



VALIDACION DE UNA ENCUESTA PARA LA MEDICION DE ADHERENCIA
TERAPEUTICA A UN TRATAMIENTO KINESICO MUSCULOESQUELETICO.

POR: ANDREA BELEN GONZALEZ GALINDO, CATALINA BELEN
ARRIAGADA MARTINEZ, SERGIO ANDRES RODAS VALENZUELA

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del
Desarrollo para optar al Grado Académico de Licenciado en Kinesiología.

PROFESOR GUIA:

SR. PATRICIO OLIVA MELLA

SR. JAIME SEPULVEDA BARRA

Diciembre 2020

CONCEPCION

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

© Se autoriza la reproducción de fragmentos de esta obra para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

Dedicado a mi querida tía, enfermera Zoila Muñoz Jaramillo
Y a todos quienes luchan día a día por un Chile más digno y justo para todos
“No hay peor lucha que la que no se da”

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos quienes nos apoyaron en este proceso, en especial a nuestras familias, a nuestros profesores guías y a la profesora Silvana Quintana y a la profesora Karova Martínez.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	7
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
MARCO TEÓRICO	10
1. Rol del kinesiólogo	10
1.1 Tratamiento de rehabilitación kinésica	11
1.2 Áreas de especialidad.....	11
2. Concepto de adherencia	12
2.1 Adherencia a un tratamiento en salud en el mundo.....	13
3. Adherencia a un tratamiento kinésico.....	13
3.1 Baja adherencia a un tratamiento kinésico en el mundo.....	14
3.2 Causas de la baja Adherencia	15
3.3 Efectos de la baja adherencia.....	16
4. Medición de la adherencia en fisioterapia.....	17
5. Métodos utilizados para mejorar la adherencia.....	18
6. Recomendaciones para mejorar la adherencia.	22
7. Instrumentos específicos para evaluar la adherencia en rehabilitación.	25
8. Instrumento de medición.....	27
8.1 Creación de un instrumento de medición.....	27
OBJETIVOS.....	31
Objetivo general	31
Objetivos específicos	31
MATERIALES Y MÉTODOS	32
RESULTADOS	34
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIÓN.....	42
REFERENCIAS	43
ANEXOS.....	47
Anexo 1	47

Anexo 2 55

RESUMEN

Introducción: La adherencia se define como un paciente sigue todas las instrucciones y recomendaciones para un tratamiento realizadas por el personal de salud. Para obtener información de la adherencia se utilizan encuestas las cuales deben pasar un proceso de validación. En Chile no existen instrumentos válidos que den cuenta de la adherencia al tratamiento kinésico musculoesquelético. Objetivos: Diseñar un instrumento válido para la medición de adherencia terapéutica en tratamiento kinésico musculoesquelético. Materiales y métodos: El desarrollo de la encuesta se hizo a través de las fases descritas por Hernández, Fernández y Baptista. La muestra para dar validez de contenido y de constructo estuvo dada por usuarios del servicio de kinesiología de la Clínica Ernesto Silva B. de la Universidad del Desarrollo sede Concepción. La validez de contenido estuvo dada por juicio de expertos y la validez de constructo por prueba piloto y análisis factorial. Resultados: Al realizar la validez de contenido, esta resultó ser alta mientras que del análisis factorial se obtuvo validez de constructo pese a ser baja. Discusión: A pesar del resultado débil de validez, las preguntas logran responder a los factores que influyen en la adherencia. A través de este tipo de proceso se pueden lograr crear instrumentos de alta validez.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el personal sanitario”. Para planificar un tratamiento y que este sea efectivo y eficaz se debe entender el comportamiento de la adherencia y los factores que influyen en ella (Organización Mundial de la Salud, 2004). Conocer estos factores es importante para evitar las consecuencias de una baja adherencia a los tratamientos, tales como el avance de la patología (Visuetti, 2017), disminución del estado de salud del individuo (Tapia, 2014), aumento de reingresos, aumento de hospitalizaciones, estos efectos pueden llevar a un aumento del gasto en salud (Jack, McLean, Moffet, & Gardiner, 2010). Para obtener información acerca de la adherencia a un tratamiento se pueden utilizar diferentes métodos, dentro de los cuales se encuentran las encuestas, las cuales sirven para validar información a través de las percepciones, sentimientos, actitudes o conductas del encuestado (García , Rodríguez, & Carmona, 2009). Las encuestas para poder ser aplicadas se deben someter a un proceso de validación, el cual consta de tres etapas, la primera es la selección de expertos, aplicación de una prueba piloto y el cálculo de la confiabilidad del instrumento.

En Chile los instrumentos sobre la adherencia al tratamiento kinésico musculoesquelético no se encuentran apropiadamente validados

estadísticamente, por lo tanto, el objetivo de este estudio es diseñar un instrumento válido para la medición de adherencia terapéutica en tratamiento kinésico musculoesquelético.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos de medición sobre la adherencia al tratamiento kinésico músculo esqueléticos no se encuentran apropiadamente validados estadísticamente en el contexto nacional.

MARCO TEÓRICO

1. Rol del kinesiólogo

La kinesiología o fisioterapia es la atención en salud realizada por un kinesiólogo o fisioterapeuta a un individuo. La función del profesional es desarrollar, mantener, restaurar o mejorar la capacidad funcional de una persona por lo tanto el kinesiólogo debe revertir o mejorar las alteraciones provocadas por cambios fisiológicos como el envejecimiento, procesos degenerativos o inflamatorios asociados a lesiones, enfermedades o trastornos y procesos asociados al dolor y a otros factores como el ambiente. El trabajo del kinesiólogo no se basa solamente en su relación con el usuario, también incluye la interacción con otros profesionales de la salud, el ambiente cercano del usuario y la comunidad. En esta interacción el terapeuta examina, evalúa y fija objetivos a través de los conocimientos y habilidades exclusivas de la profesión. Finalmente, el rol del kinesiólogo no solo abarca el bienestar físico sino también psicológico, emocional y social. (The World Confederation for Physical Therapy, 2019). Sin embargo, cabe mencionar que en Chile por ley es el código sanitario el instrumento que establece el marco legal de todo lo relacionado a cuestiones de salud en el país. En el libro V “Del ejercicio de la medicina y profesiones afines”. Artículo N° 112, se mencionan las profesiones de “Medicina, Odontología, Química y Farmacia u otras relacionadas con la conservación y restablecimiento

de la salud”, (Codigo Sanitario, 1967) por lo que no está establecido por ley, la participación ni el rol que cumple el kinesiólogo en el sistema de salud.

1.1 Tratamiento de rehabilitación kinésica

En Chile según las prestaciones de rehabilitación establecidas por el Ministerio De Salud (MINSAL) el profesional kinesiólogo debe realizar la evaluación propia de su campo de acción, según el diagnóstico base del paciente y debe plantear el objetivo general, los objetivos específicos, los propone y acuerda con el usuario y/o sus familiares. Finalmente aplica las actividades terapéuticas enfocadas en la habilitación o rehabilitación del déficit, función o actividad y facilita la integración e inclusión, además esta atención no solo incorpora al usuario, sino también a su familia o entorno cercano (Minsal, 2019).

1.2 Áreas de especialidad

La kinesiología se divide en tres grandes áreas de especialización, estas son, la neurorehabilitación, la cual evalúa y trata las disfunciones de origen neurológico ocasionadas por traumas o por alteraciones genéticas que afectan el control motor. La rehabilitación musculoesquelética, esta incluye evaluación del movimiento y tratamiento de disfunciones del sistema musculo esquelético, originadas por traumas, consecuencia de otras enfermedades o cambios fisiológicos provocados por el envejecimiento y por último la terapia cardiorrespiratoria donde el kinesiólogo evalúa y trata las alteraciones asociadas

al sistema cardiovascular y respiratorio (PUC, 2020). La duración de los tratamientos dependerá de la condición del paciente, la gravedad de la patología o disfunción que esté presente y de la evaluación realizada por otros profesionales de la salud.

Para acceder a la rehabilitación y a otras prestaciones en salud, en la mayoría de los países del mundo existe un sistema de salud público y otro privado. En el caso de Chile el sistema de salud se divide en Fondo Nacional De Salud (FONASA) que corresponde al sistema público y el sistema privado es manejado por las Instituciones De Salud Previsional (ISAPRE) (Superintendencia de Salud, 2020)

Para obtener buenos resultados de un programa de rehabilitación es importante que el usuario presente en el tratamiento un alto grado de adherencia, esta última y los factores que influyen sobre ella serán explicados en los puntos siguientes.

2. Concepto de adherencia

La adherencia terapéutica se define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el personal sanitario”. Entender el comportamiento de la adherencia terapéutica resulta de suma importancia al momento de planificar un tratamiento para que este sea efectivo y eficiente (Organización Mundial de la Salud, 2004).

2.1 Adherencia a un tratamiento en salud en el mundo

En países desarrollados se ha registrado que la población general presenta un 50% de adherencia a los tratamientos a largo plazo, esta cifra es mucho menor en países en vía de desarrollo, algunas de estas razones son la falta de recursos destinados a la salud pública y el desigual acceso a los programas de atención en salud. Esta diferencia se puede notar en el siguiente ejemplo, en Gambia solo 26% de la población que presenta Hipertensión Arterial (HTA) se adhieren a un tratamiento farmacológico, en Estados Unidos el 51% de personas con HTA demuestran adherencia al tratamiento y en Australia el 43% de los pacientes con asma toman sus medicamentos y solo el 28% lo hace de forma preventiva (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En la literatura además se señala que no hay un porcentaje gold standard que indique la adherencia mínima para comenzar a obtener los beneficios del tratamiento (Dilla, Valladares , Lizán, & Sacristán, 2009).

3. Adherencia a un tratamiento kinésico

En la fisioterapia la adherencia es multifactorial y podría relacionarse entre otras cosas con la asistencia a la terapia, el seguimiento de consejos, realizar el ejercicio terapéutico prescrito, la frecuencia con que estos se realizan y su correcta ejecución (Kolt, Brewer, Pizzari, Schoo, & Garret, 2007).

3.1 Baja adherencia a un tratamiento kinésico en el mundo

Estudios realizados en diferentes países han medido la adherencia al tratamiento kinésico y han obtenido variados resultados que en su mayoría presentan adherencias bajas a medias.

Estudios indican que la no adherencia al tratamiento y al rendimiento en el ejercicio podría llegar incluso hasta el 70% (Jack, McLean, Moffet, & Gardiner, 2010) Otra investigación muestra que el 53% de los Fisioterapeutas indican que la adherencia de los pacientes al tratamiento de Parálisis de Bell, es de grado medio (Sayago, 2018). En Colombia la adherencia a los tratamientos de rehabilitación presenta niveles de bajos a moderados, desde un 35% de adherencia a programas caseros de terapia física y rangos de adherencia entre un 40% a un 91% en programas de rehabilitación por lesiones deportivas. (Tapia, 2014). En un estudio realizado en una clínica docente en Lima, Perú, la adherencia al tratamiento fue de 56,4% (Coello, Rojas, & Mayta, 2016). Investigaciones realizadas en España indican que los enfermos incumplen las prescripciones alrededor del 50 % de las veces en tratamiento de Fisioterapia (Ferro, García, & Vives, 2004) y que entre el 49% y el 66% de los sujetos no siguen o abandonan la práctica de los ejercicios de rehabilitación (Herruzo & García, 1991).

Una investigación indica que aproximadamente el 65% de los individuos pueden no adherirse a los ejercicios en su domicilio (Bassett, The assessment of patient adherence to physiotherapyrehabilitation, 2003). También expone los resultados obtenidos por otras investigaciones donde encontramos que Ludwig y Adams (1968) indican en sus resultados que el 44% de los pacientes completan su tratamiento fisioterapéutico. Vasey (1990) mostró que entre el 5,8% y el 10,68% no acuden a su primera cita y que del 7,17% al 14,3% no asisten a las visitas de seguimiento en clínicas de fisioterapia en Gran Bretaña. Di Fabio (1996) et al midió la adherencia en pacientes con dolor lumbar y como resultado obtuvo que los pacientes con hernia del disco presentan un 85% de adherencia y los que padecen lumbalgia mecánica un 89%. Sluijs et al (1993) informó que el 24% de los pacientes no fueron adherentes al tratamiento, 35% si fue adherente y el 41% restante fueron parcialmente adherente. Taylor y May (1996) encontraron que el 60% de los sujetos no mostraron adherencia al tratamiento prescrito y el 55% restante no fue adherente a guardar el reposo indicado. citados en (Bassett, 2003)

3.2 Causas de la baja Adherencia

Existen diversas causas que generan problemas en la adherencia a un tratamiento, entre las cuales destacan causas asociadas al paciente como falta de apoyo de su entorno, baja autoeficacia para la rehabilitación, pocos niveles de actividad física previo al tratamiento, altos niveles de depresión al iniciar un

tratamiento. Causas asociadas a factores socioeconómicos, tales como, incompatibilidad del horario laboral con el horario de las sesiones de tratamiento y problemas de transporte. Causas asociadas a la falta de educación en salud, asociadas a la dificultad en la comunicación entre el kinesiólogo y el usuario, finalmente causas relacionadas a la organización del sistema en salud (Bassett, 2003; Jack, McLean, Moffet, & Gardiner, 2010; Tapia, 2014; Pamplona, Uribe, & Ayala, 2018; Montenegro, Rueda, & Orstein, 2015; Oldfors & Oberg, 2005; Gardiner, 2010; Salort, 2015; Visuetti, 2017; Martínez, El Fazazi, & Espinoza, 2016; Al-elisa, 2010; Coello, Rojas, & Mayta, 2016; Babatunde, MaDermid, & MacIntyre, 2017; Lonsdale, y otros, 2017)

3.3 Efectos de la baja adherencia

La baja adherencia a un tratamiento produce variados efectos, entre los cuales se destacan un avance de la patología, la disminución del estado de salud del individuo, una mala relación kinesiólogo usuario. Finalmente, estos efectos tienen como consecuencia más importante, el aumento del gasto en salud (Jack, McLean, Moffet, & Gardiner, 2010; Tapia, 2014; Coello, Rojas, & Mayta, 2016; Visuetti, 2017; Pamplona, Uribe, & Ayala, 2018; Muñoz, 2017; Al-elisa, 2010; Salort, 2015; Lonsdale, y otros, 2017; Bassett, 2003; Sayago, 2018; Ferro, García, & Vives, 2004; Martínez, El Fazazi, & Espinoza, 2016; Babatunde, MaDermid, & MacIntyre, 2017; Meade, Bearne, Sweeney, Alageel, & Godfrey, 2018; Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009).

4. Medición de la adherencia en fisioterapia

En un estudio realizado en Arabia Saudita para medir la adherencia en pacientes sauditas con dolor lumbar, obtuvieron como resultado que el 40% de las personas asistieron a sus citas programadas, se consideraron adherentes, y un 60% no asistió a 2 citas seguidas por lo que se clasificaron como no adherentes y fueron dadas de alta. Los factores que se correlacionaron significativamente con la adherencia incluyeron edad, intensidad del dolor inicial e informe subjetivo de mejoría. La adherencia no tuvo correlación con el tipo de dolor lumbar, ocupación del paciente, experiencia o nacionalidad del fisioterapeuta (Al-elisa, 2010).

En un estudio realizado en Suiza que buscaba medir la adherencia a un tratamiento y su influencia en el resultado clínico, se demostró que la adherencia tuvo una asociación significativa con la disminución del dolor y la discapacidad después de la terapia. El nivel de adherencia registrado fue alto, la asistencia promedio a las sesiones fue de un 94% (Mannion, Helbling, Pulkovski, & Sprott, 2009). En una investigación que buscaba describir a los pacientes con dolor que no completaron su participación o participaron con poca frecuencia en el tratamiento de fisioterapia, obtuvieron como resultados que los que no finalizaron su tratamiento presentaron mayor intensidad de dolor. Una alta puntuación en Oswestry y un estado de salud general más bajo que los sujetos que sí finalizaron el tratamiento (Oldfors & Oberg, 2005).

5. Métodos utilizados para mejorar la adherencia.

En un ECA que buscaba aumentar la adherencia de pacientes a la rehabilitación domiciliaria con dolor lumbar crónico a través de la capacitación en habilidades de comunicación para profesionales, los participantes se dividieron en dos grupos, el grupo control recibió atención de un fisioterapeuta que participó en un taller de una hora sobre el manejo del dolor lumbar crónico basado en evidencia y el grupo experimental recibió la atención de un terapeuta que además completó un taller de 8 horas sobre habilidades de comunicación. Los resultados demostraron que los sujetos que fueron atendidos por los fisioterapeutas con formación en habilidades de comunicación presentaron mayor adherencia que los sujetos del grupo control (Lonsdale, y otros, 2017). Investigadores Holandeses utilizaron el programa de Actividad Conductual Graduada en sujetos diagnosticados de osteoartritis en cadera y/o rodilla, para aumentar su adherencia al tratamiento. El programa orientaba el ejercicio a la tarea, también busca mejorar la conducta y la autorregulación, los participantes se dividieron en dos grupos, un grupo experimental recibió 18 sesiones de actividad conductual graduada durante 12 semanas y otro grupo control que recibió 18 sesiones de fisioterapia tradicional que indican las directrices holandesas de fisioterapia para osteoartritis de cadera y/o rodilla. Como resultado se obtuvo que en el grupo experimental hubo una adherencia a los ejercicios significativamente mayor que en el grupo control luego de 13 semanas y a las 65 semanas, también se obtuvo que el grupo experimental en comparación con el grupo control tuvo una alta

adherencia a las recomendaciones para las actividades domiciliarias prescritas a las 13 semanas, pero no presentó diferencias significativas a las 65 semanas con respecto al grupo control (Pisters, Veenhof, Bakker, Schellevis, & Dekker, 2010). En Hong-Kong se realizó un estudio en pacientes con dolor lumbar crónico a los cuales adicional al tratamiento kinésico se les aplicó una terapia de aumento motivacional con el fin de mejorar la adherencia a este. Se dividieron a los sujetos de estudio en dos grupos, el grupo experimental fueron atendidos por fisioterapeutas que tuvieron ocho horas de formación en técnicas terapéuticas para aumentar la motivación, en cambio el grupo control fue atendido por terapeutas que recibieron formación en habilidades comunicativas tradicionales, además, ambos grupos recibieron indicaciones de ejercicios domiciliarios. Los resultados obtenidos mostraron que los sujetos del grupo experimental registraron una adherencia al tratamiento significativamente mayor que los sujetos del grupo control (Vong, Cheing, Chan, So, & Chan, 2010). En un estudio realizado en mujeres con incontinencia urinaria se aplicaron estrategias para aumentar la autoeficacia y el manejo de ejercicios para la musculatura de suelo pélvico en el hogar con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento. Las participantes fueron divididas en dos grupos, uno control y otro experimental, se realizaron tres sesiones de fisioterapia los días 0, 15, 30 y dos meses después de haber comenzado el tratamiento. Los resultados obtenidos indicaron que no hubo diferencias significativas en la adherencia a los ejercicios a los 15 y 30 días, incluso esta disminuyó a los dos meses cuando ya no había sesiones

supervisadas (Sacomori, Berghmans, Mesters, & de Bie, 2015). En una intervención se buscó comparar la adherencia al tratamiento por esguince de tobillo entre un grupo que realizó la rehabilitación de forma presencial en clínica y otro en forma domiciliaria con asistencia a control en clínica que coincidieron con los cambios de etapa del tratamiento. Los resultados obtenidos demostraron que el grupo de atención domiciliaria tuvo mejor asistencia a las citas clínicas y una mejor tasa de adherencia al programa de fisioterapia (Basset, 2007). En otra investigación se aplicaron tres intervenciones diferentes de ejercicio en pacientes con latigazo cervical y se comparó la adherencia de los sujetos al ejercicio. A un grupo se le aplicó ejercicio específico del cuello, a otro el mismo ejercicio, pero combinado con un enfoque conductual y al último grupo se le aplicó con actividad física prescrita. En los resultados se obtuvo que no hubo diferencias significativas en la adherencia al ejercicio entre los grupos (Peterson, y otros, 2015). En el Reino Unido se realizó una intervención donde se establecen objetivos para aumentar la adherencia a la rehabilitación del dolor lumbar. Los participantes se dividieron en tres grupos, uno experimental donde se establecieron los objetivos y el ejercicio era dirigido por terapeutas, un grupo control donde el ejercicio era dirigido por terapeutas y el segundo grupo control sin supervisión de terapeutas durante el ejercicio. El tratamiento para los tres grupos consistió en un programa de ejercicio incremental, individual y en grupo con el fin de aumentar la movilidad de la columna, la estabilidad de la musculatura de los miembros inferiores y el tronco, además incluye estiramientos, ejercicios de coordinación y cardiovascular

de baja intensidad. Después de la intervención los resultados obtenidos demostraron una diferencia significativa en la adherencia entre el grupo experimental y el grupo control número dos, sin embargo, entre el grupo experimental y el grupo número uno no hubo diferencias significativas, ni tampoco entre ambos grupos control (Coppack, Kristensen, & Karageorghis, 2012). Otro estudio buscaba demostrar si personas con trastornos musculo esqueléticos presentaban mejor adherencia a sus programas de ejercicio domiciliario cuando estos se les entrega a través de una aplicación móvil en comparación con folletos en papel. Los participantes fueron separados en dos grupos, el grupo de intervención recibió sus pautas de ejercicio a través de la aplicación, estos también recibieron llamadas telefónicas y mensajes motivadores y el grupo control recibió su pauta de ejercicios en un folleto de papel. Del estudio se obtuvo como resultado que las personas con trastorno musculo esquelético registran una mayor adherencia a las pautas de ejercicio cuando estas son entregadas a través de una aplicación móvil al contrario de las que reciben sus programas de ejercicio en folleto de papel (Lambert, y otros, 2017).

En otra investigación se buscó evaluar los efectos de la presentación de videos educativos basados en la Teoría de la Motivación Protectora (TMP) en pacientes con diagnóstico esguince de tobillo a punto de empezar el tratamiento fisioterapéutico, los pacientes se dividieron en tres grupos, un grupo experimental, a los cuales se les mostraron videos basados en TMP, que incluían gravedad de los síntomas y los efectos a largo plazo, los problemas que puede

ocasionar la inestabilidad de tobillos y la importancia de seguir las indicaciones del tratamiento para evitar este problema, explicar la importancia de cada una de las fases de la terapia y cómo se relacionan con la recuperación y la autoeficacia relacionada con la forma de hacer partícipe al paciente de la terapia, un grupo control a los cuales solo se les mostró un video informativo de la terapia y un segundo grupo control, el cual no recibió ningún tipo de información proyectada. En los resultados obtenidos no hubo diferencias significativas en cuanto a la adherencia en la asistencia a las sesiones, tratamiento clínico y prescripciones domiciliarias entregadas (Bassett & Prapavessis, 2011). En un ensayo realizado en personas mayores con dolor lumbar crónico, fueron distribuidos en dos grupos, a ambos se les aplicó un tratamiento de fisioterapia tradicional. El grupo experimental recibió 10 minutos de asesoramiento antes de cada sesión basado en el Modelo Transteórico y el grupo control durante el mismo tiempo recibió un tratamiento placebo de ultrasonido. Como resultado se obtuvo un aumento importante en la adherencia a la actividad física diaria recomendada para ambos grupos, sin embargo, no hubo diferencia significativa en la adherencia del grupo de intervención en comparación al grupo control (Basler, Bertalanffy, Quint, Wilke, & Wolf, 2007).

6. Recomendaciones para mejorar la adherencia.

De acuerdo a sus resultados algunos estudios han planteado posibles estrategias para lograr aumentar la adherencia al tratamiento kinésico. En un centro de salud en Níjar se realizó un estudio entre febrero del año 2015 y noviembre del mismo

año, se analizaron los datos de 133 pacientes que fueron derivados a la sala de fisioterapia de este centro con el fin de conocer cómo estos factores influyen en la adherencia al tratamiento. Se registraron los motivos de derivación, características sociales, problemas laborales para acudir a tratamiento, problemas de transporte y conocimiento del idioma. Los resultados obtenidos mostraron un abandono del tratamiento de un 54,1% y de las variables recogidas la única que presentó una relación significativa con la baja adherencia es el desconocimiento del idioma. De acuerdo a estos resultados los investigadores sugieren que cuando existe un problema de comunicación entre el terapeuta y el usuario originado por el idioma, se podría realizar una traducción de los ejercicios utilizados además de capacitar en idiomas al terapeuta (Martínez, El Fazazi, & Espinoza, 2016). Una revisión sistemática estudió la aplicación de técnicas de cambio de comportamiento y cómo estas modificaban la adherencia. Los ensayos que aplicaron las técnicas de mayor apoyo social, fijación de objetivos, instrucción y demostración de comportamiento y práctica de comportamiento a pesar de tener evidencia moderada mejoran la adherencia al ejercicio en personas con dolor musculoesquelético persistente, por lo que se sugiere que los profesionales de la salud deberían incluir técnicas de cambio de conducta en sus terapias para mejorar la adherencia. Sin embargo, los resultados planteados en la literatura no definen el número exacto de técnicas de cambio de comportamiento que se deben aplicar para mejorar la adherencia al tratamiento (Meade, Bearne, Sweeney, Alageel, & Godfrey, 2018). Un estudio recopiló

diversas sugerencias en la literatura para mejorar la adherencia a un tratamiento en salud, entre las cuales se encuentran técnicas para simplificar la toma de medicamentos, mantener contacto con el paciente a través de mensajes, llamadas o correo electrónico para entregar recordatorios o ayuda memoria con el fin de que cumpla con el tratamiento farmacológico o domiciliario. También se sugiere realizar intervenciones educativas con el fin de que el paciente aumente el conocimiento sobre su enfermedad y la importancia de la adherencia al tratamiento, la adherencia también se podría mejorar a través de la inclusión de la familia o el ambiente cercano del paciente en el control de la enfermedad, la asistencia a la terapia y el cumplimiento de las prescripciones realizadas. Este estudio también propone que la capacitación del personal sanitario en técnicas de comunicación y cambios de conducta podrían aumentar la adherencia. Finalmente se sugiere que todas estas recomendaciones se deben aplicar en conjunto para tener resultados óptimos en cuanto a la adherencia a un tratamiento (Dilla, Valladares , Lizán, & Sacristán, 2009). Otra revisión sistemática busco explicar cómo se relacionaba la alianza terapéutica con la adherencia al tratamiento musculo esquelético en fisioterapia. Sugieren que el aumento de la alianza terapéutica podría tener efectos beneficiosos sobre la adherencia al tratamiento. Dentro de las cualidades que se destacan en un terapeuta para el paciente, los investigadores encontraron que el sentido del humor, la inteligencia emocional, aprecio por el paciente, honestidad, claridad al entregar información o retroalimentación y un constante apoyo y seguimiento de

los avances, pueden consolidar la alianza terapéutica, sin embargo plantean la necesidad de realizar estudios que incluyan capacitación para el terapeuta acerca de la alianza terapéutica y cómo esto afecta en los resultados del tratamiento a largo plazo y la adherencia a este (Babatunde, MaDermid, & MacIntyre, 2017). En un ECA se buscó evaluar el efecto de una capacitación sobre habilidades de comunicación para fisioterapeutas y cómo esto influye en la adherencia de sus pacientes con dolor lumbar crónico. Se contó con una muestra de 35 terapeutas y 255 pacientes, los cuales se dividieron en dos grupos, uno fue el grupo control el cual fue atendido por fisioterapeutas que habían completado un taller de una hora sobre el manejo del dolor lumbar crónico basado en la evidencia, mientras que el segundo grupo fue el experimental el cual recibió atención de fisioterapeutas que además del taller también completaron ocho horas de entrenamiento en habilidades de comunicación. Los pacientes del grupo experimental presentaron una mejor adherencia a corto plazo. Por lo que se sugiere que la capacitación en habilidades de comunicación para terapeutas puede proporcionar una herramienta útil para promover el cambio de comportamiento y un aumento de la adherencia de los pacientes (Lonsdale, y otros, 2017).

7. Instrumentos específicos para evaluar la adherencia en rehabilitación.

Existen tres instrumentos diseñados para medir la adherencia a diferentes tratamientos, entre los cuales encontramos *“Rehabilitation Adherence*

Questionnaire” (RAQ), “*Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale*” (SIRAS) y “*Sport Rehabilitation Beliefs Survery*” (SIRBS). El cuestionario RAQ es respondido al completar una rehabilitación, por un sujeto que en su momento presentaba una lesión y este busca medir el ejercicio percibido, la automotivación, la tolerancia al dolor, programa de rehabilitación, el apoyo social y las condiciones medioambientales. El cuestionario SIRAS, por otra parte, busca valorar la intensidad en la ejecución de los ejercicios, la frecuencia en el cumplimiento de las instrucciones del fisioterapeuta y la receptividad del lesionado ante los cambios en el programa de rehabilitación y es respondido por un profesional de la medicina o por un profesional del entrenamiento durante las sesiones de rehabilitación. El cuestionario SIRBS busca medir la susceptibilidad, la autoeficacia, severidad percibida y la eficacia del tratamiento y al igual que el cuestionario RAQ es contestado por un sujeto que presente una lesión, pero con la diferencia de que se contesta antes de aplicar el tratamiento (Gómez, 2019).

Si bien todos estos instrumentos son aptos para medir la adherencia a tratamientos de rehabilitación, no se encontraron escalas validadas y aptas para ser utilizadas en Chile para valorar la adherencia en un tratamiento kinésico musculo esquelético. Es por esto que es de suma importancia la creación de un instrumento que sea validado en Chile el cual permita evaluar las variables que influyen en la adherencia al tratamiento kinésico.

8. Instrumento de medición.

Las encuestas validan la información obtenida a través de las percepciones, sentimientos, actitudes o conductas del encuestado, esta información en ocasiones puede resultar difícil de contrastar y ser llevada a un sistema de medición, es decir a una puntuación, por lo que en ocasiones resulta difícil establecer la precisión de este tipo de instrumentos. A pesar de esta dificultad una encuesta al igual que todo instrumento de medición debe reunir las siguientes características, debe ser sencillo, viable y aceptado por los pacientes, usuarios e investigadores, además debe ser fiable y preciso, lo que significa que las mediciones deben estar libres de error, el instrumento debe ser adecuado para lo que pretende medir, debe reflejar el concepto que se quiere medir y por último debe ser capaz de percibir los cambios en los diferentes individuos y en las respuestas de un mismo usuario a través del tiempo (García , Rodríguez, & Carmona, 2009).

8.1 Creación de un instrumento de medición

Para la creación de un instrumento que mida la adherencia a un tratamiento terapéutico es necesario seguir una serie de pasos para lograr la validación de este. En un estudio realizado en Colombia, para precisar la validez del contenido de un cuestionario auto informe fue necesario la realización de una examinación por parte de 5 jueces expertos de diferentes profesiones entre los cuales se encontraban médicos. psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, los cuales

al analizar el instrumento tiene la facultad de eliminar o modificar ítems del cuestionario. Luego para evaluar el constructo de adherencia al tratamiento se utilizan análisis estadísticos y se ve la pertinencia de cada ítem eliminando los que no cumplen con lo esperado. Otro paso a seguir es calcular la consistencia interna a través de la fiabilidad con lo cual se indica el grado indirecto de homogeneidad de las respuestas. También a través de análisis de correlación ítem-total corregido, distribución de frecuencia de los ítems, comparación de las respuestas y la consistencia interna de la escala o el aporte del ítem a esta, se evalúa la capacidad de discriminación de cada ítem. Luego de ser evaluado y corregido el cuestionario se realizan pruebas piloto en sujetos con características similares a la población final. Finalmente, el cuestionario que en un principio constaba de 22 ítems, luego de las correcciones, de las pruebas hechas y del proceso de validación, queda en 17 ítems (Varela, y otros, 2009). En otro estudio realizado en Cuba para poder evaluar y medir de manera rápida el nivel de adhesión o no que tiene un paciente a un tratamiento médico, se confeccionó un cuestionario de autor reporte, sencillo y de fácil aplicación. Este cuestionario está conformado por 12 ítems, dentro de los cuales se encuentran los datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético) la calificación se determinó a través de puntajes que dividen la totalidad de los puntos por cada paciente, los que obtuvieron de 38 a 48 puntos se consideraban como adheridos totales, los que

tuvieron de 18 a 37 puntos se consideraban como adheridos parciales y los que obtuvieron entre 0 y 17 puntos se consideran como no adheridos. con estos puntajes podemos cuantificar la respuesta del paciente y clasificarlos en tres niveles de adherencia al tratamiento: total, parcial y no adherido. Para poder calcular el puntaje total obtenido para cada paciente, se le destinó un valor 0 a la columna nunca, 1 a la columna de casi nunca, 2 para la de a veces, 3 a casi siempre y finalmente 4 a la comuna de siempre, sumando un total de 48 puntos. en la elaboración de las preguntas del cuestionario fue sometido a un proceso de validar el contenido por criterio de expertos. También se confeccionó un estudio piloto con 25 pacientes, para poder evaluar la comprensión de las preguntas y el cómo funciona el instrumento, además se seleccionaron diez jueces expertos que cumplieran con los criterios mencionados anteriormente, quienes respondieron el cuestionario de evaluación definitivo, los resultados se ordenaron en tres secciones. la primera corresponde a los resultados del análisis de la consistencia interna, la segunda corresponde a la validación de contenido en base a las propiedades básicas de un instrumento y la correspondencia de los ítems con las categorías propuestas y la definición operacional, y la tercera corresponde a los hallazgos sobre la validez de construcción lógica. con los resultados de validación se pudo considerar que la formulación de los ítems es razonable, se encuentran bien definidos y justifican su presencia en el cuestionario (Martín, Bayarre, & Grau, 2007).

Según lo expuesto anteriormente, existen formas viables para construir instrumentos de medición de adherencia a un tratamiento y su posterior validación y así poder determinar cuáles son los factores que más influyen en la adherencia al tratamiento kinésico musculoesquelético.

OBJETIVOS

Objetivo general

Diseñar instrumento válido para la medición de adherencia terapéutica en tratamiento kinésico músculo esquelético.

Objetivos específicos

Desarrollar reactivos del instrumento “Encuesta de Adherencia al tratamiento kinésico músculo esquelético”

Obtener validez para el instrumento “Encuesta de Adherencia al tratamiento kinésico músculo esquelético”

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental de corte transversal de orden descriptivo. Para la construcción del instrumento se siguieron 7 de las 11 las fases descritas por Hernández, Fernández y Baptista (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014), las cuales abordan la creación y desarrollo de una encuesta.

La encuesta se compuso de cuatro ítems, los cuales fueron conformados de acuerdo a lo expuesto en la literatura revisada, comunicación (Babatunde, MaDermid, & MacIntyre, 2017) y educación (Bassett, 2003), ambiente cercano del paciente (Pamplona, Uribe, & Ayala, 2018), incompatibilidad de horario (Martínez, El Fazazi, & Espinoza, 2016) y experiencias previas con otros(as) kinesiólogos(as) (Lonsdale, y otros, 2017) con un total de 25 preguntas

La validación del instrumento fue realizada por medio de juicio de expertos calificados con el coeficiente de competencia k a través de la creación de un comité (Raguant & Torrado, 2016). Una vez finalizado el proceso de revisión en formato online se llevó a cabo la prueba piloto, donde la población de estudio estuvo conformada por 30 personas que son o han sido usuarios del servicio de kinesiología de la Clínica Ernesto Silva B. de la Universidad del Desarrollo sede Concepción.

Los criterios de inclusión fueron, usuarios de la clínica masculinos entre 18 y 65 años, usuarias femeninas entre 18 y 60 años. Como criterios de exclusión

usuarios que no tengan diagnóstico lesión musculoesquelética, usuarios masculinos menores de 18 años y mayores de 65 años, usuarias femeninas menores de 18 años y mayores de 60 años.

Los usuarios fueron contactados vía telefónica para confirmar su participación, la encuesta fue respondida vía telefónica o a través de un cuestionario de Google, según la preferencia del usuario. Junto con la encuesta a los participantes se les hizo entrega del consentimiento informado el cual debía ser aceptado para así proceder a contestar las preguntas.

Las respuestas de los usuarios fueron tabuladas y codificadas en Excel de Office 2013, de cada pregunta se obtuvo la media, desviación estándar, frecuencia y porcentaje. El análisis inferencial fue realizado con el programa SPSS, donde se utilizó Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Bartlett.

RESULTADOS

La población de estudio estuvo conformada por 30 personas que son o han sido usuarios del servicio de kinesiología de la Clínica Ernesto Silva B. de la Universidad del Desarrollo sede Concepción. Al inicio del estudio los 30 usuarios cumplían con los criterios de inclusión, los cuales fueron contactados vía telefónica para confirmar su participación en el estudio. Posterior a esto, 15 personas contestaron la encuesta vía formulario de google, 14 vía telefónica y 1 usuario no contestó la encuesta. Finalmente, la muestra estuvo constituida por 29 sujetos, de los cuales 18 eran mujeres (62%) y 11 hombres (38%) cuya edad promedio fue de $46,6 \pm 14,3$ (tabla 1).

Tabla 1. Características generales de los usuarios de la clínica kinésica de la Universidad del Desarrollo

	(n=29)
Sexo	
Hombre	11 (38%)
Mujer	18 (62%)
Edad	$46,6 \pm 14,3$

De los sujetos encuestados 89,7% y 86,2% dijeron estar muy de acuerdo en que el(la) kinesiólogo(a) debe saludar, presentarse y explicar el diagnóstico realizado por el médico, sin embargo, este alto porcentaje disminuye cuando se trata de explicar exámenes de imágenes (62,1%) y el proceso de recuperación (69%) (Tabla 2).

Tabla 2. Ítem comunicación y educación

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Me resulta indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
El(la) kinesiólogo(a)					
Salude y se presente	26 (89,7%)	3 (10,3%)	-	-	-
Explica diagnóstico	25 (86,2%)	4 (13,8%)	-	-	-
Explica imágenes	18 (62,1%)	8 (27,6%)	2 (6,9%)	1 (3,4%)	-
Explica recuperación	20 (69%)	7 (24,1%)	-	2 (6,9%)	-
Explica tratamiento	22 (75,9%)	6 (20,7%)	1 (3,4%)	-	-

De los sujetos encuestados el 86,2% declaró que el(la) kinesiólogo(a) siempre debe explicar la terapia de forma clara y precisa, y un 72,4% dice que el kinesiólogo siempre deja espacio para dudas que el propio usuario pueda tener sobre el tratamiento (Tabla 3).

Tabla 3. Ítem comunicación y educación

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
El(la) kinesiólogo(a)					
Explica terapia	25 (86,2%)	4 (13,8%)	-	-	-
Deja espacio para dudas	21 (72,4%)	5 (17,2%)	2 (6,9%)	-	1 (3,4%)

Respecto al ambiente cercano del paciente (tabla 4) el 86,2% de los encuestados vive con alguien en su domicilio, este mismo porcentaje refiere que si el(la) kinesiólogo(a) le entrega una pauta de ejercicios para realizar en casa, tiene a alguien que lo ayude en caso de necesitarlo. Por otro lado, un 79,3% señala que si por algún motivo no desea asistir a sus sesiones cuentan con alguna persona cercana que lo puede motivar a asistir de todas formas y un 79,3% de los pacientes indicó que en caso de necesitar asistencia para trasladarse al centro kinésico cuentan con la ayuda para hacerlo.

Tabla 4. Ítem ambiente cercano del paciente

	Si	No
Usted vive solo(a)	4 (13,8%)	25 (86,2%)
Alguien con quien vive lo motivó a ir	13 (52%)	12 (48%)
Cercano lo motivó a ir	18 (62,1%)	11 (37,9%)
Lo pueden acompañar	23 (79,3%)	6 (20,7%)
Lo pueden ayudar en casa	25 (86,2%)	4 (13,8%)
Lo motivan a ir	23 (79,3%)	6 (20,7%)

En el ítem incompatibilidad de horario la mayoría de los encuestados dijeron que el(la) kinesiólogo(a) siempre respetó los horarios de inicio de las sesiones (75,9%), el resto de los encuestados declaró que esto lo hizo casi siempre, a veces o nunca. Una distribución similar ocurrió en la pregunta “¿cumplió con el tiempo asignado a cada sesión?” donde 83,3% declaró que el(la) kinesiólogo(a) siempre cumplió con el tiempo asignado a cada sesión, el porcentaje fue menor al momento de preguntar si al usuario le habían ofrecido varias alternativas de horario para asistir a sus sesiones, con un 58,6% (Tabla 5).

Tabla 5. Ítem incompatibilidad de horario

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
El(la) kinesiólogo(a)					
Respetó hora de inicio	22 (75,9%)	3 (10,3%)	3 (10,3%)	-	1 (3,4%)
Cumplió tiempo asignado	15 (83,3%)	3 (16,7%)	-	-	-
Le ofreció alternativas de horario	17 (58,6%)	6 (20,7%)	2 (6,9%)	1 (3,4%)	3 (10,3%)

De acuerdo a la prueba de KMO donde 0 es nula y 1 es fuerte, se obtuvo 0,335 por lo que se demuestra que el instrumento es válido, aunque su validez es débil.

Se obtuvo 740,360 como Chi-cuadrado

La prueba de esfericidad de Bartlett da como resultado un gl de 276 y Sig de 0,000 que al ser menor a 0,05 evidencia que el instrumento es válido.

El análisis se realizó con 24 de las 25 preguntas dejando fuera la pregunta 19, ya que esta presentaba una varianza cero, por lo que el programa arrojaba error, impidiendo el análisis factorial, esto puede ser debido a que la pregunta 19 generaba un corte hacia las demás preguntas, pues indicaba que, si la respuesta del usuario era no, no debía contestar las preguntas siguientes. De las 24 preguntas 7 explican el 82% de la varianza (Tabla 6).

Tabla 6. KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,335
	Chi-cuadrado aproximado	740,360
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	276
	Sig.*	,000

*Sig: Significancia

DISCUSIÓN

Dado lo anterior, se validó un instrumento que evalúa la problemática planteada y que cuyos resultados se discuten a continuación.

Dentro de los resultados obtenidos en el ítem de comunicación y educación, la gran mayoría de los usuarios consideraban importante que el kinesiólogo explicara el diagnóstico, el tratamiento, las imágenes y que dejara espacios para dudas fomentando así la comunicación con el paciente y a la vez educándolo sobre su patología o cuadro clínico. Esto coincide con lo expuesto por Pamplona, Uribe y Ayala donde se expresa que la educación del usuario es un factor importante para generar un buen desarrollo de las sesiones kinésicas ya que el paciente conocerá las complicaciones que genera la enfermedad, las consecuencias de no tratarse y los beneficios que podría obtener si lo hace, influyendo así en la adherencia terapéutica (Pamplona, Uribe, & Ayala, 2018). Es importante educar al paciente para que comprenda la importancia de completar las sesiones indicadas por el médico a pesar de sentir que se recuperó por haber dejado de presentar dolor (Coello, Rojas, & Mayta, 2016).

En diversos estudios se buscó mejorar la adherencia al tratamiento a partir de la capacitación de los fisioterapeutas en habilidades de comunicación (Lonsdale, y otros, 2017), técnicas de cambio de conducta y hábitos (Pisters, Veenhof, Bakker,

Schellevis, & Dekker, 2010) y técnicas de motivación (Vong, Cheing, Chan, So, & Chan, 2010). En los tres estudios hubo aumento significativo de la adherencia en el grupo experimental, esto se relaciona con los resultados obtenidos respecto a la opinión de los usuarios sobre el rol que debe ejercer el kinesiólogo tanto en la comunicación como en la educación del paciente.

En relación a los resultados obtenidos en ambiente cercano del usuario, la mayoría tenía una red de apoyo que los podían motivar, incentivar y acompañar a las terapias, lo cual es importante ya que se ha demostrado que, si un paciente tiene apoyo por parte de familiares o cercanos, éste tendrá un mayor cumplimiento y compromiso con el tratamiento, es decir será más adherente, al contrario de quienes cuentan con una pobre red de apoyo (Montenegro, Rueda, & Orstein, 2015).

Con respecto a la incompatibilidad de horario los usuarios refirieron que se les respeto el horario de inicio de las terapias, se cumplieron los tiempos asignados y que tuvieron la posibilidad de escoger sus horas de sesión, esto le permite al usuario compatibilizar las sesiones de tratamiento con su vida laboral, académica y/o personal lo cual es positivo ya que una de las causas de baja adherencia al tratamiento es la falta de disponibilidad de horario del paciente con la disponibilidad de horas del centro de salud (Salort, 2015).

La mayoría de los usuarios expreso haber terminado sus tratamientos anteriores al que recibieron en la clínica, pero un cierto porcentaje abandono. Algunas de

las razones de no completar el tratamiento se asemejan a las expresadas en un estudio realizado en Arabia Saudita donde los participantes dejaban de asistir a terapia ya que observaban mejorías con respecto a su lesión (Al-elisa, 2010).

La presente encuesta resulto validada de acuerdo al análisis factorial, sin embargo, el resultado fue relativamente bajo lo que quiere decir que a pesar de ser débil las preguntas si logran responder a los factores que influyen en la adherencia, lo cual se asemeja en lo expresado por Varela donde el instrumento creado paso por un proceso similar de validación donde se obtuvo una alta validez de contenido y una alta validez de constructo (Varela, y otros, 2009). Lo mismo ocurrió en el estudio de Martín, Bayarre y Grau que realizaron un proceso de validación de características semejantes logrando un instrumento válido y con condiciones adecuadas para ser aplicado (Martín, Bayarre, & Grau, 2007).

Las limitaciones de este estudio fueron el tiempo acotado que se tuvo ya que para este tipo de investigaciones se requiere de mucho tiempo debido a las múltiples modificaciones que se deben realizar ya que es un proceso dinámico donde se requiere de varias revisiones por parte de los expertos y de la realización de más de una prueba piloto. Lo anterior se vio influenciado por el contexto actual de pandemia lo que hacía que aumentaran los tiempos entre cada etapa del proceso.

Para futuras investigaciones y con las mejoras respectivas, la encuesta se podría enfocar hacia todas las áreas de la kinesiología.

CONCLUSIÓN

En una primera etapa el presente estudio logró la creación y validación de la encuesta de adherencia al tratamiento kinésico musculoesquelético con una alta validez de contenido y débil validez de constructo por lo que en un futuro se espera realizar las modificaciones necesarias para aumentar el grado de validez, de esta forma esta encuesta podría ser una herramienta útil para que el kinesiólogo pueda intervenir en los factores que generan disminución de la adherencia logrando la mejor adherencia posible al tratamiento y así contribuir a una disminución del gasto en salud.

REFERENCIAS

- Al-elisa, E. (2010). Indicators of adherence to physiotherapy attendance among Saudi female patients with mechanical low back pain: a clinical audit. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11(124). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-124>
- Babatunde, F., MaDermid, J., & MacIntyre, N. (2017). Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17(375). doi:10.1186/s12913-017-2311-3
- Basler, H., Bertalanffy, H., Quint, S., Wilke, A., & Wolf, U. (2007). TTM-based counselling in physiotherapy does not contribute to an increase of adherence to activity recommendations in older adults with chronic low back pain--a randomised controlled trial. *European journal of pain (London, England)*, 11(1), 31-37. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.12.009>
- Bassett, S. (2003). The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *NZ Journal of Physiotherapy*, 31(2), 60-65. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/284411604_The_assessment_of_patient_adherence_to_physiotherapy_rehabilitation
- Bassett, S., & Prapavessis, H. (2007). Home-based physical therapy intervention with adherence-enhancing strategies versus clinic-based management for patients with ankle sprains. *Physical therapy*, 89(7), 1132-1143. doi:<https://doi.org/10.2522/ptj.20060260>
- Codigo Sanitario. (1967). Ley N°725, Codigo Sanitario de la Republica de Chile.
- Coello, D., Rojas, N., & Mayta, P. (2016). Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú. *Fisioterapia*, 38(4), 182-188. doi:10.1016/j.ft.2015.07.002
- Coppack, R., Kristensen, J., & Karageorghis, C. (2012). Use of a goal setting intervention to increase adherence to low back pain rehabilitation: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 26(11), 1032-1042. doi:<https://doi.org/10.1177/0269215512436613>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. doi:10.1016/j.aprim.2008.09.031
- Ferro, R., García, M., & Vives, M. (2004). Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia. *Fisioterapia*, 26(6), 333-339. doi:10.1016/S0211-5638(04)73120-X
- García, M., Rodríguez, F., & Carmona, L. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatología Clínica*, 5(4), 171-177.

- Gómez, M. (2019). Estadio de cambio en la adherencia al tratamiento del síndrome de estrés tibial de los estudiantes de la Escuela Militar de Cadetes José María Córdova, Tesis Doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta Edición ed.). México D.F: McGraw- Hill.
- Herruzo, J., & García, R. (1991). Mejora de la adherencia al tratamiento en un paciente con discapacidad física. *Analisis y modificacion de Conducta*. 17(51), 107-113. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/256906351_Mejora_de_la_adherencia_al_tratamiento_en_un_paciente_con_discapacidad_fisica
- Jack, K., McLean, S., Moffet, J., & Gardiner, E. (2010). Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Manual Therapy*, 15(3), 220-228. doi:10.1016/j.math.2009.12.004
- Kolt, G., Brewer, B., Pizzari, T., Schoo, A., & Garret, N. (2007). The Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale: a reliable scale for use in clinical physiotherapy. *Physiotherapy*, 93(1), 17-22. doi:<https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.07.002>
- Lambert, T., Harvey, L., Avdalis, C., Chen, L., Jeyalingam, S., Pratt, C., . . . Lucas, B. (2017). An app with remote support achieves better adherence to home exercise programs than paper handouts in people with musculoskeletal conditions: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 63(3), 161-167. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.015>
- Lonsdale, C., Hall, A., Murray, A., Williams, G., McDonough, S., Ntoumanis, N., . . . Hurley, D. (2017). Communication skills training for practitioners to increase patient adherence to home-based rehabilitation for chronic low back pain: Results of a cluster randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(9), 1732-1743. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.025>
- Mannion, A., Helbling, D., Pulkovski, N., & Sprott, H. (2009). Spinal segmental stabilisation exercises for chronic low back pain: programme adherence and its influence on clinical outcome. *European Spine Journal*, 18(12), 1881–1891. doi:10.1007/s00586-009-1093-7
- Martín, L., Bayarre, H., & Grau, J. (2007). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*. Retrieved from <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2008.v34n1/10.1590/S0864-34662008000100012/es/>
- Martínez, M., El Fazazi, S., & Espinoza, R. (2016). Prescripción de actividad física en atención primaria, valoración de factores que influyen en la adherencia al tratamiento y posibles mejoras. *Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 125-134. doi:<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.148>

- Meade, L., Bearne, L., Sweeney, L., Alageel, S., & Godfrey, E. (2018). Behaviour change techniques associated with adherence to prescribed exercise in patients with persistent musculoskeletal pain: Systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 24(1), 10-30. doi:10.1111/bjhp.12324
- Minsal. (2019). <https://www.minsal.cl/>. Retrieved from Criterios técnicos para la programación de prestaciones de rehabilitación: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/ANEXO-16.pdf>
- Montenegro, A., Rueda, L., & Orstein, C. (2015). Reflexiones en torno a la adherencia a tratamiento de las personas en situación de enfermedad. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(2), 1-9. doi:10.5354/0719-5346.2015.38164
- Oldfors, L., & Oberg, B. (2005). Patient adherence in an individualized rehabilitation programme: A clinical follow-up. *Scandinavian journal of public health*, 33(1), 11-18. doi:<https://doi.org/10.1080/14034940410028299>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción*. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Pamplona, L., Uribe, D., & Ayala, J. (2018). Adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión de tema. *Ciencia y Salud, revista virtual*, 10(1), 62-75. doi:10.22519/21455333.766
- Peterson, G., Ludvigsson, M., O'leary, S., Dederig, A., Wallamn, T., Jonsson, M., & Peolsson, A. (2015). The effect of 3 different exercise approaches on neck muscle endurance, kinesiophobia, exercise compliance, and patient satisfaction in chronic whiplash. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 38(7), 465-476. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2015.06.011>
- Pisters, M., Veenhof, C., Bakker, D., Schellevis, F., & Dekker, J. (2010). Behavioural graded activity results in better exercise adherence and more physical activity than usual care in people with osteoarthritis: a cluster-randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 56(1), 41-47. doi:[https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(10\)70053-9](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(10)70053-9)
- PUC. (2020). <https://kinesiologia.uc.cl/>. Retrieved from <https://kinesiologia.uc.cl/>
- Raguant, M., & Torrado, M. (2016). El método Delphi. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(1), 97-102.
- Sacomori, C., Berghmans, B., Mesters, I., & de Bie, R. (2015). Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: A randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 4, 190-198. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.08.005>

- Salort, M. (2015). La adherencia al tratamiento kinésico en una entidad de salud pública. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de Fasta, Mar del Plata, Argentina.
- Sayago, M. (2018). Parálisis de Bell. Grado de adherencia y estrategias de tratamiento. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de Fasta, Mal del Plata, Argentina.
- Superintendencia de Salud. (2020). <http://www.supersalud.gob.cl/>. Retrieved from http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-17328.html#accordion_1
- Tapia, L. (2014). Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema. *CES Movimiento y Salud*, 2(1), 23-30. Retrieved from <http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoysalud/article/view/2969/pdf>
- The World Confederation for Physical Therapy. (2019). <https://www.wcpt.org/>. Retrieved from <https://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>
- Varela, M., Salazar, C., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J., & Salazar, Á. (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/sida: validación de un. *Colombia Médica*, 40(4), 387-398. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/283/28312733004.pdf>
- Visuetti, R. (2017). Factores asociados a falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico, en pacientes de 20- 69 años, policlínica Pediátrica Dr. Manuel Ferrer Valdés, 2017. Tesis de Maestría no publicada, Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá.
- Vong, S., Cheing, G., Chan, F., So, E., & Chan, C. (2010). motivational enhancement therapy in addition to physical therapy improves motivational factors and treatment outcomes in people with low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(2), 176-183. doi:DOI: 10.1016/j.apmr.2010.10.016

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Nombres investigadores: Sergio Rodas, Andrea González, Catalina Arriagada.

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que son pacientes del servicio de kinesiología de la Clínica Ernesto Silva B. de la Universidad del Desarrollo sede Concepción y que se les invita a participar en la investigación: “Validación de la encuesta de medición de adherencia terapéutica en tratamiento musculoesquelético”.

Nombre del Investigador Principal: Sergio Rodas, Andrea González, Catalina Arriagada

Nombre de la Organización: Universidad del Desarrollo

Nombre del Patrocinador: Patricio Oliva, Jaime Sepúlveda

Nombre de la Propuesta y versión: “Validación de la encuesta de medición de adherencia terapéutica en tratamiento musculoesquelético”.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Parte I Información
- Parte II Formulario de Consentimiento

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I:

Nosotros somos Sergio Rodas, Andrea González, Catalina Arriagada, somos estudiantes de 4° año de la carrera de Kinesiología de la Universidad Del Desarrollo sede Concepción y estamos realizando nuestra tesis la cual consiste en crear una encuesta para medir la adherencia de los pacientes a un tratamiento kinésico musculoesquelético. A continuación, se le entregará información y se le invitará a participar de esta investigación. Antes de decidirse a participar, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda, por favor si tiene dudas o preguntas contactar con cualquiera de los miembros del equipo.

En Chile no existen encuestas que permitan conocer la adherencia a un tratamiento kinésico, por lo que el propósito de nuestra tesis es crear una encuesta con la cual se pueda medir. La adherencia a un tratamiento es el grado de comportamiento de un paciente, para seguir las instrucciones de

tomar sus medicamentos, el seguimiento de una dieta u otras instrucciones realizadas por los profesionales de la salud.

Esta investigación consta de dos etapas en las cuales usted tendrá que contestar el cuestionario.

Estamos invitando a los adultos que son atendidos en el servicio de kinesiología de la Clínica Ernesto Silva B. de la Universidad del Desarrollo sede Concepción para participar en la investigación para la creación de un cuestionario con el cual mediremos la adherencia a un tratamiento kinésico. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria por lo que, si elige participar o no usted podrá continuar recibiendo el tratamiento en la clínica, incluso usted puede dejar de participar, aunque lo haya aceptado antes.

Usted deberá completar esta encuesta dos veces con una diferencia de 15 días. Sus respuestas serán usadas para conocer la utilidad de esta encuesta, por lo que no hay respuestas buenas o malas, por esto le pedimos que conteste lo que usted piense. La duración de su participación en nuestra investigación será de 21 días.

El participar o no de esta investigación no significa ningún riesgo para su tratamiento, su estado de salud o bienestar en general. Su participación en esta investigación podrá contribuir a que investigaciones posteriores entreguen mayor información acerca de la opinión de los pacientes con respecto al tratamiento y realizar cambios o mejoras en beneficio de los kinesiólogos y usuarios.

Las respuestas entregadas por usted en el cuestionario serán conocidas solo por los investigadores y nuestro profesor guía Patricio Oliva. Estas respuestas serán analizadas con programas computacionales y no serán publicadas a través de ningún medio físico o digital y una vez concluida nuestra investigación los cuestionarios serán eliminados sin conservar copias de los originales.

Usted puede negarse a participar de esta investigación o dejar de hacerlo en cualquier momento, aunque haya aceptado ser parte de esta anteriormente, lo cual no implica algún impedimento para continuar con su tratamiento en la Clínica Ernesto Silva B. de la Universidad del Desarrollo sede Concepción

En caso de que tenga cualquier duda o quiera realizar alguna pregunta puede contactar a cualquiera de las siguientes personas:

Nombre: Sergio Rodas Valenzuela
Número de teléfono: +56988382803
E-mail: srodasv@udd.cl

Nombre: Andrea González Galindo
Número de teléfono: +56962196157
E-mail: andgonzalezg@udd.cl

Nombre: Catalina Arriagada Martínez.
Número de teléfono: +56991277536
E-mail: caarriagadam@udd.cl

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Dirección de Ciencias Básicas, Metodología e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Desarrollo, cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea obtener más información contacte a:

Nombre:
Dirección:
Número de teléfono:

Parte II Consentimiento informado

He sido invitado a participar en la investigación de la creación de una encuesta para medir la adherencia. Entiendo que debo contestar el cuestionario dos veces, con una separación de 15 días entre cada vez. He sido informado de que los riesgos son inexistentes. Sé que puede que no haya beneficios directos para mi persona, pero los podría haber en un futuro. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y el número de teléfono y/o correo electrónico que se me ha dado de esa persona. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera a mi tratamiento kinésico.

Nombre: _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____ Día/mes/año

- A continuación, se presentan 25 preguntas.
- Puede elegir más de una alternativa si así lo indica la pregunta.

- Debe contestar lo que usted piense y crea.
- Recuerde que **NO** hay respuestas buenas o malas.

Ítem: Comunicación y educación

Objetivos: valorar la comunicación efectiva entre kinesiólogo y usuario y la educación realizada por el kinesiólogo

Variable: Comunicación y educación

1. Considera usted necesario que el(la) kinesiólogo(a) salude y se presente al inicio de la consulta
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Me resulta indiferente
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
2. Considera usted necesario que el(la) kinesiólogo(a) le explique el diagnóstico realizado por el médico
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Me resulta indiferente
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
3. Considera usted necesario que el(la) kinesiólogo(a) le explique los exámenes de imágenes (radiografía, resonancia, ecografía, etc.) en caso de que usted los tenga
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Me resulta indiferente
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
4. Considera usted necesario que el(la) kinesiólogo(a) le explique el proceso de recuperación de su lesión (tiempo que se demoran los tejidos en recuperarse)
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Me resulta indiferente
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

5. Considera usted necesario que el(la) kinesiólogo(a) le explique el tratamiento en general y sus pasos a seguir (tipo de tratamiento, uso de dispositivos de apoyo, tipos de ejercicio, etc.)
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Me resulta indiferente
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

6. Considera usted necesario que el(la) kinesiólogo(a) le explique en qué consiste la terapia de forma clara y sencilla
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Casi nunca
 - e) Nunca

7. Considera usted necesario que el(la) kinesiólogo(a) considere un tiempo dentro de la terapia para resolver las dudas que usted pueda tener
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Casi nunca
 - e) Nunca

Item: Ambiente cercano del paciente

Objetivo: Conocer si influye la red de apoyo en el tratamiento kinésico

Variable: Ambiente cercano

8. ¿Usted vive solo(a) en su domicilio? (Si su respuesta es **SI** continúe con la pregunta 11)
 - a) Si
 - b) No

9. ¿Usted con cuántas personas vive en su hogar?
 - a) 1-3
 - b) 4-5
 - c) 6-7
 - d) 8-9

e) 10 o más

10. ¿Alguna de las personas que vive con usted lo(a) motivó a asistir al kinesiólogo?

- a) Si
- b) No

11. ¿Alguna persona cercana a usted lo(a) motivó a asistir al kinesiólogo?

- a) Si
- b) No

12. Si usted debe ir acompañado(a) a la consulta kinésica ¿tiene alguna persona cercana que lo acompañe?

- a) Si
- b) No

13. Si el(la) kinesiólogo(a) le da una serie de ejercicios para que ejecute en su hogar y necesita ayuda, ¿alguna persona estará disponible para asistirlo?

- a) Si
- b) No

14. ¿Si usted no desea asistir a la terapia, cuenta con alguna persona que lo(a) motive a ir de todos modos?

- a) Si
- b) No

Ítem: Incompatibilidad de horario

Objetivo: Determinar como la disponibilidad horaria del paciente influye en el tratamiento kinésico

Variable: Horario

15. El(la) kinesiólogo(a) respetó el horario de inicio de atención asignado para la terapia

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

16. El(la) kinesiólogo(a) le informó el tiempo de duración de cada sesión (en caso de responder **No** continúe con la pregunta 18)

- a) Si
- b) No

17. El(la) kinesiólogo(a) cumplió con el tiempo asignado a cada sesión de tratamiento

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

18. Respecto a la reserva de horas, la recepción le ofreció más de una alternativa horaria para sus consultas kinésicas

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

Ítem: Experiencias previas con otros kinesiólogos

Objetivo: Analizar cómo influyen las experiencias previas con otros kinesiólogos en el tratamiento kinésico

Variable: Experiencia en otros tratamientos

19. ¿Usted había asistido antes a tratamiento kinésico? (si su respuesta es **NO**, no conteste las siguientes preguntas)

- a) Si
- b) No

20. ¿Cuántas veces durante su vida, ha asistido a terapia kinésica?

- a) 1-2
- b) 3-4
- c) 5-6

- d) 7-8
- e) 9 o mas

21. ¿Completó su tratamiento? (si su respuesta es SI continúe con la pregunta 23)

- a) Si
- b) No

22. ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los que no completó el tratamiento? (puede marcar más de una alternativa)

- a) Tiempo
- b) Relación con el kinesiólogo
- c) Problemas de traslado
- d) Recuperación lenta
- e) Recuperación rápida
- f) Otra

23. ¿Cuál o cuáles fue la causa por la que asistió donde ese kinesiólogo? (puede marcar más de una alternativa)

- a) Por ser de confianza para el médico tratante
- b) Kinesiólogo asignado en el centro de salud
- c) Recomendación de un familiar
- d) Recomendación de un conocido
- e) Experiencia anterior positiva con el kinesiólogo
- f) El profesional es mi amigo o conocido
- g) Por algún anuncio
- h) Otros

24. ¿Considera usted que fue importante asistir a la terapia kinésica?

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Me resulta indiferente
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

25. ¿Cómo calificaría usted su experiencia con la terapia kinésica en general?

- a) Muy buena
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy mala

Anexo 2

FORMATO VALIDACIÓN EXPERTOS DE ENCUESTA DE MEDICION DE ADHERENCIA TERAPEUTICA A UN TRATAMIENTO KINESICO MUSCULOESQUELETICO

Estimado Experto: el propósito del presente formato es Encuesta de medición de la adherencia terapéutica, como instrumento para determinar factores de la adherencia terapéutica. Por favor completar según su criterio y conocimiento.

ITEM	CRITERIOS A EVALUAR										OBERSEVACIONES (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor indique)
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Comunicación y educación											
1. Considera usted importante que el kinesiólogo se presente											
2. Considera usted importante que el kinesiólogo explique el diagnóstico											
3. Considera usted importante que el kinesiólogo le explique el proceso de recuperación de su lesión (tiempo que se demoran los tejidos en recuperarse)											
4. Considera usted importante que el kinesiólogo explique el tratamiento en general y sus pasos a seguir											
5. El kinesiólogo le explica todos sobre la terapia de forma sencilla y clara											
6. El kinesiólogo deja espacios en la terapia para consultas que usted pueda tener											

ITEM	CRITERIOS A EVALUAR										OBSERVACIONES (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor indique)
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende		
Ambiente cercano del paciente	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
7. ¿Vive solo? (En caso de marcar NO saltar a la pregunta 10)											
8. ¿Con cuántas personas vive?											
9. ¿Alguna de esas personas lo motivó a asistir al médico y al kinesiólogo?											
10. En caso de no poder asistir a la terapia por sí solo ¿Tiene alguna persona cercana que lo acompañe?											
11. Si el kinesiólogo le da una serie de ejercicios para el hogar y necesita ayuda ¿alguna persona estará disponible para prestársela?											
12. ¿Si no quiere asistir a la terapia, alguna persona lo motiva a venir de todos modos?											

ITEM	CRITERIOS A EVALUAR										OBSERVACIONES (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor indique)
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende		
Incompatibilidad de horario	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
13. El kinesiólogo respeta el horario de atención que se le asignó para iniciar la terapia											
14. El kinesiólogo le informo la duración de cada sesión (En caso de responder No pase a la pregunta 16)											
15. El kinesiólogo cumplió el tiempo asignado a cada sesión a terapia											
16. Al momento de escoger un horario de atención se le dan varias opciones de horario											

ITEM	CRITERIOS A EVALUAR										OBSERVACIONES (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor indique)
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende		
Experiencias previas con otros kinesiólogos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
17. ¿Usted ha asistido antes al kinesiólogo?											
18. ¿Cuántas veces?											
19. ¿Completo su tratamiento?											
20. ¿Cuáles fueron los motivos por lo que completó o no el tratamiento?											
21. ¿Cuál fue la causa por la que asistió donde ese kinesiólogo?											
22. Fue importante asistir											
23. ¿Cómo calificaría su experiencia?											

ASPECTOS GENERALES	SI	NO	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder al cuestionario			
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación			
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial			
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir			
VALIDEZ (marque con una x)			
APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIMIENTO A LAS OBSERVACIONES			
Validado por:			