



Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Cátedra de Taller de Tesis

“Nivel de adherencia al tratamiento kinésico en pacientes neurológicos, en el primer semestre del año 2020, durante el período de ASPO en Centro de Rehabilitación Instituto del Niño”

Sede: *Centro* **Turno:** *Noche* **Comisión:** *“A”*

Profesor/a: *Crespo, Beatriz Elizabeth*

Alumno: *Montell, Julián Matías*

Tutor a cargo: *Lic. De Larrosa, Mauro*

Año: 2020

INDICE

1. Resumen	3
2. Palabras clave	4
3. Introducción	5
4. Problema de investigación	6
5. Hipótesis	7
6. Justificación	8
7. Objetivos	9
7.1 Objetivos generales	9
7.2 Objetivos específicos	10
8. Antecedentes	11
9. Marco conceptual	12
9.1 Pandemia COVID-19	12
9.1.1 Emergencia Sanitaria	12
9.1.2 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)	13
9.2 Reporte de adherencia de la OMS	14
9.2.1 Adherencia en terapias crónicas según OMS	14
9.2.2 Algunos puntos a tener en cuenta	16
9.3 Adherencia	17
9.3.1 Etimología y definición de la palabra	17
9.3.2 Concepto	17
9.4 ¿Adherencia, Concordance o Compliance? ¿Una cuestión de términos?	18
9.5 Determinantes y barreras	19
9.5.1 Determinantes	19
9.5.2 Barreras	21
9.6 ¿Cómo se evalúa?	21
9.6.1 Medición de la adherencia	21
9.6.2 Escala de Adherencia a la Rehabilitación de Lesiones Deportivas (Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale, SIRAS)	23
9.7 Relación paciente kinesiólogo	23
10. Metodología	24
11. Procedimiento	26
12. Instrumentos	27
13. Muestra	28
14. Resultados	29
15. Discusión	34
16. Conclusión	35
17. Bibliografía	36
18. ANEXOS	38
18.1 Anexo 1	38
18.2 Anexo 2	39
18.3 Anexo 3	42

1. RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue investigar el nivel de adherencia terapéutica de pacientes neurológico del centro de rehabilitación “Instituto del Niño” durante el período de ASPO.

Se recolectó información de la planilla de presentismo de la institución para obtener un porcentaje de asistencia durante el período ASPO (marzo a septiembre de 2020). Se contrastó con el mismo periodo del año 2019. Se evaluó con la escala SIRAS el nivel de cumplimiento de la muestra. Y con una encuesta realizada a los familiares o pacientes se intentó encontrar si la relación kinesiólogo-paciente favoreció la adherencia al tratamiento.

Dentro de los resultados se obtuvo que el 70% de los pacientes tuvo un nivel de presentismo alto. Así también la muestra obtuvo el mismo nivel de cumplimiento.

En las encuestas se pudo observar que tanto el respeto por la relación kinesiólogo-paciente como la velocidad de adaptación a la situación de virtualidad, fueron altamente valoradas por los familiares o pacientes. Por otro lado, la comunicación y el profesionalismo del kinesiólogo parecerían ser las cualidades más destacadas por los encuestados.

Como conclusión, se estima que la capacidad de adaptación de los profesionales y la velocidad, sumado a las herramientas tecnológicas de comunicación virtual, brindaron la posibilidad para que los pacientes puedan continuar con sus terapias rutinarias y así sostener un nivel de adherencia.

Palabras clave: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO); Adherencia; Compliance; Alteración Psicomotriz.

2. PALABRAS CLAVE

- Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)
- Adherencia
- Compliance
- Alteración Psicomotriz

3. INTRODUCCIÓN

El interés por realizar la investigación surgió de la problemática frente a la pandemia de COVID-19. Considerando que la adherencia es un pilar fundamental para mejorar el tratamiento de nuestros pacientes, en estos momentos donde la presencialidad parece verse afectada por la posibilidad de contagio del virus. Debido a la cercanía que poseo con la institución por haber realizado las prácticas profesionales en el lugar y conociendo la problemática que tienen los pacientes que acuden al centro de rehabilitación Instituto del Niño, decidí investigar cómo fue el presentismo durante el período de aislamiento social preventivo y obligatorio. Y si las medidas implementadas por el cuerpo de kinesiología y equipo interdisciplinario para mantener la comunicación, la terapia y el seguimiento de los pacientes, fueron efectivas.

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo fue el nivel de adherencia al tratamiento kinésico en pacientes neurológicos, en el primer semestre del año 2020, durante el período de ASPO, con relación al mismo período del año 2019 y a qué factores está asociado?

5. HIPÓTESIS

Frente a la adversidad del ASPO, los kinesiólogos y el equipo interdisciplinario del Instituto del Niño ¿adaptaron su intervención con los pacientes neurológicos, usando como herramienta la tecnología de comunicación virtual (WhatsApp, Zoom, y otros), para sostener la adherencia terapéutica.?

6. JUSTIFICACIÓN

La adherencia terapéutica es un tema de gran importancia dentro del ámbito de la salud. A mayor adherencia, más posibilidad de obtener mejores resultados del tratamiento. Tanto paciente como profesional a cargo necesitan tener una buena relación. De esto dependerá en gran parte la capacidad de mantener o sostener un tratamiento a largo plazo y de cumplir con las indicaciones o recomendaciones brindadas por el profesional. Con este estudio, podríamos obtener datos relevantes para demostrar que la relación kinesiólogo-paciente-familia, favoreció la adherencia terapéutica durante el período de ASPO.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

- Valorar el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes crónicos, que asisten al centro de Rehabilitación “Instituto del Niño”, durante el período ASPO comprendido entre marzo y septiembre de 2020 y evaluar los factores asociados.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el presentismo de los pacientes en el servicio de Kinesiología.
- Evaluar el cumplimiento de las conductas terapéuticas indicadas por el profesional.
- Explorar las valoraciones del paciente crónico o familiar a cargo, para sostener un tratamiento kinésico a largo plazo.

8. ANTECEDENTES

La adherencia terapéutica se define como el grado en el que los pacientes se apegan a los distintos componentes de sus tratamientos. Se la reconoce como un fenómeno multifactorial, relacionado no sólo con condiciones inherentes al paciente, sino a su efecto interrelacionado con las características del tratamiento, con el comportamiento de la enfermedad que motivó la derivación, con la dinámica del equipo de salud y con el medio socioeconómico en que el paciente se desarrolla, por mencionar algunos.(1)

La evaluación de la adherencia basada en la clínica, consiste en un indicador de asistencia a las citas pactadas o pre acordadas y una evaluación de los comportamientos durante las mismas. El porcentaje de asistencia es un índice de adherencia ampliamente utilizado. Se calcula dividiendo el número de sesiones asistidas por el número de sesiones programadas. Sin embargo, la asistencia al consultorio no mide los comportamientos de los pacientes durante la sesión de fisioterapia. La Escala de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas (SIRAS) fue desarrollada para medir los comportamientos de adherencia durante la sesión clínica. (2)

Los comportamientos de los pacientes o tutores a cargo son complejos y están sujetos a cambios con el tiempo, sin garantía de que se mantendrán estables durante un programa de tratamiento. Para tener en cuenta la variabilidad en los comportamientos y actitudes de los pacientes, la evaluación de la adherencia debe realizarse de forma regular.

Distintos estudios demuestran que en algunos casos los pacientes acuden a la primera sesión y luego abandonan el tratamiento o no vuelven a las siguientes. La asistencia se ve afectada por distintos factores como el dolor o malestar que pueda sentir el paciente, problemas socioeconómicos, inconvenientes con el traslado o movilidad al consultorio. (3,4)

Por otro lado, la motivación del paciente o tutor, la buena relación entre paciente y kinesiólogo o equipo multidisciplinario, la participación en la planificación y ejecución del tratamiento alimentan de forma favorable la adherencia y más aún cuando es a largo plazo.(5,6)

9. MARCO CONCEPTUAL

Para comprender el contexto del análisis, creo correcto comenzar describiendo la situación que se vivió respecto a la Pandemia de Coronavirus, para luego continuar con la definición de los distintos conceptos y el desarrollo de estos.

9.1 PANDEMIA COVID-19

9.1.1 EMERGENCIA SANITARIA

Desde hace ya más de un año es de público conocimiento el duro momento que nos ha tocado atravesar a nivel mundial. Una nueva cepa de coronavirus denominada SARS-CoV-2 o más conocida en nuestro país como Covid-19 o simplemente "Covid", hizo que todo el mundo se detenga y tenga que tomar medidas para controlar los brotes y contagios. Muchos países saturaron sus sistemas de atención y se vieron severamente afectados por la gran cantidad de contagios, la atención que conllevaba cada caso y los lamentablemente fallecidos.

En Argentina, acorde a la declaración de pandemia por parte de la OMS el día 11 de marzo de 2020 el gobierno de turno tomó medidas al respecto, para mitigar la propagación del virus y así intentar controlar los contagios y su impacto sanitario. Creando un cuerpo de consulta experto, el presidente de la nación, junto a los distintos funcionarios, fueron evaluando de forma dinámica y constante la evolución de los contagios y así tomando distintas medidas.

Comenzando por declarar la emergencia sanitaria desde la publicación del DECNU-2020-260-APN-PTE el día 12 de marzo de 2020 en el Boletín Oficial por UN (1) año. Facultando al Ministerio de Salud como autoridad de aplicación y en el marco de emergencia declarado, disponen actualizar y difundir las recomendaciones y medidas a adoptar respecto de la situación epidemiológica, a fin de mitigar el impacto sanitario. Se hace una difusión masiva a través de los distintos medios de comunicación y espacios publicitarios, de las medidas sanitarias que se adoptan. Surgen recomendaciones sobre evitar viajes al exterior y sobre todo a países donde la circulación del virus es alta. Exigen a todo viajero entrante que se abstenga de ingresar al país ante la presencia de síntomas relacionados y sin un diagnóstico médico de la autoridad sanitaria del país en el que se encuentren, con la debida certificación que descarte la posibilidad de contagio. Autorizaron la contratación y adquisición de bienes, servicios o equipamientos que sean necesarios para atender la emergencia, sin sujeción al régimen de contrataciones de administración nacional. En todos los casos se deberá procederse a su publicación posterior.

Por otro lado, se permitió la contratación y ejercicio de profesionales y técnicos de salud titulados en el extranjero, cuyos títulos no estén revalidados o habilitados en la República Argentina. De forma temporal y excepcional. También se vieron afectados con esta medida exfuncionarios, personal jubilado o retirado.

Se vio afectada la distribución de productos farmacéuticos y elementos de uso médico requeridos. Entregar a título oneroso o de forma gratuita dispositivos médicos, medicamentos y elementos sanitizantes. Coordinar con las distintas jurisdicciones, la aplicación obligatoria de medidas sanitarias de desinfección en medios de transporte, salas de clases, lugares de trabajo y, en general, en cualquier lugar de acceso público o donde exista o pueda existir aglomeración de personas. La adopción de medidas de salud pública para restringir el desembarco o arribo de pasajeros, la circulación de transporte colectivo, trenes o subterráneos, o el aislamiento de zonas o regiones, o establecer restricciones de traslado, tanto como sus excepciones.

Se autorizó la instalación y el funcionamiento de hospitales de campaña o modulares aun sin contar con los requisitos y autorizaciones administrativas previas.

Se establecieron precios máximos para insumos críticos como el alcohol en gel, barbijos u otros insumos que se definan como tal y las medidas necesarias para su abastecimiento y prevención de su ausencia.

Se mantuvieron informados a los centros de salud y profesionales sanitarios, públicos y privados, sobre las medidas de prevención, atención, contención y mitigación, que corresponda adoptar para dar respuesta al COVID-19.

Se adoptaron medidas que resultaron necesarias a fin de mitigar los efectos de la pandemia y sus consecuencias.(7)

9.1.2 AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO Y PREVENTIVO (ASPO)

Una de las medidas tal vez de las más drásticas o recordadas por todas las personas corresponde a la denominada ASPO lo que significa Aislamiento Social Preventivo Y Obligatorio. Iniciando con un aislamiento durante 14 días, los cuales luego veremos que fue extendido por otra quincena y otras tantas más. Llegando a ser una de las cuarentenas más largas del mundo. Comenzó siendo de 2 semanas con la posibilidad de ser modificado según la situación epidemiológica de cada zona o región. Inicialmente las personas en condición de “caso sospechoso”, considerado éste como cualquier persona que presente fiebre y uno o más síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta o dificultad respiratoria) y que, además, en los últimos días, tenga historial de viaje a países o zonas afectadas, o haya estado en contacto con casos confirmados o probables de COVID-19, como así también los casos confirmados con diagnóstico positivo, debían aislarse de cualquier contacto con otras personas. Es decir que todo caso positivo, contacto estrecho, caso probable por compatibilidad de sintomatología debían realizar el aislamiento correspondiente. A los viajeros que arribaran al país habiendo transitado por zonas afectadas deberían brindar información sobre su itinerario, declarar su domicilio en el país y someterse a un examen médico para determinar el potencial riesgo de contagio y las acciones preventivas a adoptar, debiendo ser cumplidas sin excepción alguna. Se prohibió el ingreso y permanencia de extranjeros que no tuviesen

residencia en el país y no cumplieren el aislamiento obligatorio y las medidas sanitarias vigentes.

En caso de verificarse el incumplimiento del aislamiento indicado y demás obligaciones establecidas, los funcionarios, personal de salud, personal a cargo de establecimientos educativos y autoridades en general que tomen conocimiento de dicha situación, deberán radicar denuncia penal para investigar la posible comisión de delitos.

Siempre con el objetivo de controlar la circulación del virus, la autoridad sanitaria competente, además de realizar acciones preventivas generales, se encargó de realizar el seguimiento de la evolución de las personas enfermas y el de las personas que estén o hayan estado en contacto con las mismas.

La población en general adopta la obligación de ante la aparición de síntomas relacionados reportar de manera inmediata a los prestadores de salud correspondientes, con la modalidad establecida en las recomendaciones sanitarias vigentes de cada jurisdicción.

Se suspenden los vuelos a distintas “zonas afectadas” por 30 días, siendo de evolución constante y dinámica pudiendo este plazo verse afectado. A fin de facilitar el regreso de muchas personas que se encontraban de viaje y se vieron afectadas por estas medidas de forma repentina se dispusieron excepciones para los vuelos que trajeran a estos compatriotas.(7)

El período denominado ASPO comenzó el día 20 de marzo de 2020 con una finalización que inicialmente sería el día 31 de marzo del año 2020 para toda persona residente o en tránsito dentro del país. Este plazo, por razones consensuadas y fundadas en el cuidado de la salud pública, fue sucesivamente prorrogado mediante distintos decretos hasta el día 8 de noviembre de 2020, inclusive.(7,8)

9.2 REPORTE DE ADHERENCIA DE LA OMS

9.2.1 ADHERENCIA EN TERAPIAS CRÓNICAS SEGÚN OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adherencia como el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas. Lo cual posteriormente fue cuestionado en dos sentidos. El término “médico” resulta insuficiente para describir la amplia gama de personal sanitario. Por otro lado, la palabra “instrucciones” ubica al paciente en un lugar de receptor totalmente pasivo y sumiso ante la orden o dictamen de un “dueño del saber”, sin tener opción a debatir o cuestionar algo de su tratamiento.

Como evolución del concepto la OMS relaciona la adherencia a un tratamiento con el comportamiento que adopta el paciente frente a él. Basándose en distintas literaturas agregan que la buena relación entre paciente y profesional sanitario, paciente-prestador médico, y distintos eslabones intervinientes sumado a la adquisición de mejores hábitos alimenticios, ejercicio físico regular, chequeos y consultas médicas preventivas y de control, higiene personal, control

de comorbilidades, benefician la adherencia a un tratamiento determinado. Dándole al paciente el lugar y la participación correspondiente tanto en la planificación como durante la ejecución del tratamiento, siendo una parte fundamental la toma de decisiones.

Los pacientes deben ser socios activos de los profesionales de la salud en su propio cuidado. Y esa buena comunicación entre el paciente y el profesional de la salud es imprescindible para una práctica clínica eficaz. Se define por adherencia en terapias crónicas a la enfermedad que tenga una o más de las siguientes características: permanente, incapacidad residual, causada por una patología irreversible, requieren entrenamiento especial del paciente para la rehabilitación. Se espera que requiera un largo período de supervisión, observación o atención.

La evaluación precisa y continua de la adherencia adopta un carácter fundamental para la planificación de un tratamiento eficaz y eficiente. Sin establecer un “gold standard” para medir el comportamiento de la adherencia, el uso de las distintas estrategias de evaluación nos puede dar un mejor panorama del compromiso del paciente y conjunto a eso, darle la participación como par y no sólo tomar decisiones en los cambios de medicación si no también mejorar el canal de comunicación o vínculo entre paciente y médico o sanitarista. Muchas de estas estrategias se basan en preguntar al paciente ya sea de forma abierta o a través de cuestionarios preestablecidos cuál es su calificación respecto a su compromiso con el tratamiento. De todas formas, los resultados obtenidos serán subjetivos y para tomarse como referencia para el momento de la evaluación. Dentro de las preguntas se intenta encontrar “predictores” sobre la conducta del paciente, aunque no se encuentran factores estables que predigan de manera confiable el rol de adherencia de cada paciente. Aunque inicialmente las estrategias objetivas parecen una mejora respecto a los enfoques subjetivos, todas tienen pequeños detalles que escapan a la medición objetiva y terminan recayendo en lo subjetivo nuevamente. Por poner un ejemplo de esto, podemos decir que el médico hace el recuento de la medicación que debería haber consumido su paciente dentro de un plazo determinado. Al momento del recuento, el médico puede verificar que la cantidad “consumida” fue la correcta, pero si el paciente omitió algo en la historia, o tiró la píldora el médico nunca lo sabrá. Este ejemplo se puede transportar a las distintas evaluaciones que podemos realizar de nuestros pacientes al asistir a sus consultas diarias. Actualmente hay estudios que incorporan elementos electrónicos como aplicaciones para celulares u otros dispositivos, para el control y monitorización de las distintas conductas adoptadas por el paciente.(9) Podemos nombrar los MEMS (Sistema de Monitoreo de Eventos de Medicación), dispositivos que registran la fecha y hora en que se abre el recipiente de la medicación registrando de manera más efectiva la toma de estos. Como de costumbre los costos de estos dispositivos impiden el uso generalizado.

Independientemente de la técnica de medición utilizada, los umbrales que definen una “buena” o “mala” adherencia resultan ampliamente usados a pesar de la falta de evidencia que los respalde.

En resumen, la medición de la adherencia proporciona información útil que el seguimiento de resultados por sí solo no puede proporcionar, aunque

sigue siendo sólo una estimación del comportamiento real de un paciente. Muchas de estas estrategias resultan costosas o de difícil acceso para todos por igual. Por esto, elegir la “mejor” opción para la medición debe tener en cuenta todas estas consideraciones. Lo más importante es que cualquier método que elijamos cumpla con los estándares de fiabilidad y validez.

Los objetivos del investigador o médico, los recursos disponibles, la carga de respuestas sobre el paciente, la recolección de datos y cómo se utilizarán esos datos también debe ser tenido en cuenta. Por último, ningún método de forma única se ha considerado como óptimo. Un método de enfoque múltiple que combine el autoinforme factible y la medición objetiva de variables razonables resulta hoy día la mejor manera de evaluar la conducta de adherencia. (10)

9.2.2 ALGUNOS PUNTOS A TENER EN CUENTA

- *Los pacientes necesitan apoyo, no ser culpados.* La baja adherencia muchas veces afecta la evolución o curso del tratamiento. En el ámbito de la salud es frecuentemente debatido y de gran interés. El paciente genera su vínculo a través de una necesidad en la cual evaluará los “costos y beneficios” de lo propuesto por el profesional al frente y de cómo se siente frente a eso. Tener al paciente presente en la toma de decisiones y mantenerlo informado y explicar de forma que comprenda qué buscamos, qué se espera lograr o cuál es el fin de nuestra propuesta de tratamiento.
- *Las consecuencias de una mala adherencia a las terapias crónicas son déficit en la salud y el aumento de los costos en la atención médica.* La adherencia toma un rol determinante en la eficacia del tratamiento, debido a que un déficit atenúa el beneficio clínico óptimo. Una buena adherencia mejora la efectividad de las intervenciones destinadas a promover estilos de vida saludables, como la modificación de la dieta, el aumento de la actividad física, no fumar y comportamiento sexual seguro, y de las intervenciones de reducción de riesgos de base farmacológica. También afecta a las intervenciones de prevención secundaria y tratamiento de enfermedades. Además del impacto positivo en el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, tasas más altas de adherencia confieren beneficios económicos. Ejemplos de estos mecanismos incluyen ahorros directos, generados por el uso reducido de los servicios de salud sofisticados y costosos, necesarios en casos de exacerbación de la enfermedad, crisis o recaída. Los ahorros indirectos pueden atribuirse a la mejora o preservación de calidad de vida y roles sociales y vocacionales de los pacientes. Existe evidencia sólida que sugiere que los programas de autocuidado que se ofrecen a los pacientes con enfermedades crónicas mejoran el estado de salud y reducen la utilización y los costos de servicios sanitarios.

- *Mejorar la adherencia podría ser la mejor inversión para abordar de manera efectiva una enfermedad crónica.* Los estudios encuentran consistentemente ahorros de costos significativos y aumentos en la efectividad de las intervenciones de salud, que son atribuibles a intervenciones de bajo costo para mejorar la adherencia. En muchos casos inversiones en la mejora de la adherencia, se reembolsan en su totalidad con ahorros en la utilización de la atención médica y en otros casos, la mejora de los resultados sanitarios justifica la inversión. Las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia, deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población en todo el mundo.(10)

9.3 ADHERENCIA

9.3.1 ETIMOLOGÍA Y DEFINICIÓN DE LA PALABRA

Adherencia, que deriva del vocablo latino adhaerentia, es un concepto que hace mención a la aglutinación o el pegamiento físico de distintos elementos. La adherencia también es la propiedad de aquello que es adherente (que se pega a otra cosa).

Adherencia terapéutica es el término con el que se hace referencia a la actitud de responsabilidad adoptada por el paciente, con respecto al cuidado de su salud. Es decir, seguir todas las indicaciones y recomendaciones que le ha dado el médico.(11)

9.3.2 CONCEPTO

El concepto de adherencia a sido cuestionado y reversionado con el pasar de los años. A medida que evolucionó el campo de la medicina y la concepción del paciente y del rol que desarrolla dentro del tratamiento. No podemos olvidarnos que la persona que se acerca a realizar una consulta con un profesional de la salud es porque tiene alguna inquietud. El paciente no sólo trae a su consulta un “dolor” o síntoma referido, sino también una gran carga emocional atrás, dudas, miedos, inquietudes, por solo mencionar una parte.

Comencemos por mencionar distintas definiciones sobre adherencia terapéutica para finalmente adoptar o inclinarnos por una.

Algunos autores la definen como el grado en el que los pacientes realizan los componentes prescritos de su programa de fisioterapia que tienen lugar en casa o en la clínica(1). Otros denominan cumplimiento terapéutico a la medida en la que el comportamiento del paciente, en términos de tomar las medicaciones, seguir dietas o llevar a cabo cambios en el estilo de vida coincide con los consejos de médicos u otros proveedores sanitarios(12). Con el pasar del tiempo surge que adherencia es la implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado. Como ya se mencionó previamente la OMS la define a modo de unificación de criterios como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Ya en este

concepto se incorpora un mayor compromiso por parte del paciente(10,12). Siendo a mi criterio un tanto más integrador y siempre sumando a las ya mencionadas previamente, aparece un concepto en el cual la adherencia al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por parte de su paciente y dedique a ello el tiempo necesario. Incorporando al concepto de adherencia y la participación activa del paciente, el compromiso y dedicación del profesional de salud a cargo(12).

9.4 ¿ADHERENCIA, CONCORDANCE O COMPLIANCE? ¿UNA CUESTIÓN DE TÉRMINOS?

Al revisar la bibliografía consultada al momento de armar este trabajo llamó mi atención la diversidad de palabras usadas para realmente hablar de lo mismo. Pero que al cambiar una palabra la interpretación de esta cambia verdaderamente bastante. Cuando se habla de adherencia terapéutica muchos autores usan la palabra “*concordance*” o su traducción al español que sería algo como “*concordancia*”. Entendiendo por esto que tanto el médico y el paciente deben llegar a un acuerdo sobre el régimen que el paciente debería tomar. Es decir, que hay una especie de negociación donde tanto el paciente como el profesional médico deben llegar a un común acuerdo para definir el tratamiento. Por poner un ejemplo de esto, podríamos decir que, si un médico receta un cierto medicamento a su paciente, explicándole los riesgos y beneficios, pero el paciente no considera que eso sea lo indicado para él. Siguiendo con esta línea el profesional deberá respetar esa decisión a pesar de que el medicamento corresponda para la ocasión, y tendrá que buscar una alternativa. Por supuesto que esto puede pasar también al momento de diagnosticar algo. El paciente puede cuestionar su diagnóstico, y aunque el diagnóstico no cambie, el profesional deberá aceptar la opinión del paciente y en todo caso, derivarlo a un colega para que realice otro diagnóstico. Como vemos este término, tiene algunas cuestiones que por un lado parecerían ser equivalentes pero al pensarlo un poco, en la práctica presenta algunos inconvenientes(13,14).

Por otro lado, tenemos el término “*compliance*” que viene del latín *complire*, que significa terminar una acción, cumplir, completar, llenar totalmente, terminar algo prometido. En este caso el término usado sugiere que el paciente deberá cumplir con las exigencias del médico al frente. Tomando este un rol autoritario donde se encargará de formular el plan, explicarlo y exigir el cumplimiento de este. El paciente queda relegado de toda participación, adoptando un papel completamente pasivo. El médico demandará como dijimos, el cumplimiento sin tener en cuenta las posibilidades del paciente, la economía para acceder a la medicación prescrita, la movilidad para ir a las consultas, y así podríamos seguir mencionando distintas situaciones que son tan variables como cantidad de individuos(13,15,16).

Finalmente tenemos “*adherencia*” que ya hemos hablado sobre el origen de la palabra y su definición. Pero en este caso reafirmaremos que, al hablar de adherencia, estaremos manifestando el papel activo de la persona afectada. Es fundamental que tanto el paciente como la familia (en el caso de los niños, por ejemplo), participen activamente en el seguimiento del plan terapéutico. Es de

vital importancia que dé su opinión y muestre su acuerdo o desacuerdo con lo que el profesional le prescribe, para así, llegar a una alianza entre ambos. Es por tanto el “protagonista activo” de este proceso, no un mero cumplidor de órdenes(1,12,15,16).

9.5 DETERMINANTES Y BARRERAS

9.5.1 DETERMINANTES

Existen diversos factores que influyen directamente en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Los agruparemos e iremos describiendo para su mejor comprensión.

- *Factores relacionados con el paciente:* Diversas características personales se ven relacionadas con la adherencia, tales como edad, sexo, expectativas, confianza, motivación, conocimientos acerca de la enfermedad y su tratamiento, falta de apoyo familiar, problemas de personalidad o emocionales, olvido, dificultad de comprensión de las explicaciones dadas por el fisioterapeuta y/o falta de percepción de necesidad y/o efectividad del tratamiento, variables sociodemográficas, historial de adherencia, acceso a la atención (financiero y logístico), educativo (comprensión de las instrucciones médicas y alfabetización), factores culturales (barreras del idioma y creencias sobre el origen de la enfermedad), creencias sobre la salud (prácticas de curación alternativas y desconfianza en los sistemas médicos)(1,4,5,12). Según unos estudios de adherencia, donde se relacionó el sexo con el nivel de educación, se encontró que las mujeres de edad media y de un alto nivel de educación eran poco adherentes. Mientras que en otro estudio similar, no se registró relación entre la adherencia y la edad, sexo o nivel educativo(1). Esto no quiere decir que no pueda existir relación entre estas variables, pero al momento no hay evidencia que pueda sustentar una afirmación. Las distintas personalidades poseen rasgos que pueden favorecer la adherencia y conocerlas antes de iniciar, puede darle un mejor panorama al profesional al momento de la planificación del tratamiento. Saber, por ejemplo, que un paciente determinado tiene poca conciencia corporal, amabilidad o apertura a la experiencia, puede indicar la necesidad de brindar mayor atención o motivación para aumentar la probabilidad de que esa persona se adhiera a los aspectos clínicos del programa de rehabilitación(17). La automotivación se ha asociado de manera constante y positiva junto al apoyo familiar o social(1,18,19). En el caso de niños con parálisis cerebral que en algunos casos no pueden valerse por si solos o tomar decisiones, son los padres los encargados de hacerlo. Los padres pueden administrar y establecer límites de manera diferente para un niño discapacitado. Los puntos de vista sociales y las ideas preconcebidas, pueden mezclarse con los sentimientos de culpa y tristeza que condicionan a los padres para tratar a un niño con parálisis

cerebral, permitiendo así un comportamiento infantil que no permitirían en un niño con desarrollo típico por ejemplo(20).

- *Factores relacionados con la condición de la enfermedad o lesión:* En este aspecto nos referimos a estados emocionales, malestares físicos por efectos de la medicación o de la misma patología, tiempo y velocidad de evolución de la enfermedad, comorbilidades, grado de discapacidad. Los pacientes que cursan enfermedades de carácter crónico muchas veces alteran la percepción de sus síntomas. Por ejemplo, durante los períodos de remisión, cuando la sintomatología está ausente, los pacientes parecen no dar señales para continuar con el tratamiento. Esto puede traer a confusión, ya que a veces no tener un síntoma no quiere decir que esté todo bien o que mucho menos se hayan recuperado. Otro inconveniente de todos los pacientes crónicos, es la dificultad para integrar el tratamiento y todo lo que eso involucre a sus actividades diarias normales. En el caso de enfermedades graves o donde la falta de terapia genere consecuencias relacionadas, los pacientes suelen ser más adherentes(1,12,20).
- *Factores relacionados con el sistema de salud, la atención y el tratamiento:* Aquí abordaremos o al menos haremos mención del contexto en el que el paciente acude a su cita. Por esto el entorno clínico, el contenido del programa terapéutico, la falta de recursos, falta de monitorización y seguimiento periódico del paciente, excesiva carga laboral para profesionales, inadecuación en los servicios, actitudes negativas del personal que atiende al paciente, consultas cortas, tiempos de espera prolongados, turnos con mucha anticipación, insatisfacción con el servicio brindado, poca capacidad del sistema para educar los pacientes, falta de conocimiento sobre adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarlas.
Los pacientes con frecuencia tienen dificultades para mantener las conductas de ejercicio a largo plazo, debido a que encuentran inconvenientes al hacerlas parte de sus rutinas diarias.
Estando en detalles, como reducir los tiempos de espera, planificar el correcto seguimiento de cada paciente, hacer que el ambiente de trabajo como de atención clínica sea armonioso y agradable, hacen que el cumplimiento del tratamiento mejore. Otros estudios agregan que muchas veces los grupos de terapia son beneficiosos para mejorar la motivación y la adherencia, ya que el paciente comparte la rehabilitación con otros pares(1,12,18,19).
- *Factores relacionados con la relación kinesiólogo–paciente:* La comunicación fluida, clara y sincera es fundamental para establecer una relación eficaz entre el profesional y el paciente. Estudios sugieren que los pacientes que tenían una relación positiva con sus fisioterapeutas se sentían más incentivados a asistir a sus citas clínicas y completar las actividades de su

rehabilitación durante la sesión. Una relación donde se demuestra el interés y la voluntad de servicio, donde se explica cada cosa al paciente de manera que comprenda y pueda sentirse incluido y participe en la planificación y realización de su tratamiento. Incentivar a nuestros pacientes y explicarle los beneficios de lo que hacemos y que entiendan el por qué y más importante aún el para qué y qué esperamos lograr(1).

9.5.2 BARRERAS

Algunas barreras que se presentan con frecuencia pueden ser:

- Problemas con el régimen prescrito (efectos adversos)
- Instrucciones insuficientes
- Fallo en la relación kinesiólogo–paciente
- Desacuerdo del paciente respecto al tratamiento
- Mala memoria en el paciente
- Falta de tiempo para hacer la ejercitación o rutina en el hogar
- Creencias negativas sobre el valor del tratamiento

9.6 ¿CÓMO SE EVALÚA?

9.6.1 MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA

El interés por medir la adherencia de nuestros pacientes es importante si queremos beneficiar y favorecer los resultados de la terapia en curso. Es de amplio interés por todos los campos de la salud, el hecho de mejorar la adherencia de los pacientes, ya que trae mejores resultados, menores complicaciones de las patologías, menores costos para el paciente y el sistema de salud, y una mejor calidad de vida(2,4,5,12,18,19,21).

Por tanto, si vamos a medir la adherencia deberemos partir desde el punto que la evaluación de la adherencia debe ser desde un enfoque multifactorial(1,12). Con esto me refiero al hecho que el concepto de adherencia se basa en dos partes básicamente. La adherencia basada en la clínica, que su indicador será la asistencia a las sesiones prescritas y el cumplimiento o compromiso durante la sesión misma. Y, por otro lado, lo referido a la adherencia basada en el hogar, donde el paciente muchas veces tiene indicaciones ya sea de ejercicios, movilizaciones, uso de órtesis o algún tipo de vendaje, entre otras tantas posibilidades. Sobre todo, cuando estamos en presencia de niños con PC (Parálisis Cerebral) que dependiendo del tipo y el grado de severidad serán los cuidados necesarios. Nuevamente los padres o tutores toman un rol determinante en la rehabilitación y en el cumplimiento o constancia de las distintas rutinas diarias que necesitan estos niños(1,5,12,20).

- *Adherencia basada en la clínica:* La evaluación de la adherencia basada en la clínica debe consistir de un indicador de asistencia a las sesiones programadas y una valoración del comportamiento durante el desarrollo de estas. El indicador de asistencia es un índice que se calcula dividiendo el número de sesiones asistidas por el número de sesiones programadas. Pero, la asistencia a la

sesión no mide los comportamientos de adherencia del paciente durante la sesión de fisioterapia.

Para resolver esta situación se idearon varios métodos de observación, que permiten medir estos comportamientos en nuestros pacientes durante la sesión. Algunos utilizaron el conocimiento del fisioterapeuta del paciente, los síntomas clínicos, el progreso de la rehabilitación y las observaciones del comportamiento para dar un porcentaje de adherencia. También se basaron en las observaciones del kinesiólogo de los pacientes como indicador de adherencia, y la adherencia a cada modalidad de tratamiento se calificó en una escala de ninguno (0) a todos (5). De todas formas, sigue habiendo lugar para la subjetividad, y la falta de respaldo bibliográfico no colabora con esto(1–3,5,12,18).

- *Adherencia basada en el hogar:* El éxito de muchos programas de fisioterapia dependen de que los pacientes realicen las actividades prescritas en la casa. Los diarios de los pacientes y los cuestionarios de autoinforme resultan ser los métodos más comúnmente reportados para medir la adherencia. Los dispositivos electrónicos y demás herramientas tecnológicas muchas veces son costosas y de difícil acceso para toda la población.

La idea de los diarios es que el paciente registre los momentos en los que realiza los ejercicios, el tiempo que tarda, las repeticiones que alcanzó, o lo que le indiquemos que anote como valor de referencia. Posteriormente deberá llevar este diario a las distintas sesiones para que sea analizado y relacionado con el paciente y evolución del tratamiento. También se idearon escalas numéricas para medir adherencia que van desde “nada” a “totalmente” adherente. La principal limitación de los autoinformes retrospectivos es la posibilidad de recuerdos inexactos y un sesgo hacia una sobreestimación de las actividades en el hogar(1,5,12,18).

Los comportamientos de los pacientes son complejos y están sujetos a cambios con el pasar del tiempo, sin garantías de que se mantengan estables durante el transcurso del tratamiento, en especial los que son largos o de por vida. Sería interesante mantener un monitoreo constante de estas variables para poder detectar las variaciones en el comportamiento con el pasar del tiempo. Además, las decisiones para modificar el tratamiento, los medicamentos o la forma de comunicación, para originar una mayor participación por parte de los pacientes, dependen de que una medición sea válida y fiable. A la fecha, si bien hay diversidad de estrategias de todo tipo, ya sea desde cuestionarios de autoevaluación, diarios de registros, dispositivos electrónicos (poco accesibles para el general de la población), aplicaciones móviles hasta evaluaciones por parte del kinesiólogo o profesional, no hay mucha bibliografía o estudios que validen de forma concreta la adherencia. Quedando siempre la subjetividad y la contextualización de cada paciente y situación particular.

En resumen, es evidente que la medición de la adherencia debe reflejar las demandas conductuales del programa de rehabilitación impuestas al paciente. Esto requerirá la inclusión de una evaluación de sus comportamientos de adherencia basados en la clínica y en el hogar(1–3,9,12,18,20,22,23).

9.6.2 ESCALA DE ADHERENCIA A LA REHABILITACIÓN DE LESIONES DEPORTIVAS (Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale, SIRAS)

La Escala de Adherencia a la Rehabilitación de Lesiones Deportivas o SIRAS se desarrolló como un instrumento para evaluar la adherencia del paciente durante las sesiones de rehabilitación en el consultorio, según la calificación por parte de los profesionales de la salud. En concreto, el SIRAS se utiliza para evaluar la intensidad con la que los pacientes completan los ejercicios o consignas de la rehabilitación, la frecuencia con la que siguen las instrucciones y los consejos del médico y su receptividad a los cambios en el programa de rehabilitación durante la cita de ese día. Sumando las puntuaciones de los tres elementos se obtiene una puntuación compuesta para el SIRAS que va del 0 al 15. Esto se debe a que cada elemento valorado tiene una escala de puntuación que va del 1 al 5.

La fiabilidad y validez del SIRAS se ha probado en diversos estudios. Se demostró que tiene alta consistencia interna, alta confiabilidad test-retest, confiabilidad moderada entre evaluadores (esto debatido ampliamente pero como mencionamos previamente es relativo a la subjetividad personal de cada evaluador) y que los tres ítems se concentran en un solo factor, la adherencia. Por otro lado la escala es usada no sólo en el ámbito deportivo, sino también por cualquier profesional de salud que quiera evaluar la adherencia de sus pacientes (1,2,12,18).

9.7 RELACIÓN PACIENTE – KINESIÓLOGO

Se considera que la comunicación entre el paciente o responsable a cargo y su kinesiólogo es fundamental para establecer una relación eficaz. Entendiendo que por eficaz nos referimos a que los resultados del tratamiento se verán beneficiados, así como también el paciente, debido a que se sentirá más a gusto con el lugar que tiene dentro de su recuperación. Los pacientes que tienen una relación positiva siempre son más propensos a cumplir con su tratamiento.

Para no ser reiterativo y repetir lo ya mencionado a lo largo del marco conceptual, considero que ya quedan claros los beneficios que tiene un buen vínculo entre kinesiólogo y paciente(1,5,6,12,18).

10. METODOLOGÍA

- Lugar y Fecha: Provincia de Buenos Aires, marzo a septiembre 2020
- Centro de Rehabilitación “Instituto del Niño” situado en calle Independencia 144, Avellaneda, Sarandí, Provincia de Buenos Aires.
- Tipo de Estudio: Descriptivo Exploratorio

VARIABLES Y VALOR

VARIABLE 1: Presentismo de los pacientes en el servicio de Kinesiología. (Ver Anexo 1)

Valor: Se expresa en números, calculados como:

% presentismo: sesiones asistidas x 100/ sesiones prescritas por el kinesiólogo

- 0% - 40%
- 41% - 70%
- 71% - 100%

Indicadores: Para mayor claridad en el análisis de los resultados, se decide otorgarle un indicador para cada valor.

- *Nivel Bajo:* 0% - 40%
- *Nivel Medio:* 41% - 70%
- *Nivel Alto:* 71% - 100%

VARIABLE 2: Nivel de cumplimiento de las conductas terapéuticas indicadas por el profesional. (Ver anexo 2)

Dimensiones:

- *Dimensión 1:* Intensidad con la cual el paciente completa los ejercicios terapéuticos durante la sesión.
- *Dimensión 2:* Frecuencia con la cual el paciente sigue las instrucciones y consejos del kinesiólogo durante la sesión.
- *Dimensión 3:* Flexibilidad del paciente para aceptar cambios en su programa de ejercicios terapéuticos durante la sesión.

Valor: Los valores de las dimensiones 1 a 3 se expresan en una escala que va del 1 al 5, siendo el 1 el valor mínimo y el 5 el máximo. Los valores de las dimensiones 1 a 3 se suman dando un resultado entre 3 y 15 puntos, donde el valor 15 se toma como el 100%. Para mayor claridad en el análisis de los resultados, se decide dividir el puntaje en los siguientes rangos:

- 0% - 40%
- 41% - 70%
- 71% - 100%

Indicadores: Para mejorar la comprensión se decide otorgarle un indicador para cada rango de valor.

- *Nivel de Cumplimiento Bajo: 0% - 40%*
- *Nivel de Cumplimiento Medio: 41% - 70%*
- *Nivel de Cumplimiento Alto: 71% - 100%*

VARIABLE 3: Valoración del paciente crónico o familiar a cargo para sostener un tratamiento kinésico a largo plazo. (Ver Anexo 3)

Valor: El valor se expresa en números, calculado como:

% de respuesta para cada pregunta de la encuesta por el número de pacientes.

Indicadores: Los indicadores de la pregunta 1 a 5 son "SI" o "NO" exceptuando la número 6 donde se le brinda al entrevistado las siguientes posibilidades: "Comunicación", "Disposición", "Receptividad", "Amabilidad", "Profesionalismo", "Servicialidad".

11. PROCEDIMIENTO

Se procede a la consulta de la planilla de presentismo del Instituto de Niño, para registrar la asistencia a la sesión de cada paciente, correspondiente al kinesiólogo/tutor. Luego se procede a calcular el porcentaje de asistencia de cada paciente del Instituto del Niño durante el plazo de estudio (marzo a septiembre 2019/2020). Posteriormente se realiza un promedio de presentismo que corresponde al total de los pacientes para cada semestre. Finalmente se comparan los promedios obtenidos para cada año.

Se envía vía mail la planilla con la escala SIRAS al kinesiólogo tratante para que evalúe la adherencia durante el transcurso de la sesión de su paciente. Las planillas una vez completadas son devueltas al tesista. Luego se vuelcan todos los puntajes evaluados en una tabla, donde se les establece un porcentaje respecto de la máxima puntuación, para posteriormente ubicarlos dentro de un nivel de cumplimiento. Finalmente se realiza un promedio del puntaje entre todos los pacientes y de esta forma obtenemos qué nivel de cumplimiento aproximado tuvo toda la muestra durante el período estudiado.

Se envían las encuestas a los padres y/o pacientes vía mail, para que sean completadas y devueltas al tesista. Se toma la decisión de cargarlas de forma anónima para salvaguardar los datos o cualquier información personal de los pacientes, **de esta manera evitamos realizar el consentimiento informado para cada paciente o familiar.** Al recibir las encuestas, se procede a cargar en una tabla la cantidad de respuestas que tuvo cada pregunta para posteriormente realizar un porcentaje que lo represente.

12. INSTRUMENTOS

- Planillas de registros de presentismo del “Instituto del Niño”
- Escala SIRAS
- Encuesta

13. MUESTRA

La muestra se conformó con 10 pacientes (6 mujeres y 4 hombres) con un rango de edad entre 3 y 12 años. Todos tienen diagnóstico de Encefalopatía Crónica No Evolutiva (ECNE) aunque cada uno presenta una forma distinta dentro de la variabilidad clínica que la patología conlleva. Al ser una enfermedad crónica llevan a cabo su tratamiento kinésico en el Centro de Rehabilitación “Instituto del Niño” y fueron estudiados entre marzo y septiembre de 2020.

Criterios de exclusión:

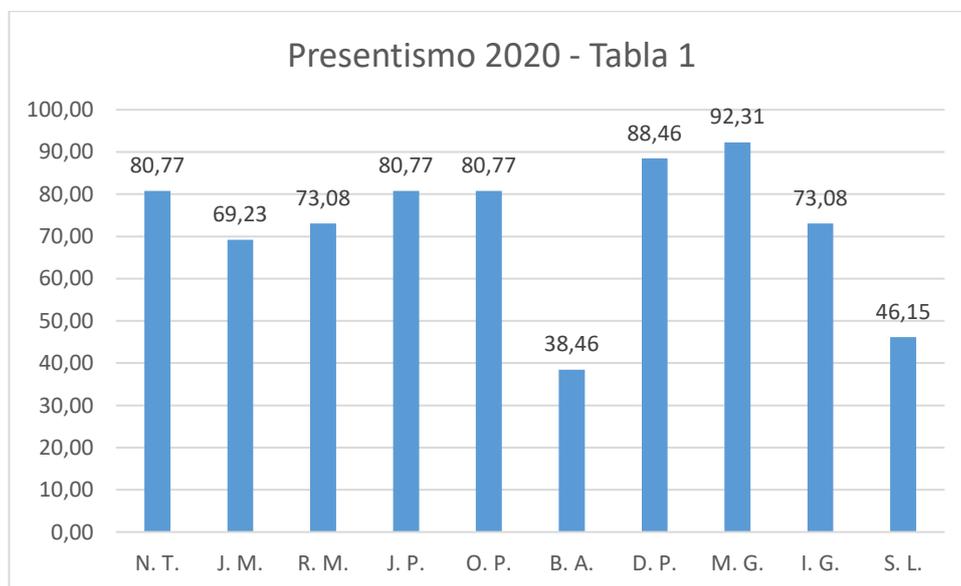
Se dejaron fuera del estudio los siguientes pacientes:

- Pacientes operados
- Pacientes con problemas familiares
- Pacientes con problemas de conectividad

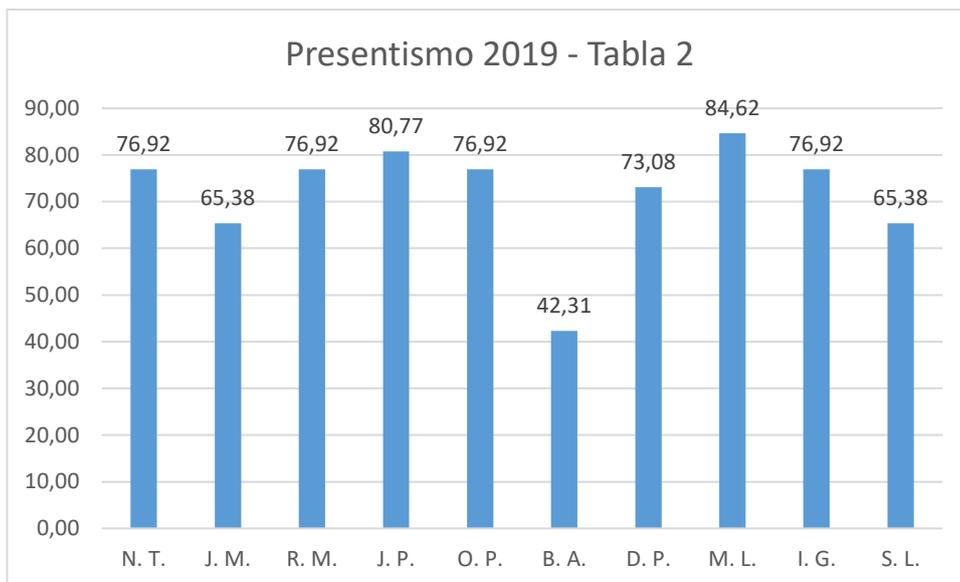
14. RESULTADOS

El propósito del trabajo fue, realizar un análisis de la adherencia terapéutica de los pacientes neurológicos del centro de rehabilitación “Instituto del Niño”, durante la primera etapa de la pandemia denominada ASPO. Al ser un momento de gran aislamiento e imposibilidad para circular por las calles, como para concurrir a lugares cerrados, los pacientes se vieron afectados para acudir a sus terapias semanales.

En la recolección, análisis y comparación de los datos podemos observar que durante el período de ASPO, tomando como referencia la variable 1, el 70% de los pacientes tuvo un nivel de presentismo alto, el 20% obtuvo un nivel medio y sólo el 10% un nivel bajo. Vale aclarar que al presentismo se lo considera válido aunque fuera de manera virtual. Esto es importante aclararlo debido a que aproximadamente los primeros quince (15) días del ASPO, todo el cuerpo de kinesiología de la institución junto con el resto de los terapeutas que conforman los equipos de atención (Psicólogos, Fonoaudiólogos, Terapista Ocupacionales, entre otros), tuvieron que reinventar la modalidad de atención. De esta forma alcanza un valor significativo la tecnología y la posibilidad de usar programas o aplicaciones para favorecer la comunicación a distancia. Conforme pasó el tiempo, las disposiciones se fueron flexibilizando suavemente y ante la posibilidad de realizar la atención de forma personal, la institución volvió a abrir sus puertas lentamente y con protocolos acordados. Se le dio la posibilidad a cada familia de elegir, si continuar con las consultas de forma virtual o asistir personalmente al centro. Debido a esto, se decide considerar por presentismo tanto la consulta virtual como la presencial.

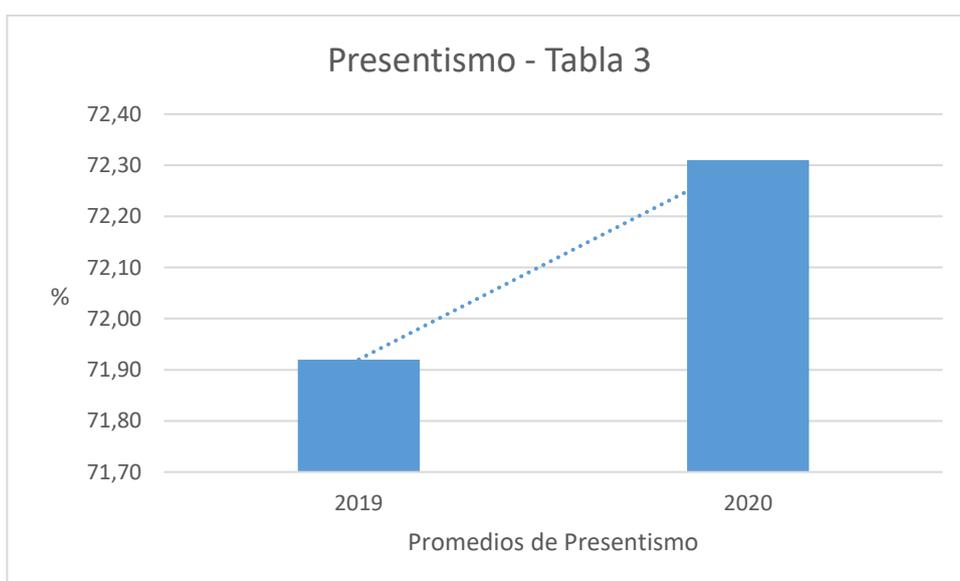


Como se puede observar en la Tabla 1 siete (7) pacientes están por arriba del 71% de cumplimiento necesario para encontrarse en el grupo de presentismo alto. He aquí la necesidad de analizar cómo fue el presentismo durante el mismo período, pero del año anterior (2019).



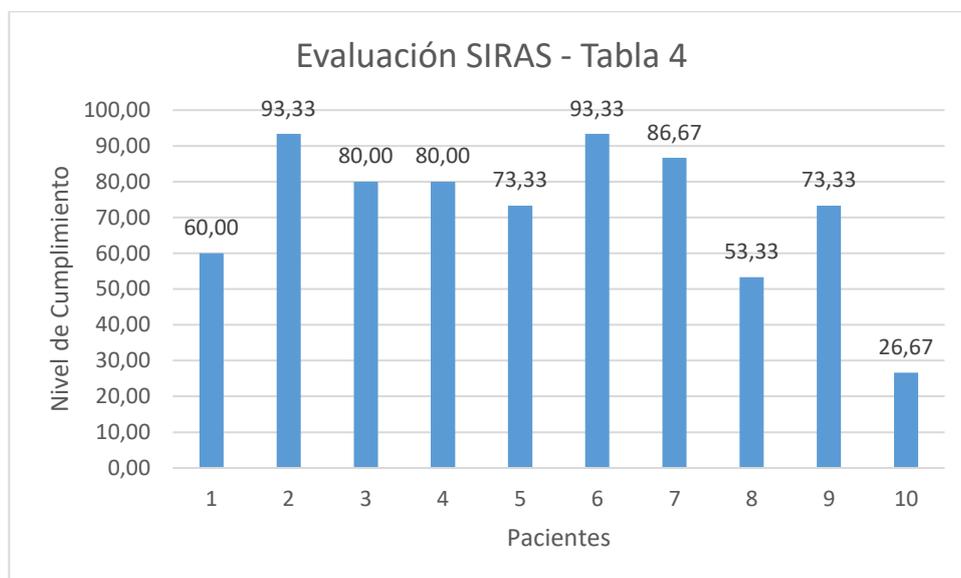
Si nos detenemos a observar la Tabla 2, podemos notar que el 70% de los pacientes tuvo un nivel de presentismo alto, mientras que el otro 30% un nivel medio. Esto me hace pensar, que realmente la diferencia no parecería percibirse. Es decir, que parecería que la pandemia y la situación de encierro no impidió el presentismo de los pacientes.

Como correlato de lo mencionado previamente se observó, que durante el primer semestre del año 2020, el total de los pacientes tuvo en promedio un 72,31% de presentismo, correspondiendo este valor a un nivel alto de asistencia para todo el grupo a lo largo del semestre. Posteriormente se realizó el mismo cálculo para comparar y ver la diferencia con el mismo periodo pero del año 2019. (Ver Tabla 3)



Al realizar el análisis del promedio correspondiente al año 2019 notamos que fue de un 71,92% durante el primer semestre para el total de pacientes. Al comparar ambos promedios se puede ver que hay un aumento en el presentismo

respecto al año anterior. Siendo para el año 2020 un 0,39% superior respecto del año 2019.

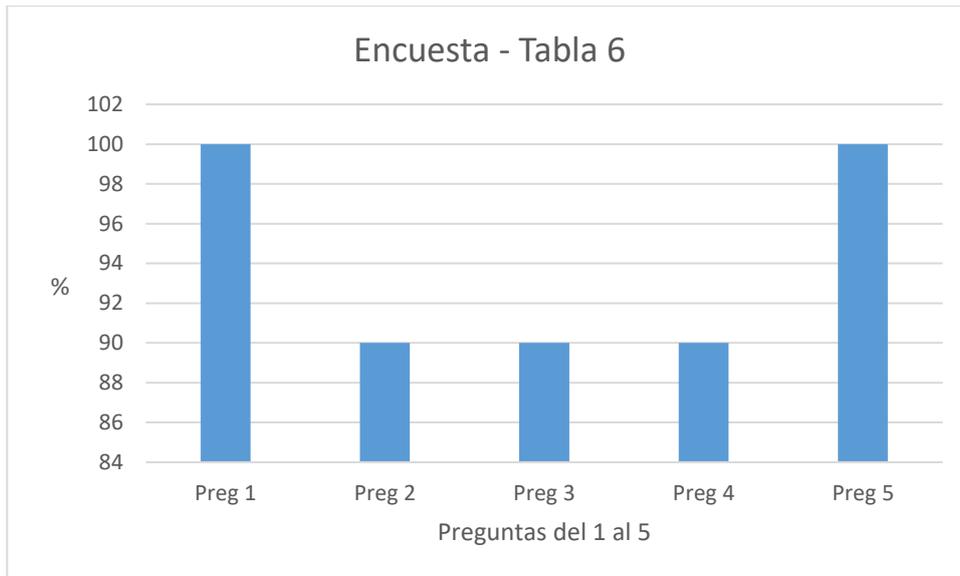


Siguiendo con los datos recolectados, es momento de la evaluación de la adherencia durante la sesión correspondiente a la variable 2. Como respuesta a la escala utilizada denominada en su abreviatura SIRAS, el kinesiólogo evaluó el comportamiento de cada paciente y su familia o tutor durante la consulta. En la valoración de la escala se puede notar que del total de los pacientes el 70% obtuvo un nivel de cumplimiento alto, el 20% un nivel medio y el 10% un nivel bajo. Como se venía analizando previamente se realizó un promedio entre los puntajes de todos los pacientes y resultó de 10,8 puntos para todo el grupo. Esto se traduce a un 72% del total máximo posible de puntuación. Por este motivo se podría sugerir que el grupo obtuvo un nivel de cumplimiento alto para todo el semestre. (Ver Tabla 5)

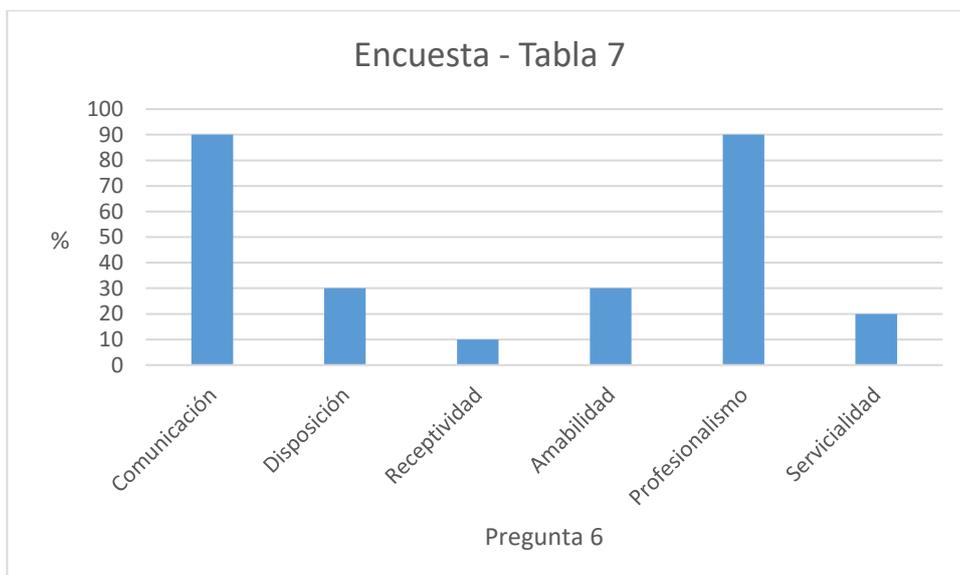
Evaluación SIRAS - Tabla 5

Paciente	Puntaje total	%	Nivel de Cumplimiento
1	9	60,00	Medio
2	14	93,33	Alto
3	12	80,00	Alto
4	12	80,00	Alto
5	11	73,33	Alto
6	14	93,33	Alto
7	13	86,67	Alto
8	8	53,33	Medio
9	11	73,33	Alto
10	4	26,67	Bajo
Promedio Total	10,8	72	Alto

Al recoger los datos de las encuestas correspondientes a la variable 3, encontramos que el 100% de los familiares sintió el respeto por la relación kinesiólogo-paciente y consideró que las herramientas terapéuticas otorgadas a lo largo de las consultas virtuales fueron efectivas. El 90% de las familias se sintieron contenidas por el cuerpo de kinesiología durante la pandemia, así como también, reconocieron que el kinesiólogo respetó los días y horarios pactados. Es notable, como el 90% reconoció que tanto el kinesiólogo como el equipo interdisciplinario se movilizó rápidamente para encontrar una alternativa ante la falta de presencialidad. (Ver Tabla 6)



Finalmente, se puede decir que el 90% de los pacientes o familiares reconoció la comunicación y el profesionalismo como valores destacables dentro de la relación kinesiólogo-paciente. Siguiendo con valores inferiores encontramos la amabilidad y disposición con 30% ambas, la servicialidad con 20% y receptividad con un 10%. (Ver Tabla 7)



Con todos estos resultados se da por cerrada la etapa de recolección de información y análisis para pasar a la conclusión del trabajo.

15. DISCUSIÓN

Es interesante y alentador el resultado obtenido según la muestra tomada. Considero que sería un análisis más rico si se pudiese hacer con una muestra más grande.

Por otro lado, haría más profundo el análisis tener en consideración otros aspectos como el entorno del paciente, si tienen un medio de transporte propio o usan uno público, la cercanía a la institución, el contexto familiar, por mencionar algunos factores que podrían influenciar en la adherencia.

Más allá de algunas consideraciones que se podrían tener en cuenta a futuro para posibles estudios, es esperanzador lo observado durante esta investigación. Creo que se generó un cambio de paradigma al atravesar por una situación para la que nadie estaba preparado. La comunicación de manera virtual hizo que el kinesiólogo “entre” al domicilio del paciente. Conociendo todo el ambiente, las condiciones, el contexto donde vive o reside su paciente y la familia misma. Se pudo observar cómo es, aunque sea de manera parcial, el actuar de la familia y del paciente en su casa. Por otro lado, los padres o tutores de estos niños adquirieron casi un rol de terapeuta. Forzados a cumplir muchas veces el lugar que tendría el kinesiólogo, sea para hacer una movilización al paciente, colocar una órtesis, aprender sobre posicionamientos que favorezcan la correcta alineación articular de su hijo, por mencionar algunas cosas. Esto resulta interesante desde el punto de vista que, si bien la presencialidad y la “mano” del kinesiólogo no puede ser reemplazada y menos a través de una pantalla, pero la virtualidad dio la posibilidad de no solo generarse este intercambio de roles sino también de mantener la terapia en los chicos. Hay que tener en cuenta que debido a la patología que tienen, los cuidados y terapias interdisciplinarias son de por vida.

Espero que esta investigación sirva como motivación para futuros trabajos sobre el tema, ya que la dura situación hizo que se cambien los paradigmas y que debamos adaptarnos a ellos.

16. CONCLUSIÓN

Como se pudo observar previamente en los resultados, encontramos que la mayoría de los pacientes sostuvieron la asistencia a sus consultas terapéuticas. El 70% de la muestra tuvo un nivel de presentismo alto, lo cual, parecería indicar que las herramientas tecnológicas de comunicación virtual generaron un terreno favorecedor para el desarrollo de la terapia.

Respecto al cumplimiento durante la sesión terapéutica, se pudo ver que el grupo presentó un nivel de cumplimiento alto con un 72% de la puntuación máxima posible.

Para terminar de responder a la hipótesis planteada a través de la encuesta, se pudo estimar que la mayoría de los pacientes y/o familiares sintieron no sólo el respeto por la relación paciente-kinesiólogo, sino también la velocidad con la que el equipo terapéutico se reinventó a fin de sostener el tratamiento de sus pacientes. Cualidades como la comunicación y el profesionalismo fueron las más elegidas a la hora de destacar aspectos del kinesiólogo a cargo.

Espero trabajos futuros puedan analizar este tema y aportar mayores relaciones entre los datos. Toda investigación que pueda sumar información y análisis de la situación de la adherencia en estos tiempos de pandemia, favorecerá las herramientas para mejorar siempre como profesionales al servicio del prójimo.

17. BIBLIOGRAFÍA

1. Bassett S. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *New Zeal J Physiother.* 2003;31(2):60–6.
2. Kolt GS, Brewer BW, Pizzari T, Schoo AMM, Garrett N. The Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale: a reliable scale for use in clinical physiotherapy. *Physiotherapy.* 2007;93(1):17–22.
3. Pérez-flores E, Macías-hernández I, Peña-bañuelos J. Índice De Asistencia En El Tratamiento De Rehabilitación En Adolescentes Con Parálisis Cerebral En Un Centro Del Noroeste Mexicano. 2017;99–104.
4. Eaddy MT, Cook CL, O'Day K, Burch SP, Cantrell CR. How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes: A literature review. *P T.* 2012;37(1):45–55.
5. Mitchell WG, Scheier LM, Baker SA. Adherence to Treatment in Children With Epilepsy: Who Follows “Doctor’s Orders”? *Epilepsia.* 2008;41(1):1616–25.
6. Levy AR, Polman RCJ, Clough PJ. Adherence to sport injury rehabilitation programs: An integrated psycho-social approach. *Scand J Med Sci Sport.* 2008;18(6):798–809.
7. Presidencia de la Nación. EMERGENCIA SANITARIA. *BoI Of la República Argentina.* 2020;260/2020.
8. Presidencia de la Nación. Aislamiento social preventivo y obligatorio. *Boletín Of la República Argentina.* 2020;297/2020:1–7.
9. Rodríguez Mariblanca M, Cano de la Cuerda R. Mobile applications in children with cerebral palsy. *Neurol (English Ed.* 2019;
10. ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES-Evidence for action. WHO. 2003;
11. Julián Pérez Porto y María Merino. Definición de adherencia [Internet]. 2015. Available from: <https://definicion.de/adherencia/>
12. Bartres N. La Adherencia al Tratamiento en Fisioterapia - Revisión Bibliográfica. *ZaguanUnizarEs.* 2019;2021:0–43.
13. Done P, Werner H, Mail AJ, Schwendener HR. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *Aust Surv.* 1983;31(8):583–7.
14. Aronson JK. Time to abandon the term ‘patient concordance.’ *Br J Clin Pharmacol.* 2007;64(5):711–3.
15. Aronson JK. Compliance, concordance, adherence. *Br J Clin Pharmacol.* 2007;63(4):383–4.
16. Tilson HH. Adherence or Compliance? Changes in Terminology. *Ann Pharmacother.* 2004;38(1):161–2.
17. Hilliard RC, Brewer BW, Allen E, Cornelius, Raalte JL Van. Big Five Personality Characteristics and Adherence to Clinic. *J Orthomol Med.* 2014;29(4):154–6.
18. Brewer BW. Adherence to sport injury rehabilitation programs. *J Appl Sport Psychol.* 1998;10(1):70–82.
19. Brewer BW, Cornelius AE, Van Raalte JL, Petitpas AJ, Sklar JH, Pohlman MH,

- et al. Protection motivation theory and adherence to sport injury rehabilitation revisited. *Sport Psychol.* 2003;17(1):95–103.
20. Colver A, Fairhurst C, Pharoah POD. Cerebral palsy. *Lancet.* 2014;383(9924):1240–9.
 21. Hanney WJ, Masaracchio M, Liu X, Kolber MJ. The influence of physical therapy guideline adherence on healthcare utilization and costs among patients with low back pain: A systematic review of the literature. *PLoS One.* 2016;11(6):1–18.
 22. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino I. Methods to assess medication adherence. *Ars Pharm.* 2018;59(3):163–72.
 23. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna.* 2007;24(3):138–41.

2)

ESCALA SIRAS (SPORT INJURY REHABILITATION ADHERENCE SCALE)

1. Intensidad con la que el paciente completó los ejercicios de rehabilitación durante la sesión de hoy						
Mínimo esfuerzo	1	2	3	4	5	Máximo esfuerzo
2. Durante la sesión de hoy ¿Con qué frecuencia el paciente siguió sus instrucciones y consejos?						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
3. ¿Cuán receptivo fue el paciente a los cambios en el programa de rehabilitación durante la sesión de hoy?						
Nada receptivo	1	2	3	4	5	Muy receptivo

Evaluación SIRAS

Paciente	Puntaje total	%	Nivel de Cumplimiento
1	9	60,00	Medio
2	14	93,33	Alto
3	12	80,00	Alto
4	12	80,00	Alto
5	11	73,33	Alto
6	14	93,33	Alto
7	13	86,67	Alto
8	8	53,33	Medio
9	11	73,33	Alto
10	4	26,67	Bajo
Promedio Total	10,8	72	Alto

Paciente 1					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	9				

Paciente 2					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	14				

Paciente 3					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	12				

Paciente 4					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	12				

Paciente 5					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	11				

Paciente 6					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	14				

Paciente 7					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	13				

Paciente 8					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	8				

Paciente 9					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	11				

Paciente 10					
Preg 1	1	2	3	4	5
Preg 2	1	2	3	4	5
Preg 3	1	2	3	4	5
Total	4				

3)

ENCUESTA

- ¿Sintió la familia el respeto en la relación kinesiólogo-paciente?
SI NO

- El kinesiólogo ¿respetó los días y horarios de sesión?
SI NO

- La familia ¿fue contenida por el área de kinesiólogía durante la pandemia?
SI NO

- El kinesiólogo y equipo interdisciplinario ¿se adaptó rápidamente a la situación de virtualidad?
SI NO

- La familia ¿considera que las herramientas terapéuticas brindadas durante la virtualidad fueron efectivas?
SI NO

- ¿Qué aspecto destaca de su kinesiólogo/a? Redondear la/s opción/es que corresponda.
 - Comunicación
 - Disposición
 - Receptividad
 - Amabilidad
 - Profesionalismo
 - Servicialidad

Paciente 1		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

Paciente 2		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

Paciente 3		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

Paciente 4		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

Paciente 5		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

Paciente 6		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

Paciente 7		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

Paciente 8		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

Paciente 9		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

Paciente 10		
Preg 1	SI	NO
Preg 2	SI	NO
Preg 3	SI	NO
Preg 4	SI	NO
Preg 5	SI	NO
Preg 6	Comunicación	Amabilidad
	Disposición	Profesionalismo
	Receptividad	Servicialidad

TOTAL	SI	NO	%
Preg 1	10	0	100
Preg 2	9	1	90
Preg 3	9	1	90
Preg 4	9	1	90
Preg 5	10	0	100

Preg 6	Comunicación	9	90
	Disposición	3	30
	Receptividad	1	10
	Amabilidad	3	30
	Profesionalismo	9	90
	Servicialidad	2	20