fecha de inicio del tratamiento y si este se completó o se abandonó prematuramente. Se utilizó la planilla de asistencia del hospital para recopilar los datos de asistencia a las sesiones.

Los hallazgos derivados del análisis de la muestra compuesta por 40 pacientes que iniciaron el tratamiento durante el periodo de estudio demuestran que un grupo de 5 individuos decidieron interrumpir el proceso rehabilitador antes de su conclusión. Este fenómeno se traduce en una tasa de abandono calculada en un 12,5%.

Gráfico N°20: Tasa de abandono al tratamiento kinésico.



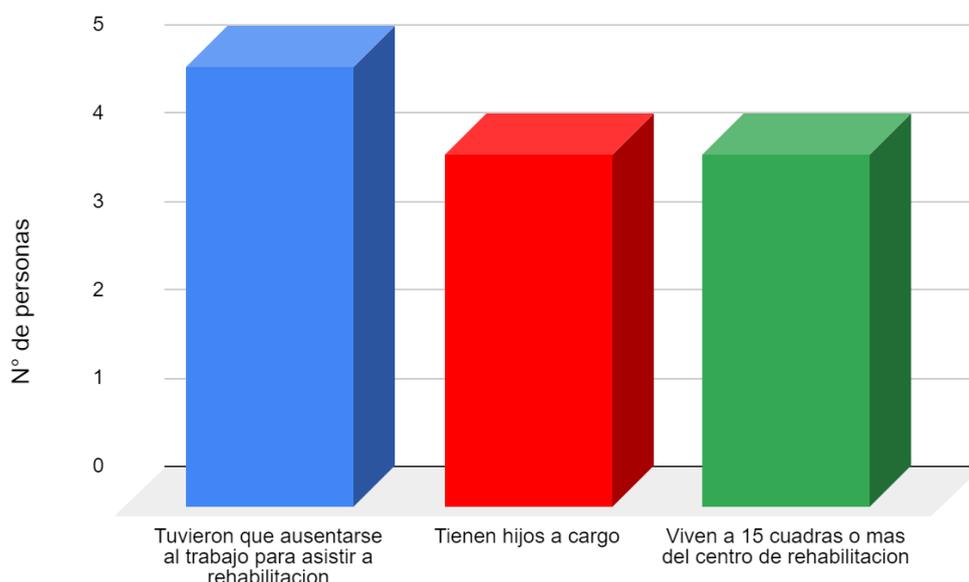
CAPÍTULO V

Analizar la relación entre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico y el abandono del mismo.

Al analizar la relación entre la presencia de factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico y los abandonos del mismo se pueden identificar comportamientos o características comunes que destacan en los resultados obtenidos. De la totalidad de los/as pacientes que abandonaron el tratamiento se observó que un patrón significativo emerge en relación con factores socioeconómicos y demográficos.

En relación a los participantes que abandonaron el tratamiento, se destaca que el 100% mencionó la necesidad de ausentarse al trabajo para asistir a las sesiones de kinesiología. Por otro lado, el 80% de los participantes que abandonaron indicaron tener hijos a su cargo, además, el mismo porcentaje refirió vivir a una distancia considerable del centro de rehabilitación específicamente “quince cuadras o más”.

Gráfico N°21: Principales factores relacionados con el abandono del tratamiento.



CAPÍTULO VI

CONCLUSIÓN y RECOMENDACIÓN

La falta de adherencia y el abandono del tratamiento kinésico son desafíos comunes que a menudo se pasan por alto o se subestiman en la práctica clínica. Sin embargo, esta problemática trae consigo efectos negativos significativos en el proceso de rehabilitación. Por lo tanto, este estudio destaca la necesidad de aumentar la conciencia sobre este fenómeno, el cual está presente en la práctica diaria de la kinesiología.

Diversos investigadores, entre ellos Ferros Garcia et al. (2004) y la Organización Mundial de la Salud (2004), han señalado la presencia de múltiples factores que influyen en la escasa o nula adherencia de los pacientes a su proceso de rehabilitación. En relación al primer objetivo específico de este estudio, que se enfoca en Identificar y clasificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico en pacientes con lesiones traumáticas del sistema locomotor, siguiendo la clasificación establecida por la OMS, los resultados indican que los factores socioeconómicos desempeñan un papel principal dentro de este planteo multifactorial que contribuye a niveles bajos y moderados de adherencia.

Siguiendo con el análisis, el segundo objetivo específico de evaluar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico de pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor ingresados al servicio de kinesiología del Hospital Zonal de Trelew, los resultados revelaron un alto nivel de adherencia al tratamiento por parte del 52,5% de los participantes incluidos en la muestra.

A su vez durante el periodo de estudio, se llevó un seguimiento del progreso de los participantes para determinar la tasa de abandono, revelando una tasa de abandono del 12,5%, lo que indica que aproximadamente uno de cada ocho pacientes no completó su tratamiento kinésico.

Además, se realizó un análisis de los factores relacionados con el abandono del tratamiento, destacando un patrón significativo vinculado a factores socioeconómicos y demográficos. Estos hallazgos respaldan los resultados obtenidos por Sarlot (2015), que identificaron el factor socioeconómico y demográfico como predominantes en la prevalencia de abandono del tratamiento kinésico. Específicamente, se observó que aquellos que abandonaron el tratamiento enfrentaron la necesidad de ausentarse de sus trabajos para las sesiones de kinesiología, lo cual pudo influir en la decisión de no continuar debido a conflictos laborales. Adicionalmente, es relevante notar que el 80% de los que abandonaron el

tratamiento tenía responsabilidades parentales, lo que posiblemente afectó su consistencia en las citas de kinesiología.

Un detalle adicional es que el 80% de pacientes que abandonaron, vivían a una distancia considerable del centro de rehabilitación, especialmente a "15 cuadras o más". Esta distancia geográfica podría haber dificultado su acceso regular a las sesiones de rehabilitación.

En conclusión, este estudio buscó indagar el nivel de adherencia y los factores asociados al abandono del tratamiento kinésico en pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor en el Hospital Zonal de Trelew. A través del análisis de datos y la evaluación de diversos factores, se ha evidenciado un alto nivel de adherencia, además los resultados indicaron que la adherencia a este tratamiento es influenciada por una intersección de factores socioeconómicos. La necesidad de ausentarse del trabajo, responsabilidades familiares y la lejanía geográfica del centro de rehabilitación emergen como elementos clave en la toma de decisiones de los/as pacientes en relación con la continuidad del tratamiento. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar de manera integral estos factores para mejorar la adherencia y reducir el abandono al tratamiento kinésico, contribuyendo así a una atención más efectiva y a una mejor recuperación de los pacientes con lesiones traumáticas del aparato locomotor.

Recomendaciones

- Internalizar el concepto de Adherencia Terapéutica: Se sugiere que los/as profesionales de la salud integren en su enfoque clínico el concepto de adherencia terapéutica, reconociéndose como un elemento esencial para el éxito de los tratamientos.
- Fortalecer la comunicación con los/as pacientes: Es importante reforzar la información proporcionada a los/as pacientes acerca de su enfermedad, destacando la importancia crítica del tratamiento y las posibles complicaciones derivadas de su abandono.
- Promover la participación activa del paciente: Se recomienda promover la participación activa del paciente en el tratamiento, incitándolo a involucrarse de manera proactiva en su propia rehabilitación.
- Empoderar la toma de decisiones: Permitir al paciente tomar decisiones informadas sobre su plan de tratamiento es esencial, brindándole un rol activo en la toma de decisiones relacionadas con su rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alaníz, Á., Quinteros, A., & Robiana, H. (2020). Trastornos músculo esqueléticos.
- Brooks, S. V. (2003). Current topics for teaching skeletal muscle physiology. *Advances in physiology education*, 27(4), 171-182.
- Chaves, N., Echeverri, J., & Ballesteros, D. Validación de la escala de morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Med [Internet]*. 2016; 24 (2): 23–32.
- Contreras, J., Liendo, R., Díaz, C., Díaz, M., Osorio,., Guzmán, R & Pérez, I. (2018). Efectividad de un programa de rehabilitación autoadministrado en el tratamiento del síndrome de hombro doloroso en atención primaria de salud: un estudio clínico aleatorizado, simple ciego. *Revista médica de Chile*, 146(9), 959-967.
- Daste, C., Nicol, V., Nguyen, C., Rannou, F., Lefè-Colau, M. M., & Roren, A. (2023).
- DiMatteo, R. (1982). R, Nicola DD. Achieving patient compliance.
- Epstein, L. H., & Cluss, P. A. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(6), 950.
- Fernández Torres, J. (2015). La propiocepción como elemento de prevención en las lesiones musculares de futbolistas.
- Ferrer Pérez, V. A. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de "prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados.
- Freudenheim, J. L. (1993). A review of study designs and methods of dietary assessment in nutritional epidemiology of chronic disease. *The Journal of nutrition*, 123(suppl_2), 401-405.
- Friedman, H. S., & DiMatteo, M. R. (1989). Adherence and practitioner patient relationship. *Health Psychology*, 68-100.
- Gallego, M. P. O., López, P. J. T., López, P. B., & Armero, M. A. T. (2017). Resultados del test de Morisky-Green en menopáusicas con síndrome metabólico. *Medicina general*, 6(3), 2.
- García, R. F., Ríos, M. G., & Montero, M. V. (2004). Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia. *Fisioterapia*, 26(6), 333-339.
- Garrote, A., & Bonet, R. (2003). Lesiones traumáticas de extremidades inferiores. *Offarm*, 1, 52-8.
- Guillén, J. A. (2010). Terminología y clasificación de las tendinopatías. XX Jornadas Internacionales de Traumatología del Deporte, Tendón y Deporte. Murcia, España.
- Guo, H., Él, H. y Jiang, J. (2001). Estudio sobre el cumplimiento de los fármacos antihipertensivos en pacientes con hipertensión. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*, 22(6), 418-420.
- Guzmán, Y. R., Estrada, O. L., Tejada, P. A., & Crespo, O. (2010). Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. *RFS Revista Facultad de Salud*, 2(1), 39-50.

- Hoppenfeld, S., Murthy, V. L., Galán Novela, A., Serantes Gómez, A., & Alonso Gutiérrez, R. (2001). Fracturas: tratamiento y rehabilitación.
- Karoly, P. (1993). Enlarging the scope of the compliance construct: Toward developmental and motivational relevance. *Developmental aspects of health compliance behavior*, 11-27.
- Katz, D. E., Herring, J. A., Browne, R. H., Kelly, D. M., & Birch, J. G. (2010). Brace wear control of curve progression in adolescent idiopathic scoliosis. *JBJS*, 92(6), 1343-1352.
- Korb-Savoldelli, V., Gillaizeau, F., Pouchot, J., Lenain, E., Postel-Vinay, N., Plouin, P. F., ... & Sabatier, B. (2012). Validation of a French version of the 8-item Morisky medication adherence scale in hypertensive adults. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14(7), 429-434.
- Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2021). Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. Elsevier Health Sciences.
- Lafita, J. (2003). Fisiología y fisiopatología ósea. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 26, pp. 7-17). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Libertad, M.A. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3), 0-0.
- Llanos-Tejada, F., & Ponce-Chang, C. (2019). Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis: Una exploración preliminar de datos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(2), 104-109.
- María Cáceres, F. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB*, 7(21), 172-180.
- Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 67-74.
- Naranjo, T. Á., Noguera-Salvá, R., & Guerrero, F. F. (2009). La matriz extracelular: morfología, función y biotenseguridad (parte I). *Revista española de patología*, 42(4), 249-261.
- Norell, S. E. (1981). Accuracy of patient interviews and estimates by clinical staff in determining medication compliance. *Social Science & Medicine. Part E: Medical Psychology*, 15(1), 57-61.
- Norma técnica de Identificación y evaluación de factores de riesgo asociados a Trastornos Musculo-esqueléticos Relacionados al Trabajo (TMERT) de Extremidades Superiores.[Internet]. Santiago de Chile: 2012 [citado 26 de septiembre 2012].
- Organización Mundial de la Salud. (2021). OMS/OIT: Casi 2 millones de personas mueren cada año por causas relacionadas con el trabajo. <https://www.who.int/es/news/item/16-09-2021-who-ilo-almost-2-million-people-die-from-work-related-causes-each-year>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Trastornos musculo-esqueléticos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

- Ortego, M. D. C., López, S., & Álvarez, M. L. (2010). Tema 14. La adherencia al tratamiento. Ciencias Psicosociales I. Universidad de Cantabria.[citado 16 dic 2013];Disponible en:URL:http://ocw.unican.es/ciencias-dela-salud/ciencias-psico-sociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf.com
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica* (Internet), 59(3), 163-172.
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F., & Bartolomeos, K. (2012). Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. UNICEF, 228.
- Picó, J. J. S., & Sáenz, B. A. (s.f.) CAPÍTULO 6-LIGAMENTOS: ESTRUCTURA Y FUNCIÓN. PRINCIPIOS Y TÉCNICAS DE REPARACIÓN.
- Real Academia Nacional de Medicina de España. (2013). Diccionario de términos médicos.
- Reglas de prescripción y técnicas de masokinesiterapia en las afecciones del aparato locomotor. *EMC-Aparato Locomotor*, 56(1), 1-9.
- Rodríguez-Camacho, D. F., & Correa-Mesa, J. F. (2018). Biomecánica del cartílago articular y sus respuestas ante la aplicación de las fuerzas. *Medicas UIS*, 31(3), 47-56.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis, 151-60.
- Spector, S. L., Kinsman, R., Mawhinney, H., Siegel, S. C., Rachelefsky, G. S., Katz, R. M., & Rohr, A. S. (1986). Compliance of patients with asthma with an experimental aerosolized medication: implications for controlled clinical trials. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 77(1), 65-70.
- Sumartojo, E. (1993). When tuberculosis treatment fails. *Am Rev Respir Dis*, 147(1311), e20.
- Tan, X. I., Patel, I., & Chang, J. (2014). Review of the four item Morisky medication adherence scale (MMAS-4) and eight item Morisky medication adherence scale (MMAS-8). *INNOVATIONS in pharmacy*, 5(3), 5.
- Tapias Urrego, L. M.(2013). Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapeutico: una revisión del tema.
- Timmreck, TC y Randolph, JF (1993). Dejar de fumar: pasos clínicos para mejorar el cumplimiento. *Geriatría* , 48 (4), 63-6.
- Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica* (Internet), 59(4), 251-258.
- World Health Organization. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud.
- Yang, A., Wang, B., Zhu, G., Jiao, Z., Fang, Y., Tang, F., ... & Zhong, M. (2014). Validation of Chinese version of the Morisky medication adherence scale in patients with epilepsy. *Seizure*, 23(4), 295-299.
- Zaldivar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*.

- Zaragoza-Velasco, K., & Fernández-Tapia, S. (2013, April). Ligamentos y tendones del tobillo: anatomía y afecciones más frecuentes analizadas mediante resonancia magnética. In *Anales de radiología México* (pp. 81-94).

ANEXOS

ANEXO 1 - ENCUESTA ÚNICA DE INVESTIGACIÓN

Estimada participante:

¡Hola! Me llamo Agustín Salinas y soy estudiante de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría en la UNRN. A través de esta encuesta, diseñada como un sistema para recopilar información para mi trabajo final de carrera, busco obtener mi título de grado investigando el nivel de adherencia al tratamiento kinésico y los factores relacionados con su abandono en el Hospital Zonal de Trelew. Los datos recolectados se utilizarán únicamente para esta investigación.

¡Agradezco su colaboración al completar la encuesta y su tiempo invertido!

Indagación acerca de factores que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico:

Nombre y apellido: _____

- 1) ¿Qué edad tienes? _____
- 2) ¿Tiene hijos a cargo?
 - a) Sí
 - b) No
- 3) ¿A qué distancia se encuentra aproximadamente del Hospital?
 - a) Menos de 5 cuadras
 - b) entre 5 y 10 cuadras
 - c) Entre 11 y 15 cuadras
 - d) Mas de 15 cuadras
- 4) ¿Ha tenido dificultades para acceder al transporte necesario para asistir a su tratamiento kinésico?
 - a) Si
 - b) No
- 5) ¿Trabaja Ud.?
 - a) Si
 - b) No

- 5.a) En caso de que la respuesta sea sí, ¿Tiene que ausentarse para presentarse a rehabilitación?
- Si
 - No
- 6) ¿De cuanto tiempo fue la demora entre la asignación del turno y la primera sesión de rehabilitación?
- 1 semana o menos a partir de la solicitud del mismo.
 - Entre 1 y 3 semanas a partir de la solicitud del mismo.
 - Más de 3 semanas a partir de la solicitud del mismo.
- 7) ¿Tuvo oportunidad de elegir el horario para su rehabilitación?
- Si
 - No
- 8) ¿Siente que su Kinesiólogo/a le brinda suficiente información y explicaciones sobre su tratamiento y progreso?
- Sí
 - No
- 9) ¿Cómo calificaría la calidad de la comunicación con su kinesiólogo/a?
- Mala
 - Regular
 - Buena
 - Muy buena
 - Excelente
- 10) ¿Ha experimentado una mejora significativa en sus síntomas desde el inicio del tratamiento kinésico?
- Sí
 - No
- 11) ¿Ha tenido una mala experiencia con algún tratamiento anterior?
- Sí
 - No
- 12) ¿Ud. Cree que realizando la rehabilitación podrá sentirse mejor?
- Sí
 - No
- 13) En una escala del 1 al 10, donde 1 es “sin dolor” y 10 “dolor insoportable”, ¿cuál es su percepción del dolor referido por la lesión?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14) ¿Cómo calificaría su grado de motivación durante su rehabilitación? Escala del 1 al 10 donde 1 es “sin motivación” y 10 es “muy motivado”

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sección II: Evaluación del nivel de adherencia al tratamiento

- 15) ¿Has tenido dificultad para interpretar siempre la información y las indicaciones proporcionadas por el kinesiólogo?
- a) Si
 - b) No
- 16) ¿Faltó a alguna de las sesiones programadas desde que comenzó su rehabilitación?
- a) Sí
 - b) No
- 17) ¿Le resulta difícil realizar regularmente los ejercicios o indicaciones preventivas para su lesión en casa?
- a) Si
 - b) No
- 18) ¿Sentís que no estás participando de forma activa en tu proceso de rehabilitación?
- a) Si
 - b) No

ANEXO 2**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado(a) participante

Estás invitado(a) a participar en un estudio de investigación titulado "Adherencia al tratamiento kinésico de pacientes con lesiones del aparato locomotor", realizado por Tomás Agustín Salinas como parte de los requisitos para obtener el título de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría.

El estudio consiste en una encuesta kinesiológica que recopilará datos sobre la adherencia al tratamiento kinesiológico en pacientes con lesiones del aparato locomotor. Tu participación no generará efectos adversos ni implicará gastos económicos. La información será tratada de manera confidencial y cumplirá con las leyes vigentes en Argentina.

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

Yo _____ he recibido del estudiante de Kinesiología y Fisiatria Tomas Agustin Salinas información clara y precisa, y en mi plena satisfacción sobre ésta investigación voluntariamente quiero participar.

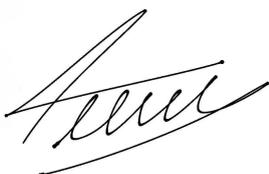
Firma del participante: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

Gracias por tu participación. Si tienes alguna pregunta, no dudes en contactarme.

Atentamente:



Tomás Agustín Salinas

Estudiante de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría.