

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA**

**ANÁLISIS DE ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE REHABILITACIÓN
FÍSICA FISIOCENTER PARA PACIENTES DE TERCERA EDAD, EN LA
CIUDAD DE QUITO, DE ENERO A JUNIO DEL 2013.**

**Elaborado por:
MA. LORENA PALMA CHÁVEZ**

QUITO, MARZO 2014

Resumen

Esta investigación trata sobre el análisis de las distintas barreras de accesibilidad que los pacientes de tercera edad presentaron en el primer semestre del año 2013, en el centro de rehabilitación física Fisiocenter en Quito. El enfoque primordial fue revelar cuales barreras geográficas, económicas, funcionales y culturales existían. Como resultado de este estudio se ha podido demostrar que un 62% de los pacientes de tercera edad que asistieron al servicio de rehabilitación física no culminaron su tratamiento fisioterapéutico y de la misma forma se encontró que una de las barreras que más influye para este incumplimiento fue que el 16 % de estos pacientes muy pocas veces encuentran estacionamiento al momento de llegar al centro de rehabilitación física, y por otra parte en un 80% los pacientes de tercera edad consideran económico el asistir a rehabilitación física, claro está en función del pago de un porcentaje por el valor mensual que pagan por su seguro médico privado. De hecho se pudo concluir que las dificultades en accesibilidad por mínimas que sean tienen una relación muy estrecha con el incumplimiento del tratamiento de rehabilitación física.

Abstract

This investigation is about the analysis of the different accessibility barriers that elderly patients have presented in the first half of the year 2013, in Center of physical rehabilitation Fisiocenter in Quito. The primary focus was to reveal which geographic, economic, functional and cultural barriers exist. As a result of this study it has been demonstrated that 62% of elderly patients who attended the service of physical rehabilitation not culminated their physiotherapeutic treatment. and similarly found predominantly which in the opinion of the patients is that one of the barriers that most influences for this failure was that a 34 and 16% never rarely respectively do not find parking at the time of reaching the physical rehabilitation center, and on the other hand 80% of elderly patients considered economic attend physical rehabilitation is clear according to the payment of a change obviously depending on the payment of a percentage for the monthly value that pay for their private health insurance, indeed could be concluded that difficulties in accessibility by minimum that are have a very close relationship with the breach of the realization of physical rehabilitation.

Dedicatoria

Este trabajo es dedicado a mi maravillosa familia, con especial y profundo amor a mi madre, quien me ha impulsado siempre a llegar a las metas propuestas y por siempre ser mi pilar de fortaleza ante cualquier adversidad, a mi padre, que estoy segura estaría encantado y dichoso viéndome cumplir uno de mis tantos sueños, a mi hermano menor que con su forma de ser me enseñó sin darse cuenta a mirar la vida y sus circunstancias de una forma libre de complicaciones, a mi hermana mayor y su esposo por impulsar y contribuir a cumplir mi sueño de obtener la titulación universitaria, a mis sobrinos Emma, Aaron y Nathan, y finalmente a mi esposo, por ser mi compañero y amigo incondicional quien estuvo respaldándome en el día a día con su amor, comprensión y apoyo, y a mis pequeños hijos Juliana Camila y Jorge Esteban.

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a Dios por encaminar mi carrera universitaria y definitivamente ponerme en el lugar exacto donde el servicio hacia los demás enriquece mi vida diariamente.

Agradezco a la prestigiosa Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por abrir sus puertas para formarme como profesional, por otro lado agradezco la disposición y colaboración del personal que labora en la Facultad de Enfermería.

De la misma manera agradezco infinitamente a mi director de disertación Dr. Hugo Pereira, y los lectores MPH Nelly Sarmiento y Dr. Edgar Rojas., por el apoyo académico brindado a lo largo de la elaboración de este trabajo.

Agradezco la disponibilidad de las propietarias del centro de rehabilitación física Fisiocenter que hicieron posible la realización de encuestas y la revisión de las historias clínicas facilitando el acceso a las instalaciones y aérea de documentación.

Y para finalizar de sobre manera agradecida por el soporte emocional y económico brindado por mi familia.

Tabla de contenido

Introducción.....	11
Capítulo I: Generalidades.....	13
1.1. Planteamiento del Problema.....	13
1.2. Justificación	15
1.3. Objetivos	16
1.3.1. General	16
1.3.2. Específicos	16
1.4. Metodología	17
1.4.1. Tipo de estudio.....	17
1.4.2. Población y muestra.....	17
1.4.3. Fuentes, Técnicas E Instrumentos	18
1.4.3. Plan de recolección y análisis de información	18
Capítulo II: Marco Teórico	19
2.1. El envejecimiento	19
2.1.1. La dependencia en la vejez	20
2.1.2. Los cambios a lo largo de la vejez	22
2.1.3. Participación de adultos mayores en la sociedad.....	22
2.2. Fisioterapia	23
2.2.1. Fisioterapia en la tercera edad	24
2.3. Accesibilidad.....	27
2.3.1. Accesibilidad como oferta de servicios de rehabilitación física.....	28
2.3.2. Dimensiones de la accesibilidad.....	29
2.3.2.1. Accesibilidad Geográfica	29
2.3.2.2. Accesibilidad Económica	29
2.3.2.3. Accesibilidad Cultural.....	30
2.3.2.4. Accesibilidad Funcional	30
2.3.3. Principios y derechos relacionados con la accesibilidad y los servicios de salud.....	31
2.3.4. Atributos de la accesibilidad	31
2.3.5. Beneficios de la accesibilidad.....	32

2.3.6. Accesibilidad y tercera edad	33
2.3.7. La ciudad como un factor determinante en personas de tercera edad.....	34
2.3.8. Derechos y limitaciones de accesibilidad en la vejez	36
2.3.9. Proceso de adaptación psicológica, cambio en el entorno físico y consideraciones económicas en accesibilidad para personas de tercera edad	38
2.3.9.3. Consideraciones económicas.....	41
2.3.10. Decretos legales relacionados a los pacientes de tercera edad en el Ecuador	41
2.4. Hipótesis	42
2.5. Operacionalización de variables.....	43
Capítulo III: Análisis de resultados y discusión	44
3.1. Análisis de resultados	44
3.1.1. Características socio demográficas del grupo de estudio	44
3.1.1.1. Pacientes según, sexo, ocupación y grupo de edad	44
3.1.2. Morbilidad y Comorbilidad	47
3.1.3. Accesibilidad.....	48
3.1.3.1. Accesibilidad Geográfica	48
3.1.3.2. Accesibilidad Económica	49
3.1.3.3. Accesibilidad Funcional	51
3.1.3.4. Accesibilidad Cultural.....	54
3.1.1.4. Soporte emocional y afectivo y Apoyo material.....	55
3.1.1.4. Cumplimiento de Tratamiento Fisioterapéutico	57
3.2. Discusión	62
Conclusiones	67
Recomendaciones.....	69
Bibliografía	70
Anexos	73
Anexo 1. Plan de recolección de datos	73
Anexo 2. Modelo de Encuesta	74
Anexo 3. Modelo de hoja de chequeo historias clínicas	76
Anexo 4. Tablas y Gráficos	77
Tablas	77

Gráficos.....	83
Anexo 5: Siglas y Glosario	94
Siglas	94
Glosario.....	94

Índice de tablas

Tabla 1. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que asistieron al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito enero a junio 2013.	13
Tabla 7. Clasificación de pacientes adultos mayores por sexo en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013	45
Tabla 9. Clasificación de pacientes adultos mayores por grupo de edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013	46
Tabla 2. Morbilidad frecuente por la que acuden los pacientes de tercera edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito, diciembre 2013	47
Tabla 3. Comorbilidad presentada por pacientes de tercera edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013	48
Tabla 13. Disponibilidad económica que presentaron los pacientes de tercera edad en los últimos seis meses para asistir o no al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	49
Tabla 15. Opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad y funcionamiento de equipos en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	51
Tabla 19. Evaluación de los pacientes de tercera edad acerca de los horarios de atención disponible en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	53
Tabla 4. Clasificación de pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter según con quien viven, Quito, diciembre 2013	55
Tabla 5. Indagación de quién cubre el valor monetario del seguro médico de los pacientes de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	57
Tabla 27. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron lumbalgia por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	58
Tabla 6. Clasificación de pacientes adultos mayores por sexo en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013	77
Tabla 8. Clasificación de pacientes adultos mayores por grupo de edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013	77
Tabla 10. Clasificación de pacientes adultos mayores según ocupación en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	77
Tabla 11. Comorbilidad presentada por pacientes de tercera edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013	77
Tabla 12. Percepción de los pacientes de tercera edad acerca de la distancia desde su hogar al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	77
Tabla 14. Apreciación de los pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter acerca del costo del tratamiento fisioterapéutico, Quito diciembre 2013.....	78
Tabla 16. Opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad y funcionamiento de las instalaciones y estructura del edificio en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	78
Tabla 17. Opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad de estacionamiento en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	78

Tabla 18. Cuantía de pacientes de tercera edad que han sufrido un accidente debido a las instalaciones del centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	78
Tabla 20. Acogimiento del protocolo de atención y servicios brindados por parte de los pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito, diciembre 2013	79
Tabla 21. Cuantía de pacientes de tercera edad que en los últimos seis meses dejo de asistir debido a no tener compañía para ir al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	79
Tabla 22. Conjunto de pacientes de tercera edad según morbilidad frecuente que cumplieron o no su tratamiento fisioterapéutico en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	79
Tabla 23. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	79
Tabla 24. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	80
Tabla 25. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron artrosis por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	80
Tabla 26. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron cervicalgia por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	80
Tabla 28. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron tendinitis por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	80
Tabla 29. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron otro diagnóstico por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	81
Tabla 30. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron artrosis por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	81
Tabla 31. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron cervicalgia por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	81
Tabla 32. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron lumbalgia por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	81
Tabla 33. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron tendinitis por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	82
Tabla 34. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron otro diagnóstico por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	82

Índice de gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de pacientes tercera edad por sexo, Centro de Rehabilitación Física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	44
Gráfico 2. Porcentaje de pacientes adultos mayores por grupo de edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013	45
Gráfico 3. Porcentaje de pacientes de tercera edad según ocupación en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	46
Gráfico 4. Percepción de los pacientes de tercera edad acerca de la distancia desde su hogar al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	49
Gráfico 5. Apreciación de los pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter acerca del costo del tratamiento fisioterapéutico, Quito diciembre 2013.....	50
Gráfico 6. Porcentaje de opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad, funcionamiento de las instalaciones y estructura del edificio en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	52
Gráfico 7. Porcentaje de pacientes de tercera edad que han sufrido un accidente debido a las instalaciones del centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	52
Gráfico 8. Opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad de estacionamiento en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	54
Gráfico 9. Porcentaje de acogimiento del protocolo de atención y servicios brindados por parte de los pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	55
Gráfico 10. Porcentaje de pacientes de tercera edad que en los últimos seis meses dejó de asistir debido a no tener compañía para ir al centro de rehabilitación física, Quito diciembre 2013	56
Gráfico 11. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan cervicalgia según sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	58
Gráfico 12. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan cervicalgia en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	59
Gráfico 13. Porcentaje de PTE que cumplieron el tratamiento fisioterapéutico según las sesiones que realizaron en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	60
Gráfico 14. Porcentaje de PTE que cumplieron el tratamiento fisioterapéutico según las que fueron sesiones asignadas en la orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	60
Gráfico 15. Porcentaje de pacientes de tercera edad que cumplieron y no cumplieron su tratamiento fisioterapéutico en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	61
Gráfico 16. Porcentaje de pacientes de tercera edad por sexo en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013	83
Gráfico 17. Porcentaje de adultos mayores por grupo de edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	83
Gráfico 18. Porcentaje según tipo de morbilidad frecuente por la que acuden los pacientes de tercera edad al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	83
Gráfico 19. Porcentaje según tipo de comorbilidad que presentan los pacientes de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013	84

Gráfico 20. Porcentaje según tipo de comorbilidad que presentan los pacientes de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013	84
Gráfico 21. Porcentaje de disponibilidad económica que presentaron los pacientes de tercera edad en los últimos seis meses para asistir o no al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	85
Gráfico 22. Porcentaje de opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad y funcionamiento de los equipos utilizados en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	85
Gráfico 23. Evaluación en porcentaje de los pacientes de tercera edad acerca de los horarios de atención disponible en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito, diciembre 2013.....	86
Gráfico 24. Porcentaje de indagación acerca de quién cubre el valor monetario del seguro médico en los pacientes de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	86
Gráfico 25. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan artrosis en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	87
Gráfico 26. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan lumbalgia en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	87
Gráfico 27. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan tendinitis en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	88
Gráfico 28. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan otro diagnóstico en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	88
Gráfico 29. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan lumbalgia según sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	89
Gráfico 30. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan tendinitis según sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	89
Gráfico 31. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan otro diagnóstico según sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	90
Gráfico 32. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan artrosis según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	90
Gráfico 33. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan cervicalgia según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	91
Gráfico 34. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan lumbalgia según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	91
Gráfico 35. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan tendinitis según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013.....	92
Gráfico 36. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan otro diagnóstico según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013	92

Introducción

El presente estudio demuestra las barreras de accesibilidad en el cumplimiento de los tratamientos fisioterapéuticos que los pacientes de tercera edad presentaron en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, ubicado en la ciudad de Quito en el primer semestre del año 2013

Las causas esenciales de plantear este estudio fueron el generar posibles soluciones que disminuya el incumplimiento de las sesiones fisioterapéuticas en los pacientes de tercera edad, y por otro lado también se puede destacar que cuando de servicios de salud se trata, todavía existen en la realidad del país muchos limitantes que deben ser solucionados poniendo en marcha proyectos de prevención y promoción que la rehabilitación física ofrece por su enorme aporte en la recuperación y re inserción de un paciente después de sufrir una lesión o enfermedad limitante.

De tal manera se planteó la hipótesis que las barreras de accesibilidad geográfica, económica, funcional y cultural; la falta de apoyo material y la falta de soporte emocional puede inferir directamente en la interrupción del tratamiento de rehabilitación física, la cual fue despejada al momento de analizar los datos que demostraron que en su mayoría el que exista una de las barreras es determinante para un paciente de tercera edad al momento de cumplir con su tratamiento fisioterapéutico, teniendo la evidencia de ciertas circunstancias que demostrada con la información recolectada también pasan a segundo plano y no llegan a ser relevantes para los pacientes de tercera edad que acuden al servicio.

Se trabajó en base de la toma de una muestra de la población que representa todos los pacientes de tercera edad que acudieron al centro de rehabilitación física Fisiocenter, y se averiguó por medio de encuestas y por otra parte revisando las historias clínicas de

los pacientes de tercera edad, antecedentes de enfermedades crónicas, concurrencia al servicio, apreciaciones individuales etc., que despejaron las dudas existentes.

La preparación de esta investigación tomo aproximadamente 6 meses que englobó la revisión bibliográfica donde se revisó revistas científicas, trabajos similares realizados por autores extranjeros, interpretación de los textos plasmados en los libros, y su sin fin de propuestas desde blogs hasta discusiones científicas, por medio del internet; y luego de esto se dio la organización y selección de los textos valiosos para el marco teórico expuesto; inmediatamente a continuación se planteó el tipo de metodología a utilizar y la construcción de un esquema de Operacionalización de variables y aplicación de las mismas, acto seguido la creación de las matrices de recolección de información como fueron las encuestas para pacientes que asistían al centro de rehabilitación física y la revisión de historias clínicas en base a una lista de chequeo, por consiguiente se obtuvo una base de datos extensa que fue procesada y analizada que estableció en definitiva los resultados, la discusión, las conclusiones y recomendaciones de este arduo trabajo.

Capítulo I: Generalidades

1.1. Planteamiento del Problema

El servicio de rehabilitación física Fisiocenter donde se desarrolló la investigación tiene como misión brindar atención médica ambulatoria integral de alta calidad científica, tecnológica y humana, siendo imperativo mencionar que el servicio ofrecido es de carácter privado generalmente relacionada con convenios de servicios pre pagados y en los últimos meses se realizó un convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), por el cual también asisten pacientes que gozan de los beneficios de este seguro gubernamental, se encuentra en la ciudad de Quito, en el sector la Carolina ubicada en la calle Noruega y Suiza.

Se han establecido en este servicio protocolos de atención y a pesar de toda la organización, tipo de servicio y facilidades existentes se ha puesto a consideración el bajo porcentaje de culminación de las sesiones de rehabilitación física por parte de las personas de tercera edad que asistieron a este servicio en el primer semestre del año 2013.

Tabla 1. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que asistieron al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito enero a junio 2013.

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
TOTAL PACIENTES	63	96	105	117	103	88	572
NO. ADULT.MAYORES	41	58	59	58	54	54	324
% DE ASISTENCIA A RF DE PTE	65%	60%	56%	50%	52%	61%	58%
NO. DE PTE QUE CULMINAN TF	0	8	8	5	5	9	35
% DE PTE QUE CULMINAN TF	0%	8%	8%	4%	5%	10%	6%

Fuente: Estadística Fisiocenter 2013, revisión realizada en agosto 2013.

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Actualmente la tendencia a sufrir diferentes tipos de dolencias ha ido en aumento, y la edad resulta un factor detonante debido a que al pasar de los años la salud se fragmenta.

En resumen, existe un buen número de personas adultas mayores que no culminan su tratamiento de fisioterapia debido generalmente a la dificultad para moverse por sus limitaciones físicas, la distancia al centro de rehabilitación física, en repetidas ocasiones el no tener el apoyo de algún familiar para ser trasladado al lugar de rehabilitación y por último los costos que genera el realizar un tratamiento completo.

1.2. Justificación

El estudio pretende identificar y analizar los factores que condicionan el cumplimiento del tratamiento de rehabilitación física en pacientes de tercera edad de acuerdo al padecimiento por el que acuden que con frecuencia comúnmente cervicalgia, lumbalgia, tendinitis o artrosis.

Tomando en cuenta la realidad del país, las personas de la tercera edad posiblemente no gozan de privilegios en cuanto a servicios médicos donde está inmersa la rehabilitación física, debido a esta dificultad se podría pensar que no existen los recursos suficientes que abarque las necesidades de todos los sectores que sufren dificultades de accesibilidad, y además esto genera la incertidumbre si el interés por parte de las entidades encargadas de generar campañas de promoción y prevención de lesiones severas o invalidantes a futuro por medio de la rehabilitación es limitado o no.

Además este segmento de la población que conforman los pacientes de tercera edad, al parecer tienen muchas dificultades para acceder a un plan de tratamiento completo de rehabilitación, y al no cumplir con todas las sesiones de terapia requeridas, el proceso de recuperación para estos pacientes se interrumpe frecuentemente, y esto afecta el estado de salud y la calidad de vida de las personas de tercera edad. Por ello la necesidad de profundizar el estudio y aclarar cuáles son en definitiva las causas de la falta de cumplimiento de las sesiones de terapia física.

Creemos con Bertolt Brecht lo que él expresara: “No aceptes lo habitual como cosa natural, porque en tiempos de desorden, de confusión organizada, de humanidad deshumanizada, nada debe parecerse natural. Nada debe parecer imposible de cambiar”. Finalmente, nuestra visión es que con un Hábitat inclusivo, desde la accesibilidad física y socio-económica, se podrán hacer realidad las palabras de Ingmar Bergman, que expresaba que “Envejecer es como subir a una montaña, a cuya cima se llega con el aliento entrecortado y las piernas cansadas, pero desde la cual se divisa un magnífico panorama. (Citado en Coriat, 2011)

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Analizar la accesibilidad identificando los tipos de barreras que impide la culminación del tratamiento de rehabilitación física para las personas de tercera edad.

1.3.2. Específicos

- Determinar los factores económicos que influyen en la culminación de las sesiones de terapia física en pacientes de tercera edad.
- Mostrar el grado de accesibilidad geográfica para pacientes de tercera edad.
- Verificar las barreras de accesibilidad funcional para los pacientes de tercera edad.
- Identificar los motivos de morbilidad y comorbilidad frecuentes que influyan para no culminar el tratamiento en una persona de tercera edad.
- Mencionar las barreras culturales que impiden la culminación de las sesiones de rehabilitación física.

1.4. Metodología

1.4.1. Tipo de estudio

Este estudio es descriptivo de prevalencia, de carácter transversal ya que describe una serie de variables de una población determinada en un momento determinado, y en este estudio permite analizar la relación entre la morbilidad más frecuente de los pacientes y una serie de variables respecto a la accesibilidad, teniendo así una población determinada que son las personas de tercera edad y en un momento del tiempo determinado que son las sesiones de fisioterapia realizadas de enero a junio del 2013.

De tal forma se constituye como un estudio cuantitativo por lo que se utilizó una muestra de 150 pacientes de tercera edad que fueron atendidos en el servicio de rehabilitación Fisiocenter, en Quito. Con ello se pretende identificar y describir las barreras por las cuales los pacientes de la tercera edad no concluyen sus sesiones de rehabilitación asignadas cuando acuden al servicio.

1.4.2. Población y muestra

La población analizada está representada por todos los pacientes de la tercera edad que asisten al servicio de fisioterapia del centro de rehabilitación Fisiocenter, en Quito, ubicado en el sector la Carolina al norte de la ciudad de Quito.

De esta forma tomando en cuenta que la muestra es una porción del total y que representa la conducta de la población en su conjunto, en función de un cálculo estadístico a través de la fórmula que Balestrini propone para la obtención de una muestra representativa, se determinó que 150 unidades en este caso pacientes, mantendrá un margen de error del 8%, obteniendo un 92% de representatividad en la muestra planteada, siendo importante recalcar que la recolección de datos fue de manera totalmente aleatoria. Fue imperativo también para decidir tener el mencionado margen de error considerar que sería operativamente factible.

También se pudo obtener información de las historias clínicas de 150 de los pacientes que fueron atendidos de enero a junio del 2013 en dicho servicio de rehabilitación.

Los criterios de inclusión para ambas recolecciones fueron pacientes entre 65 años hasta 95 años de edad, hombres o mujeres y que presenten una de las cuatro condiciones mórbidas más frecuentes: artrosis, lumbalgia, tendinitis y cervicalgia, de tal forma los criterios de exclusión son todos los pacientes menores de 65 años que presenten otro tipo de diagnóstico que no sea uno de los cuatro condiciones de morbilidad frecuentes antes mencionadas.

1.4.3. Fuentes, Técnicas E Instrumentos

Las fuentes de recolección de información fueron primarias (los adultos mayores que acudieron al centro de rehabilitación) y secundarias (historias clínicas archivadas).

Las técnicas de investigación utilizadas fueron la encuesta y la revisión documental, y como instrumentos para aplicar estas técnicas se utilizó el cuestionario, véase *Anexo 2. Modelo de Encuesta*; y la lista de chequeo, véase *Anexo 3. Modelo de hoja de chequeo historias clínicas*, respectivamente, que fueron creados en base de las variables planteadas para el análisis, véase *2.5. Operacionalización de variables*.

1.4.3. Plan de recolección y análisis de información

El proceso de recolección de datos se realizó desde el 9 de diciembre del 2013 hasta el 20 de diciembre del 2013, que suman 12 días de trabajo, donde me encargue personalmente de realizar las encuestas asistiendo en el horario de atención disponibles del centro de 8 a 1 pm y de 15 pm a 19 pm, en este tiempo pude realizar las 150 encuestas y también la recolección de información proveniente de 150 historias clínicas archivadas a través de la lista de chequeo.

A continuación de este proceso para realizar el análisis de información se realizó la tabulación de todos los datos obtenidos generando una matriz de recolección en Excel que contiene toda información valiosa para la investigación y como paso siguiente se cruzaron los resultados de las variables independientes (accesibilidad geográfica, cultural, económica, apoyo familiar) con los resultados de las variables dependientes (cumplimiento con las sesiones de fisioterapia). Véase *Anexo 1. Plan de recolección de datos*.

Capítulo II: Marco Teórico

En el proceso de incorporación de todos los elementos que conforman este estudio este marco teórico profundiza los temas en específico a tratar, que tienen una relación muy estrecha entre ellos y servirán para entender de mejor manera la problemática planteada y despejar los conceptos básicos para la comprensión del tema desarrollado.

2.1. El envejecimiento

Es esa calidad de vida que se adquiere por causas de edad, y que comienza al alcanzar los 65 años, afecta al individuo en todos los aspectos de la vida, inclusive en su constitución física y psíquica con repercusión en su vida familiar, ambiental y social. Las afecciones físicas, abarcan todas las funciones corporales con deterioro, en mayor o menor grado, variable para cada individuo, de los órganos y sistemas que lo constituyen.

"...las calamidades de la vejez, supone la aparición de cambios irreversibles, que con el paso del tiempo afectan a células, tejidos y órganos, en suma a la totalidad del individuo, supone una disminución del 13 por ciento del metabolismo basal, a partir de los 65 años, debido a la reducción de la masa celular corporal hay disminución de la masa muscular, descenso de la función cardiovascular, aumento del índice de osteoporosis, artrosis y deterioro mental, lo que constituyen factores que contribuyen a un estilo de vida sedentario, que es también un nuevo estilo de vida para la sociedad..." (2. Bernal, L., *Fisioterapia en el Adulto Mayor*, Escobar A., 2009)

La consideración de la vejez ha variado en las distintas culturas y a través del tiempo. La vejez como última etapa de la vida, por su proximidad a la muerte, ha suscitado interés en diferentes etapas de la historia del ser humano, pero es ahora, dada la importancia del fenómeno del envejecimiento de la población, cuando está generando mayor expectación en la sociedad. Hoy en día es normal llegar a la vejez, en otros tiempos esto era posible sólo a una minoría. Es un fenómeno relativamente nuevo en la historia de la humanidad. "La vejez es un fenómeno de gran magnitud, las cifras no admiten la duda de que casi todos llegaremos a viejos." (Silva, L. 2006)

El envejecimiento poblacional es un fenómeno social debido a la transición demográfica registrada en todo el mundo. Las condiciones sociales inciden importantemente en cómo se concibe a la vejez, pero también en cómo se vive.

Castell argumenta como antes, el ciclo vital del individuo estaba determinado y ordenado por los ritmos de la naturaleza; ahora, dicho ritmo se alteró porque los desarrollos organizativos, tecnológicos y culturales de la nueva sociedad en la era de la información debilitaron este ciclo vital, pero aún no es reemplazado por una secuencia alternativa de ciclo vital. La etapa de la vejez, el autor afirma, se está redefiniendo así misma como etapa y a su vez está redefiniendo al ciclo de vida en su conjunto; diversos fenómenos dan cuenta de ello. La entrada a la vejez ya no siempre se define a partir de la salida del mercado laboral; de bebés a los 60 años o más, abuelas que dan a luz al hijo originado por el óvulo de su hija. Antes, la ancianidad era un estadio homogéneo, ahora es un universo pletórico de tipos de viejos en diferentes condiciones sociales y ocupando diversas posiciones sociales. (L. Silva, 2006)

Otros cambios incidiendo en las definiciones sociales de la vejez es el de la vida familiar. Los nuevos tipos de familias, unipersonales, de homosexuales, de segundas o terceras nupcias, también se encuentran entre la población anciana.

"... La longevidad origina la extensión del parentesco, tanto en el aumento de tipos de parentesco que coexisten, como en su duración. Las familias de cuatro generaciones son cada vez más frecuentes y los vínculos se conciben más como un centro de apoyo bidireccional..." (Segalen 2004).

Los cambios sociales obligan a pensar en una nueva vejez; a introducir nuevos análisis en diversos niveles sociales; e incluir otros fenómenos atravesados por el envejecimiento. El estudio de la vejez lejos de estar agotado, está abierto a múltiples posibilidades analíticas.

2.1.1. La dependencia en la vejez

La vejez siempre ha estado asociada a nociones de decrepitud y declive. A pesar de ello, se tiene la idea de que en el pasado, llegar a viejo era un logro social e individual no sólo por tantos años vividos sino por haber sobrevivido a las condiciones adversas del ambiente natural y social.

La historia sobre la vejez en Inglaterra muestra como la tendencia retórica en casi todos los periodos era la de hablar de vejez en términos de declive pero al mismo tiempo se construyeron imágenes duales y conflictivas en torno a ella. En el siglo XX, se mantiene este discurso. La dependencia define la condición social de un sujeto incapaz de satisfacer sus necesidades por sí mismo, quien pierde el control sobre la propia vida al grado de que no es capaz de cuidar de sí mismo y es forzado a confiar en el cuidado de otros (Trojansky 2002).

Las causas de la dependencia son el desarrollo humano, la enfermedad y la declinación, y cada una de ellas produce un particular tipo de dependiente, se suma a esta la posibilidad de sufrir una enfermedad crónica. Tanto el envejecimiento como la enfermedad crónica son eventos concomitantes, raro es el adulto mayor que no es un enfermo crónico y sólo es dependiente a causa de su vejez. Lo frecuente es encontrar a personas de tercera edad con múltiples enfermedades crónicas.

No sólo hay transición demográfica sino también epidemiológica. Las enfermedades crónicas ocuparon los primeros sitios entre las causas de morbilidad y mortalidad en el mundo en las últimas décadas del siglo XX; los adultos y los ancianos son quienes más las padecen.¹

Esta dualidad de imágenes, la de generar e intercambiar recursos o la de ser un dependiente económico o social, es manejada como dos situaciones excluyentes y construyen al mismo tiempo dos tipos de identidad, así como pérdida importante de los aspectos positivos de la vida (felicidad, contactos sociales) ...afirma la existencia de vulnerabilidades a causa de la dependencia, entre las que se encuentran, su impacto sobre las obligaciones morales y como estas obligaciones morales repercuten en las organizaciones políticas y sociales. Para la autora, ninguna sociedad que no atienda a la obligación moral de cuidar a los viejos puede ser buena o estar en lo correcto; y por otra parte, el cumplimiento de esta obligación está ligado al desarrollo cultural de las sociedades. Pero ella no debate sobre las razones para cumplir con esta obligación moral, como muchas veces es tan claro para el caso de los niños. Niveles de dependencia (Baltes y Smith 2003).

¹ Los dependientes son aquellos miembros de la sociedad que bajo estándares sociales normales son incapaces de cuidar de sí mismos (Waerness 1996) y que poseen un cuerpo discapacitado o deficiente para llevar una vida independiente y autónoma, con necesidades especiales más allá de las necesidades de un sujeto independiente (Watson, McKie, Hughes, Hopkins y Gregory 2004).

2.1.2. Los cambios a lo largo de la vejez

Envejecer es un proceso de sucesivos eventos que la definen como una etapa en sí misma y la diferencia de las previas en el ciclo de vida. El hecho de que la vejez sea un proceso implica mirar sus cambios, su ritmo y su dirección para construirla como tal. La edad es un parámetro recurrente para definir sub-etapas en la vejez. ²

En la primera etapa, los individuos sufren mermas en sus condiciones físicas, roles sociales u actividad económica, pero todavía tienen una vida en condiciones aceptables de funcionalidad; en cambio, en la cuarta edad hay pérdidas de capacidades importantes y significativas a causa de enfermedades y con niveles de dependencia creciente con implicaciones serias en su autonomía e independencia. De hecho, la cuarta edad es una condición con mayores desventajas tanto biológicas como sociales en comparación a la tercera edad.

En la cuarta edad, 80% de los adultos mayores experimentan pérdidas en tres y hasta seis áreas de la vida cotidiana, padecen múltiples enfermedades, experimentan pérdida de su capacidad de adaptabilidad fisiológica, bajos niveles de funcionalidad biológica, y cognitiva.

Esta división cronológica es útil pero es insuficiente porque no siempre los niveles de dependencia están asociados a una cierta edad. Una alternativa son los criterios funcionales, entendidos como cambios en el grado de capacidad de llevar a cabo papeles sociales o mantener niveles de salud y bienestar.

2.1.3. Participación de adultos mayores en la sociedad

Evidencias empíricas muestran la participación activa de los ancianos en la sociedad a través de los intercambios generacionales, porque además de receptores de bienes y servicios provenientes de las generaciones jóvenes, ellos también los otorgan a estas

² La más reconocida es la división en tercera edad y cuarta edad (Han 2003); la primera de los 60 a los 74 años y la otra es después de los 75 años sin límite de edad.

generaciones, principalmente a sus hijos y nietos. Por ejemplo, las ancianas son un elemento clave para que las mujeres jóvenes entren y permanezcan en el mercado laboral porque cuidan a sus nietos, sobre todo en contextos de pobreza donde la carencia y acceso a servicios de guarderías son la excepción.

La otra visión disponible es la de una persona achacosa, enferma, inútil y postrada en cama quien requiere ser cuidada todo el tiempo. Personas que a causa de una enfermedad y la propia vejez no participan más de la cooperación social y requieren de cuidado permanente.

Cuando se habla de cuidado permanente se puede remarcar la primordial función que empieza a tener la rehabilitación física en las personas de tercera edad, para esto es necesario tener una idea clara de este concepto. La rehabilitación física o comúnmente conocida como fisioterapia, abarca un sin número de oportunidades de prevención por el tipo de atención sanitaria que representa. A continuación se redacta un compendio de las más relevantes definiciones que engloban la significancia de la fisioterapia y ésta aplicada en el cuidado de pacientes de tercera edad para así dar paso a plantear otro concepto de vital importancia la accesibilidad y sus distintos enfoques y la correlación con la vejez.

2.2. Fisioterapia

La Confederación Mundial por la Fisioterapia en 1967 define a la Fisioterapia desde dos puntos de vista: desde el aspecto relacional o externo, como uno de los pilares básicos de la terapéutica, de los que dispone la Medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes, desde el aspecto sustancial o interno, como Arte y Ciencia del Tratamiento Físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptar a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico. En 1989, la APTA (Asociación Americana de Fisioterapia, en sus siglas en inglés) entiende que la fisioterapia es una profesión de la salud cuyo principal propósito es la promoción de la salud, y función óptima mediante la aplicación de principios científicos para prevenir, identificar y evaluar, corregir o aliviar disfunciones del movimiento agudas o prolongadas y también se menciona que es una profesión sanitaria que se define como el conjunto de métodos que mediante la aplicación de medios físicos

que cura previene recupera y adapta a personas con disfunciones orgánicas y que desarrolla sus actividades en el campo de la atención primaria y especializada. La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la rehabilitación como un proceso activo por el que aquellas personas discapacitadas como consecuencia de una enfermedad o una lesión alcanzan una recuperación total o desarrollan su máximo potencial físico, psíquico y social y son integradas en el entorno más apropiado. (French S., Slim J., (2006), Gallego Izquierdo, T. (2007))

A criterio personal considero que la fisioterapia significa la posibilidad de intervenir en la recuperación de una persona que ha sufrido un cambio drástico en su salud, aplicando conocimientos científicos y experimentales teniendo como resultado el enriquecimiento mutuo a nivel corporal y emocional.

2.2.1. Fisioterapia en la tercera edad

Los objetivos principales se centran en la prevención, diagnóstico y tratamiento temprano de las diversas enfermedades que afectan a este grupo de pacientes, para evitar que el cuerpo se degrade más de lo necesario y mantener las funciones en un nivel óptimo, el mayor tiempo posible.

El vocal del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE), Iban Arrien Celaya, con motivo de la celebración del Día Internacional de las Personas Mayores, ha destacado que la finalidad esencial de la Fisioterapia en el ámbito de las personas mayores es prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas. Los cambios demográficos que ha sufrido la sociedad en los últimos años muestran un aumento de la población mayor gracias a diversos factores, como la mejor atención sanitaria y estructura social, que conllevan un aumento de la esperanza de vida. Según Celaya, consideran a las personas mayores como una fuerza activa y un eslabón muy importante en la cadena de la sociedad actual. Asimismo, el vocal del Consejo ha subrayado que la Fisioterapia en este campo aporta a las personas mayores muchas y relevantes mejoras, evitando que se pierdan capacidades funcionales en las actividades de la vida diaria. Por todo ello, ha dicho, es muy importante y necesaria la figura del fisioterapeuta. (demayores.com, 2007)

La participación de la Fisioterapia en un envejecimiento activo y saludable se dirige a ámbitos como la higiene postural, la valoración de dependencia, programas de educación física para personas de edad avanzada con discapacidad transitoria o permanente, asesoramiento ergonómico y domiciliario.

Se necesita mantener un equilibrio mientras se desarrolla un tratamiento de rehabilitación física, entre los servicios sociales y la calidad y tipo de tratamiento fisioterapéutico, enfatizando la promoción de condiciones de vida saludables y promoviendo la prevención de posibles nuevas lesiones.

En la tercera edad el proceso de rehabilitación incluye todas las medidas tendentes a disminuir el efecto de las lesiones que producen incapacidad y minusvalías, a controlar los síntomas por medios físicos y a permitir que la persona pueda mantener las óptimas habilidades para su autonomía personal y la integración en el entorno.

Por sus diferentes condiciones de vulnerabilidad requieren mayor acompañamiento en todos sus procesos de la vida diaria. Es así, como desde los lineamientos de salud pública, se ha tratado de cubrir a esta población para mejorar la calidad de vida y el nivel de sobrevivencia.

Dentro de un protocolo de atención para una persona anciana se debe apreciar que la actividad física es un tema muy importante, así, el hecho de que una persona adulta se planteé iniciar, continuar o potenciar una actividad física, puede suponerle por una parte un cambio sustancial en su vida interior, ya que le ayudará a aumentar su equilibrio personal, mejorar su estado de ánimo y su salud, ayudándolo a mantener las actividades de la vida diaria, ganando con ello calidad de vida en la tercera edad. Debe tenerse especial cuidado en que el plan de tratamiento que se proponga realizar se deberá adaptar a las posibilidades reales de la capacidad física del paciente, por lo que es obligatoria una exhaustiva valoración previa que incluya una anamnesis completa, exploración cardiovascular respiratoria y músculo-esquelética. La duración de un plan de tratamiento debe ser entre 20 y 60 min. Con una frecuencia de 3 a 5 sesiones semanales según el diagnóstico.

Las lesiones y enfermedades que afectan a las personas mayores y que son remitidas al área de Fisioterapia se relacionan con: enfermedades cardiovasculares (Infartos, Hipertensión Crónica, Enfermedades Venosas, entre otras), enfermedades

músculo-esqueléticas (osteoporosis, artritis, artrosis³, tendinitis⁴, lumbalgia⁵, cervicalgia⁶, fracturas, y muchas otras), enfermedades neurológicas (algunos tipos de demencia, Parkinson, etc.) y algunos otros procesos degenerativos producto de la vejez.

Al considerar el envejecimiento como "...un proceso de deterioro, progresivo intrínseco y universal que acontece en todo ser vivo con el tiempo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente..." (C. Llanes Betancourt, 2008.), se entiende como se producen cambios que se ven reflejados en cada uno de los sistemas corporales y evidenciando deficiencias de movimiento.

La rehabilitación geriátrica es una forma de intervención sobre el proceso discapacitante del anciano: en la transición de enfermedad a deterioro y de esta a la actividad; es capaz de prevenir o revertir el paso de deterioro a discapacidad. Se toma en cuenta numerosos factores que pueden condicionar el curso y el resultado de la rehabilitación como la edad, comorbilidad y farmacia, dolor no controlado, déficit sensorial,

³ la Artrosis que es una enfermedad degenerativa articular. (1. Batalla, M., Cuello, L. & Sánchez Scardino M., (2003). *Movilidad Dorsal y Lumbalgia en la Tercer Edad*. Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

⁴ Tendinitis que es la inflamación de un tendón debido generalmente a que los tendones están sometidos a movimientos repetidamente en tensión. (Comisiones Obreras Unión Regional de Castilla y León, Secretaria de Salud Laboral. (2008). *MANUAL DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS*. CAPITULO I. pag.9, 25, 31.)

⁵ la Lumbalgia siendo el dolor que se produce en la región inferior de la espalda, causado por un síndrome músculo-esquelético, su importancia radica en la incapacidad que causa para continuar desarrollando actividades cotidianas. Batalla, M., Cuello, L. & Sánchez Scardino M., (2003). Bernal, L., Jiménez-Peña Mellado, D., Ruiz del Pino, J., Hazañas Ruiz, S., Conde Melgar, M. & Enríquez Alvarez, E. (10/0/2013).

⁶ la cervicalgia: o dolor cervical que puede ser de causa inflamatoria o mecánica, su diagnóstico diferencial es mucho más amplio y complejo, teniendo tres tipos determinados: la cervicalgia posterior aislada, síndrome cervicocefálico y cervicobraquialgia. (Jiménez-Peña Mellado, D., Ruiz del Pino, J., Hazañas Ruiz, S., Conde Melgar, M. & Enríquez Alvarez, E. (10/0/2013)).

patología causal, gravedad de la discapacidad y tiempo de adquisición de la lesión, presencia de deterioro cognitivo, depresión, situación socio-familiar y estado nutricional, entre otras.

2.3. Accesibilidad

Ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población.

"...El objetivo de un servicio es asegurar una atención efectiva, integral y continua para una comunidad. La calidad de los procesos de atención en salud va a depender de las características de los servicios, es muy difícil que se dé una atención continua si la unidad operativa es poco accesible para la gente..." (Características de los Servicios de Salud o de las unidades operativas de Salud. Modelo de Servicio 2002)

De forma más precisa al hablar de acceso a los servicios de salud donde se incluye los servicios de rehabilitación física se hace referencia al proceso mediante el cual las personas buscan atención y ésta se logra.

Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso. La accesibilidad es en realidad un medio para alcanzar un fin. Cuanto más accesible sea un sistema, mas debería utilizarlo la gente para mejorar su salud (Rodríguez, S. 2010)

Se adopta la accesibilidad como un concepto más general que incluye el acceso y se refiere al "grado de ajuste" entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud, además se plantean diferentes dominios para el estudio de la accesibilidad, desde un dominio estrecho que solamente involucra la búsqueda de la atención y el inicio de ella (el acceso o la demanda efectiva), a uno intermedio que además de la anterior también considera la continuación en la atención, y, finalmente, un dominio amplio que incorpora el deseo de la atención. El acceso ha sido más una idea política que operacional; y por algún tiempo se ha considerado más un logro implícito de las políticas de salud (Schmunis, E. 2004.)

De tal forma existen varias puntos de vista considerados al momento de definir accesibilidad, ciertamente la accesibilidad se define desde la oferta de servicios de salud, y que los pacientes también son constructores de accesibilidad.

Rodríguez, S. 2010, define la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorporan una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera a la accesibilidad como un problema de oferta; las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad.

2.3.1. Accesibilidad como oferta de servicios de rehabilitación física

El significado y lo complejo de la aplicación de los servicios de rehabilitación física requiere de una articulación con la subjetividad de quienes lo utilizan, de lo contrario el concepto de accesibilidad no se aplica.

Adicionalmente se puede decir que permanece una estrecha relación entre los logros en la rehabilitación física en el proceso después de sufrir una lesión o dolor agudo y los grados de adecuación del entorno inmediato (hogar, escuela, espacio laboral, espacios públicos) con las necesidades de accesibilidad al medio físico. Personas que evidencian un positivo proceso de rehabilitación física durante su período de recuperación, corren el riesgo de que éste se revierta si no cuentan con la infraestructura urbana de amueblamientos e instalaciones que les permita mayor grado de autonomía en su reinserción al hábitat familiar y social.

Robles Silva, L., 2006, menciona que en países avanzados tales como Canadá, Suecia o Estados Unidos, que vienen trabajando en esta problemática procuran desarrollar sistemas de apoyo o atención domiciliaria, propiciando la vida activa y potenciando al máximo las posibilidades de las personas, en los cuales se incluyen servicios, elementos de ayuda para la vida diaria, y soluciones arquitectónicas

2.3.2. Dimensiones de la accesibilidad

En el caso de los servicios de salud, el concepto de accesibilidad parece tener dos elementos básicos, uno físico y otro social, el elemento físico se relaciona con la distancia geográfica que separa al usuario potencial del lugar del servicio, expresa la proximidad espacial entre ambos y representa la accesibilidad locacional del servicio y, el elemento social se refiere a la distancia social que existe entre el usuario potencial y el servicio abarca las características de ambos (C. Garocho, análisis de accesibilidad a los servicios de salud, y los sistemas de información geográfica teoría y aplicación del contexto de estado de México)

Al estar definida la accesibilidad como la posibilidad de utilizar los servicios de salud, y ésta entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios, se puede enumerar cuatro variables relevantes

2.3.2.1. Accesibilidad Geográfica

El servicio debe estar lo más cerca posible de la población, también llamada descentralización operativa. Las barreras geográficas, se entienden como la imposibilidad de acercar los servicios a la población ya sea un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre por ejemplo, una autopista.

2.3.2.2. Accesibilidad Económica

Las barreras económicas aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, Este determinante del acceso ha tenido ciertas mutaciones a lo largo del tiempo y al parecer ahora limita el acceso no solamente el costo de la atención en servicios de salud sino también el tener que cubrir costos de la prima de un seguro médico para facilitar la obtención de un servicio, influyendo en el costo de movilización la compra de medicamentos. El principal limitante del acceso a los servicios de salud al parecer sigue siendo el factor económico.

2.3.2.3. Accesibilidad Cultural

Esta barrera está centrada en la diversidad de culturas que existe y la interacción entre el personal de los servicios de salud y la población, entendiéndose que cierto tipo de atención puede ser científicamente racional pero no aceptable para el individuo que tiene su entorno preestablecido.

2.3.2.4. Accesibilidad Funcional

"...Las barreras funcionales o administrativas están expresadas como la dificultad que impone la organización misma hacia los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos..." (ISP/PUCE Ficha 1.1.4 Características de los Servicios de Salud o de las unidades operativas de Salud. Modelo de Servicio 2002)

El acceso equitativo y no equitativo es definido de acuerdo a qué predictor de acceso realizado es dominante entre la población y los servicios de salud. Generalmente, cuando se define el concepto de Accesibilidad se lo hace como la posibilidad que tienen los usuarios de ingresar al sistema, que sería lo que se denomina "Accesibilidad inicial". Pero también hay una "Accesibilidad ampliada" que es un concepto que abarca todo el proceso de atención en salud, donde queda definido el tipo de accesibilidad según su enfoque. (Características de los Servicios de Salud o de las unidades operativas de Salud. Modelo de Servicio 2002.)

Para recalcar las diferentes formas de evidenciar la accesibilidad según su clasificación se puede considerar todos los posibles entornos en los que esta se desenvuelve, por tal motivo están involucrados los espacios urbanos y edificios nuevos y existentes, entre estos están las calles, parques, edificios, por otro lado los equipamientos, amueblamientos e instalaciones, utensilios, elementos de trabajo, objetos que hacen al uso de dichos ámbitos y a las actividades que en ellos se desarrollen y por último los sistemas de información y comunicación.

2.3.3. Principios y derechos relacionados con la accesibilidad y los servicios de salud

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: Disponibilidad, que se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos de salud, recursos humanos (considerando médicos, profesionales, técnicos y personal de salud capacitados) y programas, que incluyan los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. Accesibilidad que significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, haciendo hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población. Así lo anterior implica: Accesibilidad física donde los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, así mismo los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable deben ser de acceso intra domiciliario o encontrarse a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Accesibilidad económica: en cuanto a los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad y ser proporcionales a los ingresos financieros de los hogares. Acceso a la información que Comprende el derecho del paciente a recibir y solicitar toda la información necesaria sobre su situación y el tratamiento que recibirá. Involucra también el derecho a recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Sin embargo el acceso a la información no debe menoscabar el derecho a la confidencialidad de los datos personales. (Coriat, S. 2006)

2.3.4. Atributos de la accesibilidad

Se basan en los dos ejes en los que se debe establecer la atención en los servicios de salud.

2.3.4.1. Entorno físico

Habilitado para la vehiculización de acciones de circulación; franqueabilidad de un ámbito a otro; aproximación y transferencia a amueblamientos e instalaciones; y uso de herramientas, utensilios, u objetos.

2.3.4.2. Entorno comunicacional

Robles Silva, L., 2006, y Coriat, S. 2008 coinciden en que debe existir relación entre lo Habilitado para la percepción y comprensión de la espacialidad a limitación visual; para la comprensión de lo que es expresado oralmente y para la comunicación interpersonal, y para la interpretación de los mensajes visuales o auditivos respectivamente. También facilita la comprensión a limitación intelectual.

2.3.5. Beneficios de la accesibilidad

Una accesibilidad proactiva y funcional genera:

Seguridad para el paciente.

Mayor posibilidad de sostener los vínculos de todo tipo entre las personas (trabajo, educación, salud, cultura y turismo).

Reducción de costos institucionalizaciones, operaciones, cuidados domiciliarios, muertes evitables, seguros, etc., y de forma muy importante, los elevados costos emocionales, físicos, económicos y sociales que caen sobre los pacientes y sus familiares al evitarse accidentes y caídas.

Bienestar familiar asegurando la autonomía por más tiempo de los adultos mayores, liberando a quienes los cuidan de la gran carga de atención y cuidados que la dependencia implica.

Por ello, debe entenderse tal como lo expresara el CRID (Consortio de Recursos y Documentación para la Autonomía Personal citado en Conrat, 2002) en su publicación "Barcelona: una ciudad para todos" que:

- 1.- La accesibilidad es calidad de vida para todos, tanto para los ciudadanos como aquellos que visitan la ciudad.
- 2.- La Accesibilidad significa una mayor libertad y autonomía de los ciudadanos, evitando dependencias no deseadas.
- 3.- La Accesibilidad no es un aspecto limitador en el diseño sino la incorporación de nuevas especificaciones que deben tenerse en cuenta en la etapa inicial del proyecto.
- 4.- La Accesibilidad tiene que estar incluida en el diseño general de la ciudad, en lugar de ser un añadido para las personas con discapacidad.
- 5.- La Accesibilidad planificada no supone ningún sobrecosto en el presupuesto de inversiones sino que se acaba convirtiendo en un valor añadido en el diseño de la ciudad.
- 6.- La Accesibilidad es el instrumento mediante el cual la participación ciudadana lidera la construcción de la ciudad.

7.- La Accesibilidad genera sinergias entre diferentes aspectos que se presentan en la configuración de la ciudad: personas/ medio/ estética/ funcionalidad/ transporte/ peatones/ la diversidad/ la igualdad/ el consumo/ la sustentabilidad.

8.- La Accesibilidad permite a las personas de participar de las actividades sociales y económicas para las que se ha concebido el entorno construido.

2.3.6. Accesibilidad y tercera edad

"...un anciano es alguien despojado de un futuro construido por él mismo..." (Coriat, 2011)

"...No todas las personas tienen discapacidades, pero es cierto que durante el proceso del envejecimiento (fenómeno irreversible, continuo y universal), entre el 30% y el 40% de los Adultos Mayores de 60 años, tienen una o más discapacidades. Para seguir viviendo sin riesgos de ser excluidos física y socialmente, los adultos mayores requieren espacios con Accesibilidad..."(Polo Luque M, Martínez Ortega, M. *Historia, Visión Histórica Del Concepto De Vejez En Las Sociedades Antiguas*. Universidad De Alcalá. Madrid.)

La asistencia formal a través de los servicios sociales y sanitarios tiene que ser igualmente accesible para todos, en muchos países las personas ancianas carece de acceso o tienen acceso limitado a este tipo de servicio. La reducción de la ayuda pública para los servicios de asistencia en muchas zonas ha traído el incremento del esfuerzo financiero intergeneracional, entre las personas de edad y sus familias. (Garocho, C. *Análisis de accesibilidad a los servicios de salud, y los sistemas de información geográfica teoría y aplicación del contexto de estado de México*.)

2.3.7. La ciudad como un factor determinante en personas de tercera edad

El ser humano se desenvuelve en espacios que están geográfica, histórica, social, cultural y económicamente determinados. Estos espacios constituyen el Hábitat⁷ humano que según su localización puede ser urbano o rural.

"... Las ciudades son la expresión física de la sociedad. El sociólogo urbano Henry Lefebvre expresaba que la ciudad es la proyección de la sociedad global sobre el terreno. El arquitecto y urbanista argentino David Kullock dice que "la ciudad no es un mero espacio físico, sino que es un espacio socio-económico y político-cultural, donde se enfrentan lógicas contradictorias..." (Citado en Coriat, 2011)

No cabe duda que de la manera en que el ser humano se apropia del espacio en que habita, hace a su identidad, en toda la dimensión de lo que esto implica. Así, los espacios habitados por los adultos mayores reflejan su inserción social. Las ciudades sin accesibilidad física son ciudades no inclusivas para sus poblaciones, especialmente para los adultos mayores. Existe el convencimiento que la accesibilidad debe ser para todas las personas, independientemente de su edad, sexo y condiciones físicas o mentales. La accesibilidad debe ser para todos.

Una ciudad es una organización espacial diseñada casi exclusivamente para la producción, para individuos jóvenes que trabajan en ella, vivan o no en la misma. Pero la ciudad, con su diseño centenario, no está preparada para el desafío de los largos envejecimientos que se empezaron a producir desde el siglo XX. Personas que antes morían sin llegar a las actuales edades jubilatorias, tienen ahora esperanzas de vida cada vez más largas. La población envejecida es en su inmensa mayoría, sana y activa, y

⁷ El Hábitat se define como el entorno donde los seres humanos desarrollan sus actividades, y comprende no solo a la vivienda sino también a la infraestructura que sirve a la misma (por redes o no) , como agua potable, electricidad, gas, telefonía, televisión por cable, desagües, pluviales y cloacales, pavimento, alumbrado público, recolección de residuos, etc. Así también comprende a los equipamientos sociales: salud, educación, cultura, recreación, comercio, turismo y además todos los sistemas

siguen aportando a la sociedad. No se puede sostener de ninguna manera que envejecimiento y vejez son igual a enfermedad. Los adultos mayores no son enfermos.

Coriat, 2011, infiere en que debe comprenderse que los cambios son presentes en todos los individuos y que aumentan en magnitud con la edad, pero durante el proceso de envejecimiento, entre el 30 y el 40% de los adultos mayores adquiere una o más discapacidades, es por esto muy importante, tener en cuenta que el medio ambiente y la sociedad pueden agravar o facilitar la capacidad funcional de las personas. La ciudad no accesible no está diseñada para los adultos mayores, no permitiéndoles circular sin riesgos ni disfrutar de todo lo que la ciudad alberga y que ha sido producido por ellos mismos

La vivienda no es un espacio cualquiera, ya que es el ámbito más propio, íntimo y personal. Las actuales viviendas de los AM tienen barreras arquitectónicas que son causa de caídas, las que constituyen un grave problema. Para tener una idea de su magnitud, expresaremos que estudios realizados han demostrado que el 70% de las caídas se producen en las viviendas y el 30% restante en el espacio público y en el transporte. Las caídas en el hogar son mortales para los AM, en un 40% para mujeres y en un 20% para hombres. Pero muchos de los que sobreviven quedan con secuelas que muchas veces por sus edades avanzadas, constituyen discapacidades severas. Todo este panorama va acompañado por el temor a nuevas caídas, lo que empieza a atentar contra la movilidad y el aseo personal: se van reduciendo las actividades de la vida diaria y las operacionales, desarrolladas con autonomía. Todo esto se transforma en un círculo vicioso de nuevas caídas, disminución o pérdida de la autoestima y depresiones severas que pueden concluir con la muerte social o física. Si a todo esto le sumamos las barreras urbanísticas, del transporte y de la comunicación, fuente también de accidentes, de caídas y dificultades para los desplazamientos seguros, veremos que los AM se van recluyendo en sus viviendas, perdiendo sus vínculos familiares y amistosos, no concurriendo a los servicios de salud, no participando de una ciudadanía plena, retrayéndose cada vez más. A esto, nosotros lo llamamos iatrogenia social urbanística. (Coriat, 2011)

El concepto de inclusivo debe verse desde la idea de ciudadanía, que hace referencia a la pertenencia de los individuos a una comunidad. Esta pertenencia es tal cuando hay participación activa de los sujetos, para establecer las condiciones de su propia asociación. Este par “pertenencia-participación”, tal como lo expresara el sociólogo

Sergio Fiscella, citado en Conrat 2008, es clave para comprender porque se habla de Hábitat inclusivo.

Subjetivamente, la relación futuro - presente cambia con los años: los ancianos viven su presente día a día, y gradualmente sus propios proyectos son a plazos más cortos. Pero por breves que sean los plazos en sus proyectos, si su futuro no les pertenece, no son dueños tampoco de su presente: no les es posible apropiarse del espacio en que habitan.

2.3.8. Derechos y limitaciones de accesibilidad en la vejez

Los Derechos Humanos han ido cambiando en sus definiciones con el desarrollo social, no pueden seguir entendiéndose como las garantías y declaraciones sobre la libertad física, sino que deben entenderse como el conjunto de derechos (es decir, facultades socialmente reconocidas) que son inherentes a la vida humana y sin cuya vigencia no es posible alcanzar el desarrollo social ni individual. Así, los Derechos Humanos son una suma no escindible de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que son propios de la vida humana. Los Derechos Humanos son algo más que un interés individual protegido, sino que son valores socialmente reconocidos de manera universal. (Schmunis, E., 2004)

Son el medio ambiente, el entorno, el espacio público y privado, y los medios de transporte y comunicación en el estado actual en que se encuentran, -sin accesibilidad física-, parte de las causas de la falta de inclusión social de los adultos mayores.

Al mencionar lugares donde acceden los adultos mayores se debe destacar que el problema que presentan son su falta de accesibilidad, por las características de sus diseños antiguos, y su bajísimo mantenimiento, por falta de recursos económicos, y respecto de las ciudades, expresamos que su falta de accesibilidad se debe a la enorme existencia de barreras arquitectónicas, urbanísticas, del transporte y de la comunicación, por todo lo expresado, se dice que las personas de tercera edad se encuentran en medio de entornos físicos como socio-económicos que son más que las causas de las

limitaciones a los Derechos Humanos: son las limitaciones mismas a esos derechos. (Robles Silva, L. 2006).

Si bien los adultos mayores gozan de derechos civiles y políticos, no tienen asegurados los derechos sociales, que incluyen una amplia gama de derechos, que van desde el derecho a una mínima seguridad y bienestar económico, hasta la de llevar a cabo la vida de un ser civilizado conforme con las normas prevalecientes en la sociedad.

" La vulnerabilidad deviene del aumento del riesgo de ser pobre en la ancianidad. Han pasado pocos años y la realidad muestra lo acertado de estas dos posiciones...." (Conrat, 2011)

Las poblaciones envejecientes necesitarán cada vez más accesibilidad al espacio físico y al transporte. Hoy la accesibilidad debe ser entendida como un derecho humano más, que asegure la inclusión de todos los adultos mayores, al posibilitarles transitar y viajar por la ciudad sin riesgos. Para ello debe formarse la cadena de accesibilidad que empieza en la propia casa, sigue en el espacio público y en el transporte, y culmina en cualquier destino necesario para la satisfacción plena de las necesidades y deseos de todos los ciudadanos. (Robles Silva, L. 2006)

2.3.9. Proceso de adaptación psicológica, cambio en el entorno físico y consideraciones económicas en accesibilidad para personas de tercera edad

A los ancianos les cuesta asumir las transformaciones que genera el envejecimiento. Por lo tanto no reconocen la conveniencia de realizar adecuaciones que, a su entender, alterarían sus condiciones de vida cotidiana.

2.3.9.1. Adaptación Psicológica

Las personas con alguna limitación siempre supieron que implica mucho más que problemas físicos. Saben que éstos no son ni el único ni el más importante de los problemas, que todo no termina al salir del hospital o del centro de rehabilitación en silla de ruedas y ni aún con un vehículo adaptado. Saben que sólo han enfrentado los primeros problemas, porque tener una limitación significa vivir como alguien diferente. Significa enfrentar problemas de gran complejidad. En los ancianos se produce una adaptación psicológica a las limitaciones que les generan los desajustes entre su entorno habitual y sus propias posibilidades físicas o funcionales.

La mirada supuestamente objetiva del profesional define necesidades que no necesariamente coinciden con las percibidas por la persona anciana. Aunque objetivamente un pasamanos en la casa, a lo largo de un pasillo, colaboraría a la seguridad en su desplazamiento, el anciano puede percibirlo como una intervención de tipo médica u hospitalaria, extraña a su hogar, y prefiere seguir caminando con dificultad agarrándose de las paredes. (Coriat, 2011)

2.3.9.2. Cambio en el entorno físico

Una ciudad abre y cierra puertas. Con sus calles, espacios públicos, edificios, transportes, puede tanto potenciar como limitar la independencia y movilidad de los ancianos. Se debe asimismo vincular el campo laboral, con la diversidad de características de la población, por ejemplo adecuando el trabajo a las capacidades funcionales afectadas de los ancianos

Se han ido perfeccionando, introduciendo conceptos más abarcentes que los referidos estrictamente a “personas discapacitadas”. Así, se han incorporado, entre otras,

categorías como la de mujeres embarazadas y ancianos bajo la nomenclatura de Personas con Movilidad Reducida.⁸

“...A los ancianos no hay que confundirlos, mezclarlos ni tratarlos como discapacitados. Ancianos y discapacitados son dos cosas bien diferentes. Los ancianos tienen que llegar con una calidad de vida. No estoy de acuerdo con que los discapacitados anden corriendo como locos por el centro: trámites, diligencias, debieran tenerlos resueltos en los barrios. Es un sinsentido llenar de rampas el centro...” (Palabras de profesional especialista en hábitat gerontológico. Buenos Aires, 1998., Coriat 2011)

Se debe considerar que las personas con movilidad reducida pueden presentar limitaciones auditivas no solo no perciben el mensaje auditivo, sino que en numerosas circunstancias no cuentan con elementos para darse cuenta de que dicho mensaje se está emitiendo. Esto es grave en casos de emergencias, o imprevistos.

Adicionalmente existen códigos implementados en los sistemas de información y señalización donde se suponen diseños de sistemas de señalización lógicos, localizados en espacios complejos como hospitales, y en su utilización por parte de personas con discapacidades mentales y sensoriales generalmente de este último grupo los ciegos, además los ancianos, o personas cuyas disfunciones alteran la aprehensión de la espacialidad. Por este mismo hecho se refiere a la inclusión de la información estrictamente necesaria y pertinente, agilizando su comprensión por parte de personas con limitaciones auditivas o visuales como son los ancianos.

De igual manera para poder desplazarse en tramos extensos, considerando a personas de andar lento o claudicante: mujeres embarazadas, ancianos, personas con

⁸ implica que es una Persona que enfrenta distintos factores que obstaculizan o impiden la movilidad y/o la comunicación en su medio, derivadas de deficiencias y discapacidades mentales y/o físicas (motoras, sensoriales, viscerales); factores cronológicos (niños, ancianos), antropométricos, o circunstancias transitorias (embarazo, convalecencia, llevar niños pequeños en brazos o en rodados).

cardiopatías o disfunciones neuromotoras, las escaleras deben brindar seguridad, pero cuando no hay ascensor ni otros medios alternativos de elevación, es importante que exista pasamanos adecuados, el piso debe tener la cualidad de ser antideslizante, y la altura de cada grada debe ser de una moderada altura y es así que la correcta proporción entre dimensiones de alzada y pedada permite transitarla fluidamente alternando una y otra pisada. El contraste de color colabora a identificar cada escalón a personas con limitación visual severa y los pasamanos además de la función de apoyo y sostén para todos, brindan una guía continua.

Uno de los problemas más difíciles de abordar en el envejecimiento mediante intervenciones en el entorno físico son las pérdidas de lucidez en sus distintos grados, desde distracciones y olvidos pasajeros hasta confusiones o “ausencias” cada vez más frecuentes y prolongados. En estas situaciones los riesgos de accidentes atentan contra la autonomía, y en casos más serios pueden culminar en el traslado a un espacio institucionalizado. Todo aquello en lo que el diseño de un lugar accesible y adecuado puede colaborar en este terreno es sumamente valioso. Se mencionan algunas soluciones existentes que se suman a las pautas generales de diseño. Por ejemplo “timers” para recordar algo que hay que hacer, teléfonos digitales con un número clave incorporado en su memoria, recipientes que organizan la dosificación de medicinas, llaveros sonoros, rótulos autoadhesivos con imágenes y colores de fácil identificación para diversos usos (llave de agua fría o caliente), más cercanos a aplicaciones directas desde el diseño arquitectónico y generalizables como requisitos de seguridad: rejas de seguridad fácilmente desmontables en caso de emergencias, válvulas de seguridad ante escape de gas para cocinas, cerraduras de doble comando para accionar desde ambos lados y sistemas de comunicación con guardias permanentes en centros de salud mediante pequeños micrófonos que se portan en la indumentaria. (Conrat, 2011)

Se debe mencionar también las distancias y actividades que realizan las personas ancianas donde son casi inexistentes mencionar las cercanías a lugares de común acceso donde las actividades de una persona anciana obligatoriamente en su mayoría es dedicarse exclusivamente al ocio y esparcimiento porque son personas que han trabajado y se han sentido útiles toda su vida.

2.3.9.3. Consideraciones económicas

Entre los condicionantes económicos más importantes se destaca el nivel socioeconómico de pertenencia; las políticas gubernamentales referidas a ancianidad, salud, vivienda y servicios sociales; y la capacidad de ahorro para la vejez. Tienen incumbencia, a su vez, las coberturas que brinden los programas de jubilación y pensión, los programas y seguros de salud y los seguros de retiro. Es importante entonces, reconocer los límites que las normativas imponen al protagonismo de las personas mayores en relación a su estado económico.

2.3.10. Decretos legales relacionados a los pacientes de tercera edad en el Ecuador

En las leyes desarrolladas en pro del mejoramiento y acondicionamiento referido a las personas de tercera edad se ha encontrado distintas disposiciones legales como se menciona en el registro oficial n.- 301, en la Ley sobre discapacidad, se menciona por ejemplo en el artículo 78 parámetros de accesibilidad al medio físico y al transporte.⁹

Además se menciona la regulación y control en los diferentes tipos de transporte en el artículo 79¹⁰.

Adicional a los últimos artículos mencionados en la ley de discapacidades en la constitución se ha hecho mención a las personas de la tercera edad en la sección tercera, respecto a seguridad social, señalando el acceso a las prestaciones de salud.¹¹

⁹ CAPÍTULO IV. DE LA ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO Y AL TRANSPORTE. Art. 78.- Espacios vehiculares y peatonales exclusivos para discapacitados.- Todo espacio público y privado de asistencia masiva, temporal o permanente de personas (estadios, coliseos, hoteles, teatros, estacionamientos, parques, iglesias, etc.) deben contemplar en su diseño los espacios vehiculares y peatonales exclusivos para personas con discapacidad y movilidad reducida, los mismos que deberán estar señalizados horizontal y verticalmente de forma que puedan ser fácilmente identificados a distancia, de acuerdo a la norma INEN correspondiente en una proporción de uno, cada veinticinco plazas y deberán estar ubicados lo más próximo posible a los accesos de los espacios o edificios servidos por los mismos, preferentemente al mismo nivel de los accesos.

¹⁰ Art. 79.- Normas INEN de accesibilidad del transporte.- Las entidades del Estado reguladoras y de control, garantizará que las empresas operadoras, los diferentes tipos de transporte (terrestre, aéreo, férreo, marítimo o fluvial) público, estatal, municipal y privado cumplan con lo establecido en las normas INEN sobre accesibilidad, esto es: a) Permitir el acceso de las personas con discapacidad y movilidad reducida y su ubicación física exclusiva dentro del mismo; b) Disponer de un área exclusiva para las personas con discapacidad y movilidad reducida en la proporción mínima de dos asientos por cada cuarenta pasajeros, los cuales deben estar ubicados junto a las puertas de acceso y/o salida de los mismos y contar con la correspondiente señalización horizontal y vertical que permita a éstas guiarse con facilidad y sin ayuda de otras personas.

¹¹ Art. 369.- El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud

2.4. Hipótesis

La accesibilidad de las personas de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación Fisiocenter en Quito se ve afectada principalmente debido a la condición económica, geográfica, falta de atención familiar, barreras funcionales y condición cultural.

de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud.
(CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR, ASAMBLEA CONSTITUYENTE)

2.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Accesibilidad al centro de rehabilitación	Mayor o menor posibilidad de culminar con las sesiones de rehabilitación según las necesidades	Accesibilidad geográfica	Distancia en Km desde la vivienda hasta el centro de rehabilitación	% de adultos mayores que viven a menos de 5 Km, entre 5 y 10 Km y más de 10 Km.	Nominal
		Accesibilidad económica	Cantidad de dinero que gasta para recibir la atención. Disponibilidad económica para cubrir ese gasto.	% de adultos mayores que tiene capacidad para cubrir el gasto de la rehabilitación completa	Nominal
		Accesibilidad funcional	Disponibilidad de los recursos inmobiliarios, equipos e instrumentos para la realización de las sesiones de rehabilitación	% de adultos mayores que utilizan todos los instrumentos y equipos de rehabilitación sin ningún impedimento y % de adultos mayores que presentan dificultades varias para hacer uso de los mismos.	Nominal
		Accesibilidad cultural	Acogimiento del protocolo de atención y servicios brindados.	% de adultos mayores que están de acuerdo con el servicio brindado y % de adultos mayores que no están de acuerdo con el servicio brindado y porque.	Nominal
Apoyo familiar	Soporte o ayuda que se recibe de personas cercanas.	Soporte emocional y afectivo	Disposición de inter relacionarse con los individuos cercanos.	% de adultos mayores que viven solos y % de adultos mayores que viven en compañía de otra persona.	Nominal
		Ayuda material o instrumental	Sustentación para suplir o disminuir necesidades físicas y materiales	% de adultos mayores con discapacidad adquirida y % de adultos mayores que no presenten discapacidad adquirida	Nominal
Edad y Sexo				No de pacientes de tercera edad entre 65 a 95 años hombres y no. de pacientes de tercera edad entre 65 a 95 años mujeres.	Ordinal
Tipos de Morbilidad				Tasa de incidencia de las tres patologías más recurrentes en el servicio de rehabilitación.	Intervalo
Comorbilidad				Tasa de incidencia de enfermedades como diagnostico primario en los pacientes de tercera edad que asisten al área rehabilitación.	Intervalo

Capítulo III: Análisis de resultados y discusión

3.1. Análisis de resultados

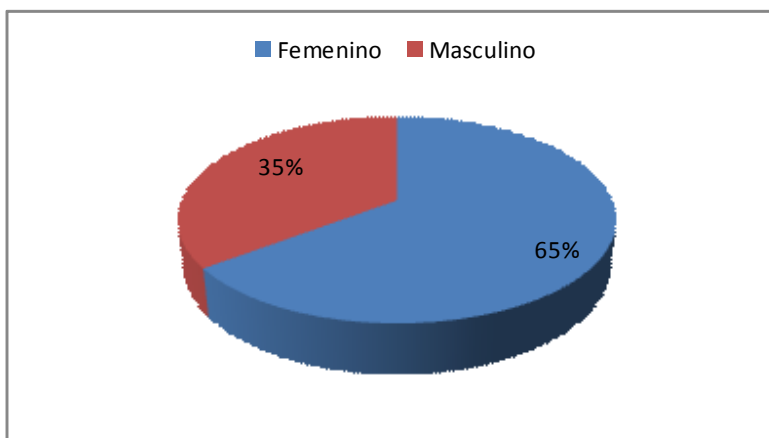
Es imprescindible indicar que los datos de las encuestas (ENC) e Historias Clínicas (HC), se unificaron en la base de datos, y una parte de ellos fue recolectada solo en ENC y la otra parte solo en HC.

3.1.1. Características socio demográficas del grupo de estudio

3.1.1.1. Pacientes según, sexo, ocupación y grupo de edad

Con referencia a la cantidad de mujeres en el total de pacientes de tercera edad (PTE) estuvo representando el 65% (97 de 150) en ENC y 59% (88 de 150) en HC, y los hombres el 35% (53 de 150) y 41% (62 de 150) respectivamente. Véase también *Tabla 12, Tabla 2, Gráfico 16*.

Gráfico 1. Porcentaje de pacientes tercera edad por sexo, Centro de Rehabilitación Física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

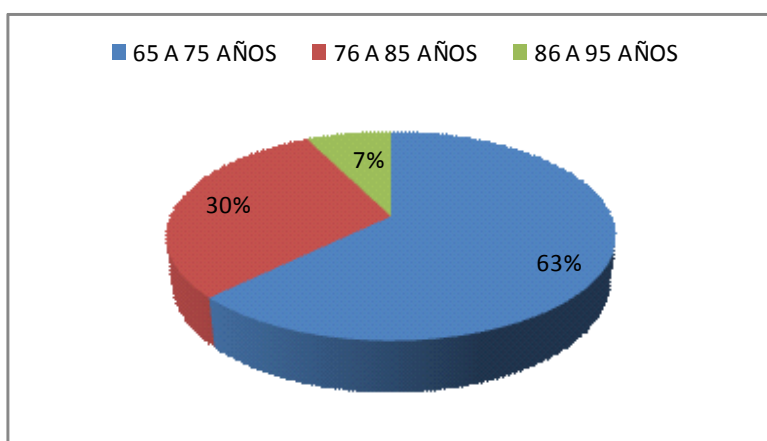
Tabla 2. Clasificación de pacientes adultos mayores por sexo en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013

SEXO	NO. DE PACIENTES
Femenino	88
Masculino	62
Total general	150

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Cabe indicar que en las ENC e HC se creó tres grupos de edad contenido en el rango general de 65 a 95 años. El primer grupo fue de 65 a 75 años; el segundo de 76 a 85 años y el tercero de 86 a 95 años. Se puede decir que el 63% (94 de 150) en ENC y el 50% (75 de 150) en HC corresponde al primer grupo; el 30% (45 de 150) en ENC y 40% (60 de 150) en HC corresponde al segundo grupo; y por último un 7% (12 de 150) en ENC y 10% (15 de 150) en HC corresponde al tercer grupo. Véase Anexo 4, Tabla 13, Gráfico 17.

Gráfico 2. Porcentaje de pacientes adultos mayores por grupo de edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013



Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

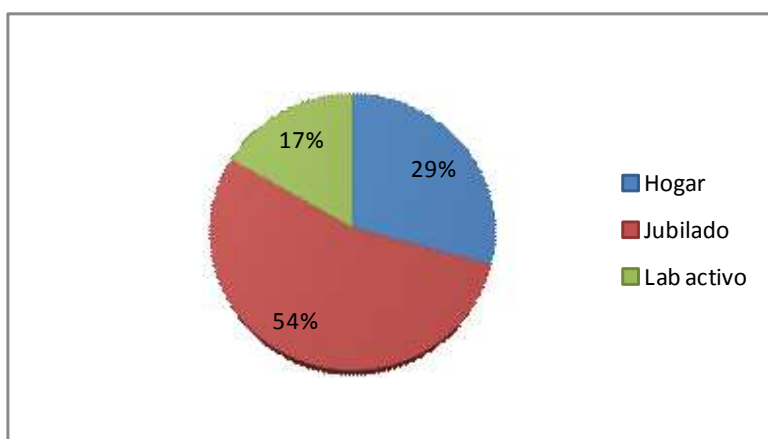
Tabla 3. Clasificación de pacientes adultos mayores por grupo de edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013

65 A 75 años	75
76 A 85 años	60
86 A 95 años	15
Total general	150

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Para la revisión de datos según la ocupación de los PTE se designó tres categorías: laboralmente activo que fueron los PTE que se encuentran ejerciendo algún tipo de labor profesional; jubilado a todos aquellos PTE que dejaron de ejercer algún tipo de labor profesional; y hogar para PTE que jamás realizaron una actividad laboral profesional, se destacó el 54% (81 de 150) que pertenece a los jubilados; el 29%(44 de 150) referente a los hogar; y un 17% (25 de 150) a los laboralmente activo. Véase Anexo 4, tabla 9 y gráfico 11. Véase Anexo 4, Tabla 14.

Gráfico 3. Porcentaje de pacientes de tercera edad según ocupación en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

3.1.2. Morbilidad y Comorbilidad

Al ser necesario hablar de morbilidad y comorbilidad, se hizo referencia al porcentaje y número de PTE que asistieron a Rehabilitación Física (RF) presentando una de las cuatro patologías más destacadas (artrosis, cervicalgia, lumbalgia y tendinitis) y por otro lado la presencia de las patologías secundarias (hta, diabetes).

De tal manera se recabo en ENC que los PTE presentaron artrosis en un 18% (27 de 150); cervicalgia 23% (35 de 150); lumbalgia existe 27% (40 de 150); y tendinitis 19% (29 de 150), Véase Anexo 4, Gráfico 18; el 13% restante pertenece a otras patologías.

Tabla 4. Morbilidad frecuente por la que acuden los pacientes de tercera edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito, diciembre 2013

Artrosis	27
Cervicalgia	35
Lumbalgia	40
Tendinitis	29
Otra patología	19
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Según comorbilidad se distinguió en HTA el 20% (30 de 150) de PTE en ENC y 23% (34 de 150) en HC; en diabetes 13% (20 de 150) de PTE en ENC y 11% (17 de 150) en PTE en HC; un 52% (78 de 150) de PTE no presentan ningún tipo de comorbilidad; y es mencionado debido al porcentaje que representa del total de PTE encuestados, y un 14% (21 de 150) de PTE que sufre de otras patologías. Véase Tabla 15, Gráfico 19 y Gráfico 20.

Tabla 5. Comorbilidad presentada por pacientes de tercera edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013

Diabetes	20
HTA	30
Ninguna	75
Otra	25
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

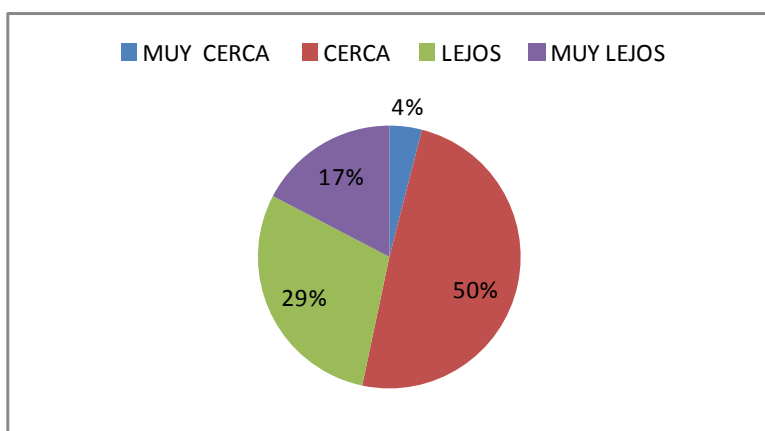
3.1.3. Accesibilidad

Para determinar los causales de incumplimiento en el tratamiento de RF fue imperativo adquirir datos que reflejen los porcentajes y número de PTE según las dimensiones establecidas en los objetivos específicos de este estudio. Teniendo como resultado lo siguiente:

3.1.3.1. Accesibilidad Geográfica

En esta dimensión fue trascendental dirigir la encuesta a la distancia que los PTE consideran viven del centro de RF, con cuatro posibles respuestas (muy lejos, lejos, cerca, muy cerca), por tal motivo el producto en porcentaje y número de PTE indica que el 50% (74 de 150) vive cerca; 29% (44 de 150) vive lejos; 17% (26 de 150) vive muy lejos; y que 4% (6 de 150) vive muy cerca. Véase *Anexo 4, Tabla 16*.

Gráfico 4. Percepción de los pacientes de tercera edad acerca de la distancia desde su hogar al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

3.1.3.2. Accesibilidad Económica

Para esta dimensión se estimó en la encuesta dos circunstancias de relevancia simbolizadas en porcentaje y número los PTE que por falta de disponibilidad económica en los últimos seis meses tuvo que dejar de asistir a RF donde alcanzó el 99% (149 de 150) que respondió afirmativamente a disponer de los recursos monetarios para finalizar su tratamiento y un 1% (1 de 150) que no tuvo la suficiente disponibilidad económica para finalizar su tratamiento. Véase Anexo 4, Tabla 6 y Gráfico 21.

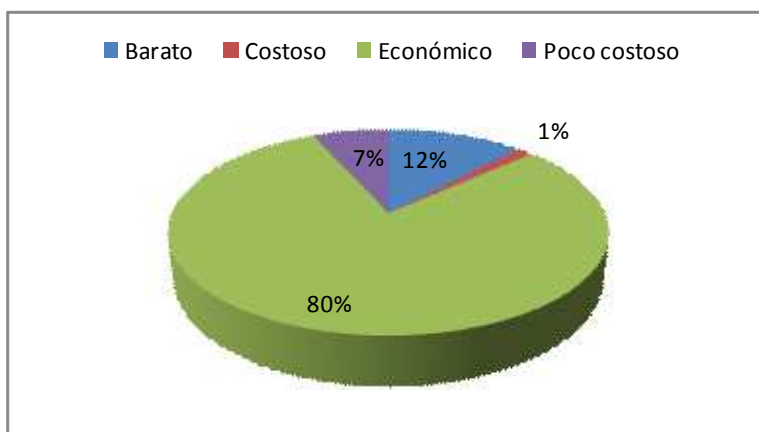
Tabla 6. Disponibilidad económica que presentaron los pacientes de tercera edad en los últimos seis meses para asistir o no al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No	149
Si	1
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

En segundo lugar fue como califican los PTE el valor monetario (VM) de las sesiones de RF, donde fue significativo tener cuatro posibles respuestas (costoso, poco costoso, económico, barato); la información obtenida arrojó que el 1% (2 de 150) apreció que el VM fue costoso, debido a que después de utilizar su cupo de sesiones de fisioterapia por año permitido por el seguro médico privado (SMP) debieron pagar sesiones adicionales y no siguieron asistiendo después de la primera sesión como pacientes particulares; el 7% (10 de 150) mencionó que el VM es poco costoso, siendo concerniente a los PTE que afirmaron que existe una equidad entre el valor mensual que pagan de su SMP y el copago que deben realizar al momento de requerir un tratamiento de RF; el 80% (120 de 150) juzgó que el VM es económico relacionando sus respuestas al hecho que únicamente debieron cancelar aproximadamente el 1% del VM de las sesiones de RF cuando utilizan su SMP, y que en su totalidad coinciden que el pago mensual de su SMP es bastante elevado y es un beneficio que merecen tener; y por último el 12% (18 de 150) afirmó el VM es barato y es de coincidencia que este grupo de PTE recibe los beneficios del convenio con el IESS. Véase Anexo 4, Tabla 17.

Gráfico 5. Apreciación de los pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter acerca del costo del tratamiento fisioterapéutico, Quito diciembre 2013



Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

3.1.3.3. Accesibilidad Funcional

Esta dimensión tuvo que subdividirse para poder abarcar todos los aspectos de interés, donde se propuso tomar datos traducidos a porcentajes y número de PTE y su percepción acerca de la disponibilidad y funcionamiento de equipos utilizados en el servicio de RF, de tal forma el 75% (112 de 150) de estos pacientes aseveró son adecuados; el 15% (23 de 150) afirmó son poco adecuados, infiriendo que los equipos deberían estar a la par de la modernización constante de la Fisioterapia en la actualidad; el 8% (12 de 150) informó son muy adecuados; y el 2% (3 de 150) coincidió en que no son adecuadas. Véase Anexo 4, Gráfico 22.

Tabla 7. Opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad y funcionamiento de equipos en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

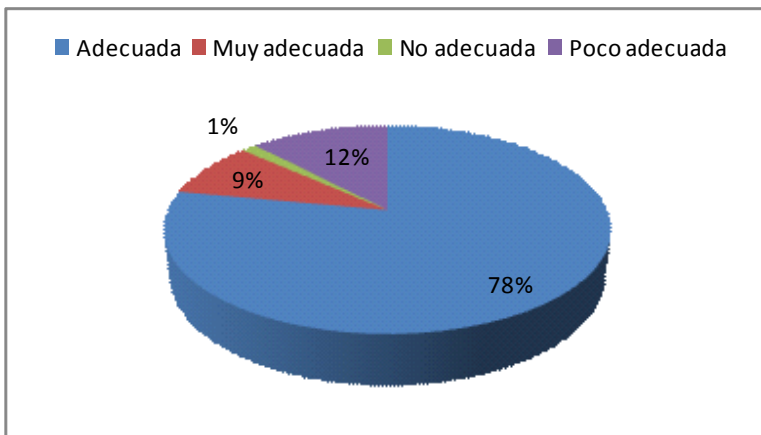
Adecuada	117
Muy adecuada	13
No adecuada	2
Poco adecuada	18
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

De la disponibilidad y funcionamiento de las instalaciones y estructura del edificio donde se ubica el centro de RF, con cuatro posibles contestaciones (muy adecuada, adecuada, poco adecuada, no adecuada); en donde el 78% (117 de 150) asintió que son adecuadas; el 12% (18 de 150) sostuvo son poco adecuadas, recalando con frecuencia que el espacio es reducido y el número de cubículos es insuficiente; el 9% (13 de 150) son muy adecuadas; y el 1% (2 de 150) definitivamente no son adecuadas. Véase Anexo 4, Tabla 18.

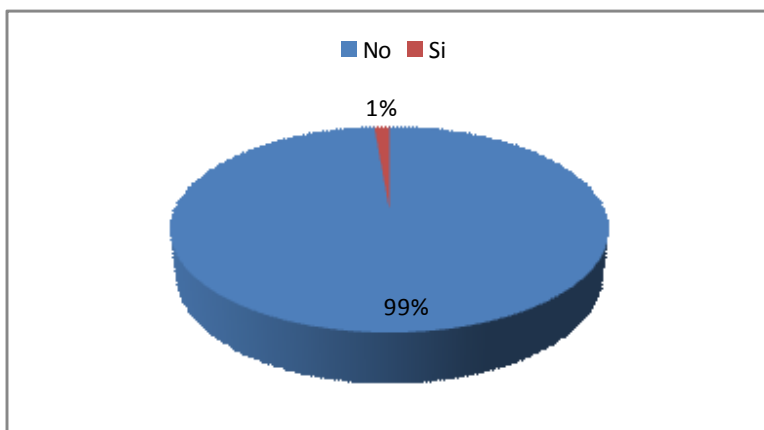
Gráfico 6. Porcentaje de opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad, funcionamiento de las instalaciones y estructura del edificio en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

En consecuencia se consultó a los encuestados si han sufrido accidentes al momento de asistir al centro de RF donde el 99% (2 de 150) respondió que no y el 1% (2 de 150) que sí. Véase Anexo 4, Tabla 20.

Gráfico 7. Porcentaje de pacientes de tercera edad que han sufrido un accidente debido a las instalaciones del centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Además la disponibilidad de horarios de atención alcanzó un 69% (103 de 150) de PTE que confirmó estar muy satisfecho; el 24% (36 de 150) moderadamente satisfecho; el 7% (10 de 150) poco satisfecho; y el 1% (1 de 150) extremadamente satisfecho. Véase *Anexo 4, Gráfico 23*.

Tabla 8. Evaluación de los pacientes de tercera edad acerca de los horarios de atención disponible en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

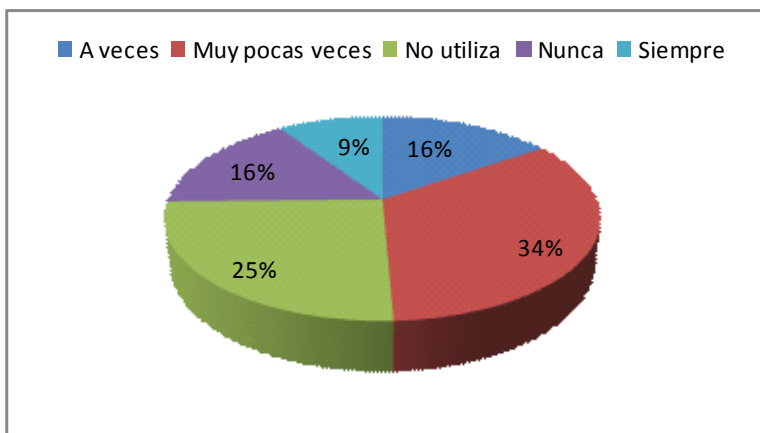
Extremadamente satisfecho	1
Moderadamente satisfecho	36
Muy satisfecho	103
Poco satisfecho	10
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Por último la disponibilidad de estacionamiento al llegar al centro de RF predominó un 34% (51 de 150) que muy pocas veces encuentra estacionamiento, por lo que han decidido en su mayoría dejar de asistir a sus sesiones; el 25% (38 de 150) no utiliza auto para movilizarse al centro de RF; que también se relaciona directamente al nivel de dependencia que genera el tener que esperar un taxi, o un familiar que pueda llevar al paciente o asistir caminando desde el hogar del PTE hasta la ubicación del centro de RF, que no necesariamente resulta cerca para todos los pacientes además que está sujeto al clima en el que se encuentre el día de la sesión de fisioterapia hasta los posibles riesgos que corren los PTE al momento de enfrentarse a una estructura de la urbe deficiente sumado a las restricciones visuales y auditivas que presentan estos pacientes generalmente debido al deterioro progresivo que sufren por la edad; el 16% (24 de 150) mantuvo que nunca encuentra estacionamiento, el 16% (23 de 150) enunció que a veces encuentra estacionamiento y mucho depende de la concurrencia de automóviles en el sector donde se ubica el centro de RF y los espacios de zona azul que reduce la posibilidad de estacionar y en repetidas ocasiones si se supera el tiempo máximo para estacionar en esta zona puede provocar una sanción de tránsito, y un 9% (14 de 150) atestiguó siempre encuentra estacionamiento siendo relevante comentar que fueron los pacientes que al momento de la ENC se encontraban en el primer horario de atención del centro de RF. Véase *Anexo 4, Tabla 19*.

Gráfico 8. Opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad de estacionamiento en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

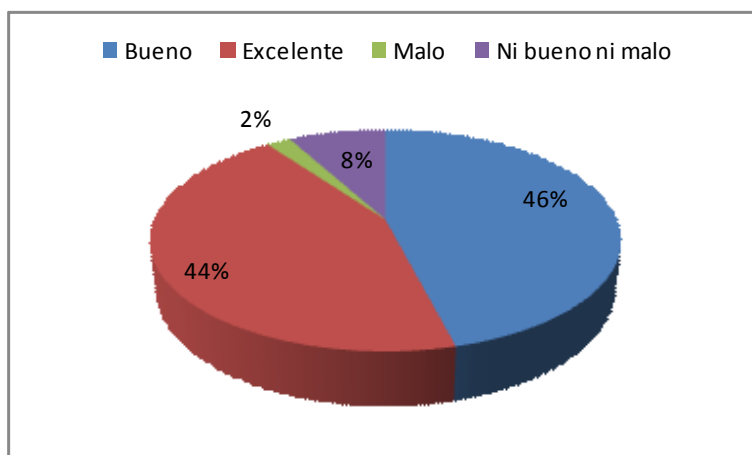


Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

3.1.3.4. Accesibilidad Cultural

Esta dimensión reunió información en porcentajes y número de PTE y su apreciación acerca de la calidad de servicio recibido, en los resultados tabulados se encontró que el 46% (69 de 150) consideró el servicio como bueno; el 44% (66 de 150) como excelente; el 8% (12 de 150) como ni bueno ni malo; y el 2% (3 de 150) repitió que el servicio fue malo; donde se obliga a señalar que los pacientes encuestados respondieron en función de cómo se sintieron y fueron tratados por las fisioterapeutas al momento de su rehabilitación. Véase Anexo 4, Tabla 21.

Gráfico 9. Porcentaje de acogimiento del protocolo de atención y servicios brindados por parte de los pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

3.1.1.4. Soporte emocional y afectivo y Apoyo material

Debido a esta variable se reflexionó sobre la sustancial aportación que engloba dos dimensiones específicas, el soporte emocional y afectivo que deriva en lo valioso de conocer en porcentaje y número con quién viven los de PTE generando un 52% (78 de 150) que declaró vivir con su pareja; el 19% (28 de 150) comentó vivir con familiares que comprende vivir con hermanos, primos, sobrinos, etc.; el 13% (20 de 150) enunció vivir con hijos; el 11% (17 de 150) contó vive solo y el 5% (7 de 150) que incluye a los pacientes que viven con un amigo o en una casa de descanso.

Tabla 9. Clasificación de pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter según con quien viven, Quito, diciembre 2013

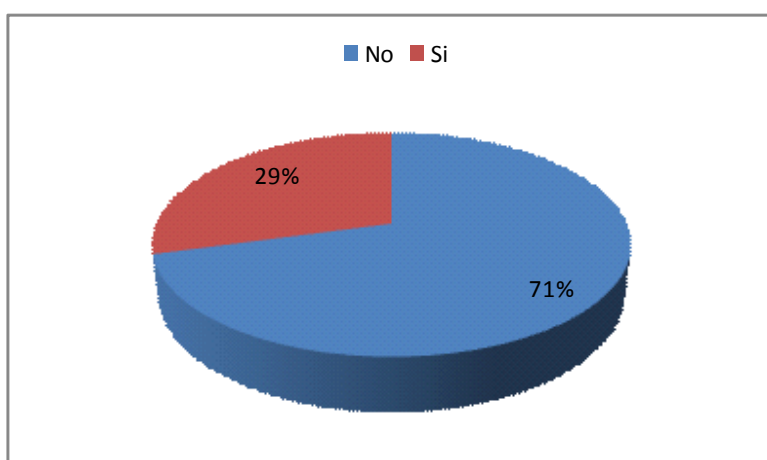
Familia	28
Hijos	20
Otro	7
Pareja	78
Solo	17
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

En el nivel de dependencia que presenta el grupo de encuestados respecto a la compañía que recibieron para asistir al centro de RF en los últimos seis meses respondió que en los últimos seis meses un 71% (106 de 150) no dependió de una tercera persona para llegar, y el 29% (44 de 150) si dejó de asistir por falta de compañía. Véase Anexo 4, Tabla 22.

Gráfico 10. Porcentaje de pacientes de tercera edad que en los últimos seis meses dejó de asistir debido a no tener compañía para ir al centro de rehabilitación física, Quito diciembre 2013



Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

También se logró tener información de la ayuda material que recibieron los PTE propuesta en porcentaje y número, evaluando que el 49% (74 de 150) cubre sus necesidades médicas comúnmente ligado al pago de un seguro médico privado; el 39% (58 de 150) recibe los beneficios de los servicios de salud debido a un familiar que concuerda con el apoyo monetario de parte de uno de sus hijos; el 6% (9 de 150) es cubierto por la empresa a la que pertenece y en su mayoría son pacientes que resultaban tener cargos altos en instituciones o simplemente son propietarios de la empresa y el 6% (9 de 150) los pacientes que utilizaron los servicios utilizando el convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Véase Anexo 4, Gráfico 24. De manera

aclaratoria se puede mencionar también que el 49% de pacientes que se mencionan cubre sus necesidades médicas utilizan el SMP Años Dorados¹².

Tabla 10. Indagación de quién cubre el valor monetario del seguro médico de los pacientes de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

Empresa actual	9
Familiar	58
Gobierno/IESS	9
Paciente/Coopseguros (plan Años Dorados)	74
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

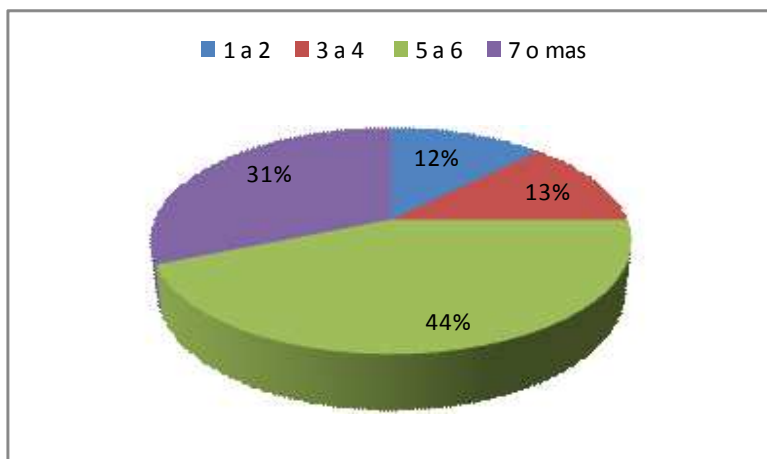
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

3.1.1.4. Cumplimiento de Tratamiento Fisioterapéutico

Fue primordial profundizar la recolección de datos por cada tipo de patología frecuente y se corroboró en porcentaje y número que los PTE que realizaron de 1 a 2 sesiones por artrosis fue el 0% (0 de 24); cervicalgia el 12% (4 de 32); lumbalgia el 6% (2 de 37); tendinitis el 3% (1 de 30); de 3 a 4 sesiones fue de artrosis el 0% (0 de 24); cervicalgia el 13% (4 de 32); lumbalgia el 5% (2 de 37); y tendinitis el 7% (2 de 30); de 5 a 6 sesiones fue por artrosis el 58% (14 de 24); cervicalgia el 44% (14 de 32); lumbalgia el 51% (19 de 37); y tendinitis el 47% (14 de 30); y de 7 a más sesiones fue por artrosis 42% (10 de 24); cervicalgia 31% (10 de 32); lumbalgia 38% (14 de 37); y tendinitis 43% (13 de 30). Véase Anexo 4, Tabla 30, Tabla 31 y Gráfico 11, Tabla 32 y Gráfico 29, Tabla 33 y Gráfico 30.

¹² Coopseguros (Años Dorados). Copago de \$2 dólares; 10% en otros servicios, previa autorización de COOPSEGUROS; * Aplican condiciones de acuerdo al plan contratado en todas las sucursales. Sitio web: www.coopseguros.com

Gráfico 11. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan cervicalgia según sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Por otro lado se logró determinar en porcentaje y número la cantidad de sesiones asignadas en la orden médica y se encontró que se asignó de 1 a 6 sesiones por artrosis el 0%(0 de 24); cervicalgia el 6%(2 de 32); lumbalgia el 8% (3 de 37); y tendinitis el 14%(4 de 30); de 7 a 10 sesiones por artrosis el 87% (21 de 24); cervicalgia el 88% (28 de 32); lumbalgia el 84% (31 de 37); y tendinitis el 83% (25 de 30); de 10 a más sesiones por artrosis el 13%(3 de 24); cervicalgia el 6%(2 de 32); lumbalgia el 8%(3 de 37); y tendinitis el 3%(1 de 30). Véase Anexo 4, Tabla 26 y Gráfico 32, Tabla 27 y Gráfico 33, Gráfico 34, Tabla 28 y Gráfico 35.

Tabla 11. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron lumbalgia por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

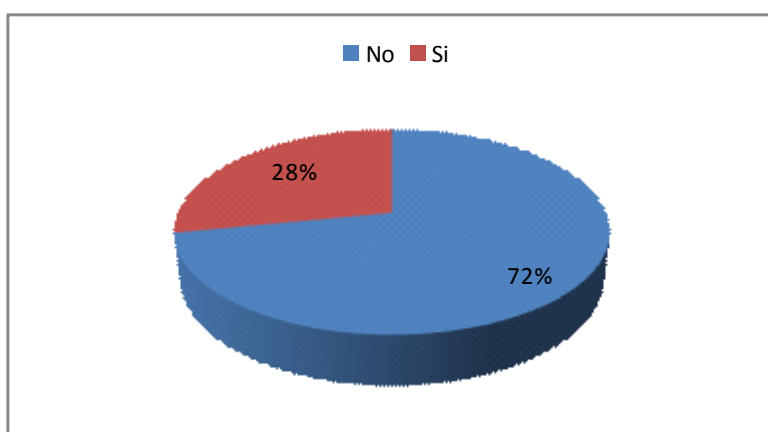
No de ss asignadas	1 a 6	7 a 10	10 o más	Total general
No	1	21	0	22
Si	2	10	3	15
Total general	3	31	3	37

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Para finalizar se determinó qué porcentaje y número de PTE culminó su tratamiento fisioterapéutico comparando el porcentaje y número de sesiones que se realizaron, véase *Anexo 4, Tabla 24*, con el porcentaje y número de sesiones asignadas en la orden médica, véase *Anexo 4, Tabla 25*; de lo que se obtuvo que en artrosis el 62% (15 de 24); cervicalgia 72% (23 de 32); lumbalgia el 59% (22 de 37); y tendinitis 43% (13 de 30) no culmina su tratamiento; de tal forma que por artrosis el 38% (9 de 24); cervicalgia 28% (9 de 32); lumbalgia el 41% (15 de 37); y tendinitis el 57% (17 de 30) si culmina su tratamiento. Véase *Anexo 4, Tabla 26 y Gráfico 25, Tabla 27, Tabla 11 y Gráfico 26, Tabla 28 y Gráfico 27*.

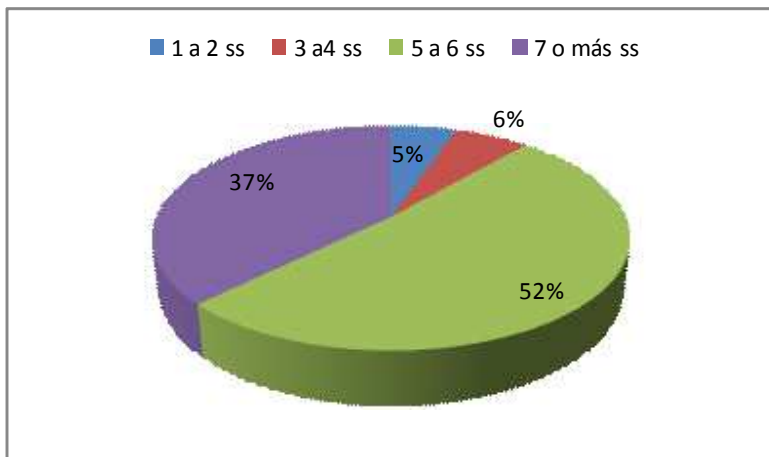
Gráfico 12. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan cervicalgia en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

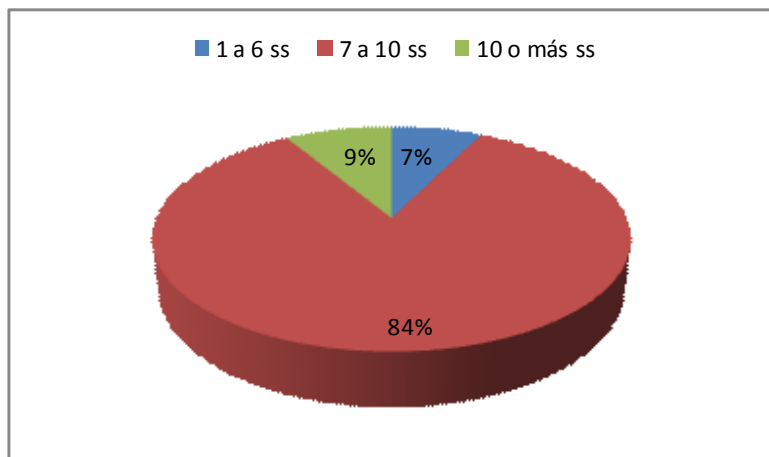
Tomando el total de datos recolectados en esta variable se demostró en porcentaje y número de HC revisadas, que el 5% (8 de 150) utilizó de 1 a 2 veces el servicio; el 6% (9 de 150) ejecutó de 3 a 4 sesiones; el 52% (77 de 150) realizó de 5 a 6 sesiones, y el 37% (56 de 150) cumplió con 7 a más sesiones. Véase *Anexo 4, Tabla 24*; y por otro lado se obtuvo datos de porcentaje y número de sesiones asignadas en la orden médica sosteniendo que el 7%(11 de 150) tuvo asignado de 1 a 6 sesiones; el 84%(126 de 150) de 7 a 10 sesiones; y el 9% (13 de 150) de 10 a más sesiones. Véase *Anexo 4, Tabla 25*.

Gráfico 13. Porcentaje de PTE que cumplieron el tratamiento fisioterapéutico según las sesiones que realizaron en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

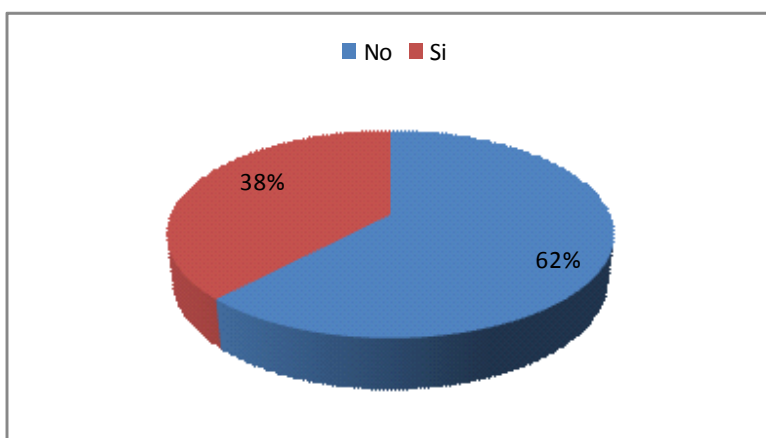
Gráfico 14. Porcentaje de PTE que cumplieron el tratamiento fisioterapéutico según las que fueron sesiones asignadas en la orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

De este compendio de resultados es factible generar el porcentaje de cumplimiento de tratamiento utilizando el porcentaje y número de sesiones realizadas por PTE y el porcentaje y número de sesiones asignadas, resultando que en su totalidad el 62% 93 de 150) PTE no cumplió con su tratamiento, y el 38% (57 de 150) si cumplió con su tratamiento. Véase Anexo 4, Tabla 23.

Gráfico 15. Porcentaje de pacientes de tercera edad que cumplieron y no cumplieron su tratamiento fisioterapéutico en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

3.2. Discusión

Con el fin de exponer en concreto el producto final de esta investigación es necesario mencionar la finalidad, es así que se consideró tratar el tema de la accesibilidad para pacientes de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación física Fisiocenter en Quito, debido al bajo porcentaje de pacientes que culminaron su tratamiento fisioterapéutico en el transcurso del primer semestre del año 2013, teniendo un marco teórico enfocado primordialmente en la interrelación entre el envejecimiento, la accesibilidad y la fisioterapia con una cuantiosa gama de opiniones y material revisado para poder establecer una metodología de estudio en virtud de generar respuestas certeras en referencia a las barreras que existen para las personas de tercera edad para cumplir o no cumplir con su tratamiento.

Para fines de entendimiento el grupo que se examinó fue los pacientes de tercera edad que asistieron al centro de rehabilitación Fisiocenter en una edad comprendida de 65 a 95 años, hombres y mujeres que presenten cuatro de las patologías más frecuentes tratadas en el centro de rehabilitación física como artrosis¹³, cervicalgia¹⁴, lumbalgia¹⁵, tendinitis¹⁶.

¹³ la Artrosis que es una enfermedad degenerativa articular. (1. Batalla, M., Cuello, L. & Sánchez Scardino M., (2003). *Movilidad Dorsal y Lumbalgia en la Tercer Edad*. Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

¹⁴ la cervicalgia: o dolor cervical que puede ser de causa inflamatoria o mecánica, su diagnóstico diferencial es mucho más amplio y complejo, teniendo tres tipos determinados: la cervicalgia posterior aislada, síndrome cervicocefálico y cervicobraquialgia. (Jiménez-Peña Mellado, D., Ruiz del Pino, J., Hazañas Ruiz, S., Conde Melgar, M. & Enríquez Alvarez, E. (10/0/2013)).

¹⁵ la Lumbalgia siendo el dolor que se produce en la región inferior de la espalda, causado por un síndrome músculo-esquelético, su importancia radica en la incapacidad que causa para continuar desarrollando actividades cotidianas. Batalla, M., Cuello, L. & Sánchez Scardino M., (2003). Bernal, L., Jiménez-Peña Mellado, D., Ruiz del Pino, J., Hazañas Ruiz, S., Conde Melgar, M. & Enríquez Alvarez, E. (10/0/2013).

¹⁶ Tendinitis que es la inflamación de un tendón debido generalmente a que los tendones están sometidos a movimientos repetidamente en tensión. (Comisiones Obreras Unión Regional de Castilla y León, Secretaria de Salud Laboral. (2008). *MANUAL DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS*. CAPITULO I. pag.9, 25, 31.)

En general los resultados certifican que la hipótesis planteada es válida, ya que si existe un alto porcentaje de pacientes que no culminaron su tratamiento debido a circunstancias relacionadas directamente con las barreras de accesibilidad que se presentaron en el momento para poder cumplir su objetivo de realizar rehabilitación física.

De igual manera como se presenta en el marco teórico el proceso de envejecimiento implica no solo un cambio corporal sino un giro de 360° en la percepción del individuo en los contextos emocionales, culturales y sobre todo en lo que representa para la sociedad ser una persona de tercera edad, además de la predominancia del grupo de mujeres que asisten a rehabilitación física, y de hecho en los resultados obtenidos coincide que en su mayoría son mujeres las que asisten a rehabilitación física.

"...las calamidades de la vejez, supone la aparición de cambios irreversibles, que con el paso del tiempo afectan a células, tejidos y órganos, en suma a la totalidad del individuo, supone una disminución del 13 por ciento del metabolismo basal, a partir de los 65 años, debido a la reducción de la masa celular corporal hay disminución de la masa muscular, descenso de la función cardiovascular, aumento del índice de osteoporosis, artrosis y deterioro mental, lo que constituyen factores que contribuyen a un estilo de vida sedentario, que es también un nuevo estilo de vida para la sociedad..." (2. Bernal, L., *Fisioterapia en el Adulto Mayor*, Escobar A., 2009)

Por otro lado está la significancia de tener un trabajo o una actividad laboral en un entorno que cambia de segundo a segundo que se cita en la bibliografía encontrada donde es una constante para las personas de tercera edad ser jubilado o nunca haber estado en el medio laboral usualmente por parte del grupo femenino; de la misma forma en los resultados de esta investigación sobresale el número de pacientes que dejaron de ser laboralmente activos.

Es preciso señalar que dentro de la edad delimitada para el estudio en el escrito realizado se habla de la existencia de una subdivisión que indica que en pacientes de edad avanzada se puede categorizar pacientes de tercera y cuarta edad, que va de los 65 a 75 años y de 75 años en adelante respectivamente, y en los resultados analizados en conjunto demuestra un interesante porcentaje de pacientes que pertenecen a la primera subdivisión.

En cuanto a la accesibilidad inmerso en lo redactado se desarrolla una recopilación de conceptos, principios, beneficios dimensiones y consideraciones específicas como los derechos decretados a nivel nacional e internacional, y de esta correlación con los adultos mayores, fue cautivador obtener resultados en la tabulación y análisis de los datos recolectados que aseveran que es real que se debe tener claro los parámetros en cuanto a accesibilidad para poder entregar un servicio sobre todo de salud, por ejemplo tomar en cuenta la distancia geográfica, la disponibilidad económica, el estado y funcionamiento del lugar y los equipos utilizados además de la infraestructura en el servicio de rehabilitación física, la apreciación individual del servicio prestado y todos los resultados arrojados, a excepción de la disponibilidad económica, demuestran que si fueron de total influencia para que un paciente de tercera edad pueda culminar un tratamiento fisioterapéutico completo y así es posible comparar con el texto donde trata de forma extensa todos estos componentes.

"...El objetivo de un servicio es asegurar una atención efectiva, integral y continua para una comunidad. La calidad de los procesos de atención en salud va a depender de las características de los servicios, es muy difícil que se dé una atención continua si la unidad operativa es poco accesible para la gente..."
(Características de los Servicios de Salud o de las unidades operativas de Salud. Modelo de Servicio 2002

El texto hace referencia también acerca del soporte emocional que tiene una persona de tercera edad donde se enuncia que en la actualidad es difícil encasillar a un individuo de tercera edad por su situación económica, social, familiar o emocional debido a los grandes cambios que presenta la sociedad que refleja que comúnmente un adulto mayor resulta ser generalmente un individuo aislado por vivir solo y por sus limitaciones físicas debido al envejecimiento, además de una dependencia forzada muchas veces de una tercera persona, en este caso los datos infirieron que no necesariamente los pacientes de tercera edad están aislados debido a que en su mayoría terminan viviendo con su pareja o algún familiar cercano, y de igual forma la dependencia resulta cierta solo en una minoría.

Revisando lo expuesto en el marco teórico no se profundiza la ayuda material que el paciente de tercera edad puede llegar a recibir a pesar que representa una de las variables analizables, por lo que en los resultados si se menciona el hecho de que un paciente de tercera edad pueda pagar su seguro médico o este gasto es cubierto por otra persona de lo que resulto que de la totalidad de los datos tabulados casi la mitad de los pacientes de tercera edad paga su seguro médico.

Relativo a la morbilidad y comorbilidad que el grupo de estudio tuvo el texto afirma que en la vejez el deterioro corporal afecta de una manera multisistémica además de que las patologías encontradas en la vejez son repetitivas de hecho en los resultados se muestra que son cuatro las patologías de mayor incidencia en el centro de rehabilitación física y por otro lado no existe una predominancia a sufrir una enfermedad adicional al diagnóstico por el que asisten a rehabilitación física.

Por último se comenta en el texto que la fisioterapia destinada a pacientes de tercera edad es fundamental para mantener un estado de vida saludable además de establecer parámetros para una atención efectiva, eficaz y eficiente que promueva la salud del paciente y prevenga posibles lesiones y esto se vincula al cumplimiento total de las sesiones de terapia física que los pacientes tienen asignadas y es preocupante constatar con los resultados que en su mayoría los pacientes no culminan su tratamiento.

El vocal del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE), Iban Arrien Celaya, con motivo de la celebración del Día Internacional de las Personas Mayores, ha destacado que la finalidad esencial de la Fisioterapia en el ámbito de las personas mayores es prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas. Los cambios demográficos que ha sufrido la sociedad en los últimos años muestran un aumento de la población mayor gracias a diversos factores, como la mejor atención sanitaria y estructura social, que conllevan un aumento de la esperanza de vida. Según Celaya, consideran a las personas mayores como una fuerza activa y un eslabón muy importante en la cadena de la sociedad actual. Asimismo, el vocal del Consejo ha subrayado que la Fisioterapia en este campo aporta a las personas mayores muchas y relevantes mejoras, evitando que se pierdan capacidades funcionales en las actividades de la vida diaria. Por todo ello, ha dicho, es muy importante y necesaria la figura del fisioterapeuta. (demayores.com, 2007)

Por todo lo dicho anteriormente sería significativo generar nuevos estudios que traten específicamente el tema de accesibilidad no visto desde la parte social sino desde la parte funcional que genere nuevos proyectos que planteen innovadores servicios en cuanto a rehabilitación física por ejemplo servicio domiciliario para pacientes de movilidad reducida que sobrepase las barreras geográficas y funcionales principalmente.

Conclusiones

Al tomar en cuenta los tipos de patologías frecuentes como se detalló en los datos encontrados, el hecho de pasar por una dolencia es imperativo para asistir o no al centro de rehabilitación siendo certero afirmar que un PTE al sentir mejoría en las dos primeras sesiones, para una tercera sesión duda en asistir o no, y muchas veces prefiere no salir de su casa, ya que demanda gasto de tiempo y dinero.

Igualmente comparando los resultados de la investigación se identifica que los PTE no necesariamente sufren de alguna enfermedad crónica como la diabetes y la hipertensión arterial pero si es repetitivo escuchar que los PTE tienen una disminución considerable de la agudeza de su oído y su vista.

En suma de todo lo encontrado en el estudio, de manera reveladora se encuentra que es predominante la asignación de 10 sesiones de rehabilitación física, y es de forma usual según los datos que los PTE llegan a cumplir de 5, hasta 6 sesiones de esta asignación lo que provoca el incumplimiento de las sesiones de rehabilitación física.

El centro de rehabilitación física Fisiocenter recibe generalmente a PTE entre los 65 a 75 años, y comúnmente son mujeres que asisten a este servicio, además que los pacientes que asisten suelen ser jubilados.

En cuanto a la accesibilidad se refiere, según los datos recolectados se ha demostrado que geográficamente en un 50% los pacientes tienen cercanía al centro de rehabilitación física.

Económicamente se determinó en la información recolectada, que habitualmente los PTE tienen disponibilidad económica para poder realizar su tratamiento a razón del copago que realizan por las sesiones de rehabilitación física que representa una mínima

cantidad de valor monetario y un 80% considera que el costo del tratamiento es económico en función de la utilización de los beneficios que reciben por pagar un valor mensual por su seguro médico privado que oscila entre 240 a 300 dólares mensuales.

Funcionalmente hablando según los datos recabados, es de opinión frecuente que las instalaciones y los equipos son adecuadas, y los horarios de atención se acomoda a las exigencias y disponibilidad de los PTE, que en repetidas ocasiones prefieren asistir en las horas de la mañana que disminuye los riesgos de tener un accidente o exponerse a sufrir una enfermedad por el cambio de clima drástico que a veces la ciudad presenta en las horas de la tarde. Y siendo muy significativa la falta de acceso vehicular o disponibilidad de estacionamiento que es una de las barreras que en definitiva son determinantes para completar un tratamiento fisioterapéutico.

Por otra parte luego de analizar los datos desde el punto de vista cultural según la apreciación colectiva reciben en cuanto a calidad de atención un buen servicio.

De acuerdo a lo analizado relativo al soporte emocional y la ayuda material se halló que habitualmente los PTE que asisten al centro de rehabilitación Fisiocenter viven con un familiar cercano y que comúnmente los gastos referentes a su salud es costado por ellos, de tal forma se puede pensar en las obligaciones mensuales que los pacientes adquieren por pagar un seguro médico privado teniendo en cuenta que dependen de una jubilación en su mayoría y esto limita el hecho de poder cumplir con el tratamiento fisioterapéutico.

Recomendaciones

A partir del conjunto de resultados se considera oportuno proponer diversas ideas que formulen un cambio en el proceso de atención en el centro de rehabilitación Fisiocenter para personas de tercera edad, que sea operacional y eficientemente aplicable, y que también puede ser aplicado en otros centros de rehabilitación física.

Sería interesante la propuesta de crear un servicio adicional dentro de los protocolos de atención del centro de rehabilitación Fisiocenter que permita tratar a pacientes de tercera edad en la comodidad de su hogar claro esta después de una previa evaluación física que confirme la necesidad de un servicio domiciliario, que no represente un valor agregado exagerado midiendo tiempo de atención, tiempo y gasto de movilización y personal requerido, organizada por sectores y horarios definidos según la patología a tratar.

De igual forma la posibilidad de incluir según la lesión o patología que presente el paciente de tercera edad una visita domiciliaria para poder realizar una evaluación del entorno físico y emocional en el que se desenvuelve el paciente que se estaría tratando, haciendo que exista una estrecha relación entre el medio en que generalmente está el paciente dando opciones de mejora y adecuaciones fáciles de implementar que no representen un gasto monetario alto sino que adecue por ejemplo el mismo espacio y diseño arquitectónico del hogar del paciente dando soluciones para un desplazamiento seguro que evite posible accidentes.

Finalmente la creación de un servicio vehicular destinado para personas con movilidad reducida donde se incluye obviamente los pacientes de tercera edad que tenga como objetivo principal recoger al paciente desde el lugar de su vivienda hasta el centro de rehabilitación física y de igual forma facilitar su retorno a casa.

Bibliografía

- Batalla, M., Cuello, L. & Sánchez Scardino M., (2003). *Movilidad Dorsal y Lumbalgia en la Tercera Edad*. Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Bernal, L., *Fisioterapia en el Adulto Mayor*. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/.../16_-_fisioterapia_en_el_anciano.pdf.
- CONADIS ECUADOR - Ley sobre las Discapacidades.
- CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR. ASAMBLEA NACIONAL. Suplemento -- Registro Oficial N° 796 -- Martes 25 de septiembre del 2012
- Comisiones Obreras Unión Regional de Castilla y León, Secretaria de Salud Laboral. (2008). *MANUAL DE TRASTORNOS MUSCULO ESQUELÉTICOS*. CAPITULO I. pág., 25, 31.
- Coriat, S. *Lo Urbano y lo Humano - Hábitat y Discapacidad*. Ed. NOBUKO- CP67 – Fundación Rumbos – Universidad de Palermo (Buenos Aires, 1º Edición, 2002 / 2º Edición 2011).
- Coriat, S. *La Convención como herramienta a favor de un hábitat accesible, físicamente inclusivo*. [www. Rumbos.org.ar](http://www.Rumbos.org.ar). 2008.
- Champín Michelena, D., (2004). *Lumbalgia*, Rev. Soc. Per. Med. Inter. Vol. 17(2). Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe>
- DE LA CRUZ GIBBS, C. *Fisioterapia en la Tercera Edad*. <http://www.terapiayrehabilitacionfisica.com/index.html>
- Escobar A., (2009). Las calamidades de la vejez, *Rev. Fac Med UNAM* Vol. 52 Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx>
- French S., Slim J., (2006) *Fisioterapia un enfoque psicosocial.*, Mc Graw Hill Interamericana. Tercera edición.
- Gallego Izquierdo, T. (2007). *Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia*. Ed. Médica Panamericana. Pag.196.

Garocho, C. *Análisis de accesibilidad a los servicios de salud, y los sistemas de información geográfica teoría y aplicación del contexto de estado de México.*

Guía Para La Elaboración Y Presentación Del Plan De Disertación Con La Modalidad De Estudios Teóricos - Prácticos. Quito, Mayo 2011

ISP/PUCE Ficha 1.1.4 Características de los Servicios de Salud o de las unidades operativas de Salud. Modelo de Servicio 2002.

Jiménez-Peña Mellado, D., Ruiz del Pino, J., Hazañas Ruiz, S., Conde Melgar, M. & Enríquez Álvarez, E. (10/0/2013). *Traumatología del Raquis: Cervicalgia y Lumbalgia*. Hospital Universitario "Virgen de la Victoria" de Málaga. Recuperado de www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../cervilum.pdf.

La fisioterapia previene la aparición de enfermedades y discapacidades en la vejez.

<http://www.demayores.com/2011/10/02>

Llanes Betancourt, C. *PROMOCIÓN Y SALUD, Evaluación funcional y anciano frágil*, Revista Cubana de Enfermería versión On-line ISSN 1561-2961. Ciudad de la Habana abr.-jun. 2008.

Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Arte Laser Publicidad Ltda. Cra. 16 No. 80-11 Of. 201. Diseño, Corrección de Textos e Impresión. Edición 2005. Bogotá D.C., noviembre 2005

Mora Bautista, G. *El envejecimiento y la actividad física*. EFISIOTERAPIA. 05 NOV 2008

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013

Polo Luque M, Martínez Ortega, M. *Historia, Visión Histórica Del Concepto De Vejez En Las Sociedades Antiguas*. Universidad De Alcalá. Madrid.

Robles Silva, L. *LA VEJEZ: NUEVOS ACTORES, RELACIONES SOCIALES Y DEMANDAS POLÍTICAS*. 2006, Vol.XXVII

Rodríguez, S. (2010). *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. Universidad Autónoma, Barcelona.

Suplemento Especial de la Editorial Abeledo Perrot – NexisLexis.

Schmunis, E. "*CIUDAD INCLUSIVA Y TERCERA EDAD*". 1ª JORNADA BUENOS AIRES °CIUDAD ACCESIBLE- 1ª JORNADA NACIONAL CIUDADES ACCESIBLES. 6 y 7 de Diciembre de 2004.

Vilar Gálvez, I. *Evidencias científicas sobre Fisioterapia en las Tendinitis del Manguito Rotador y Síndrome de Rozamiento Subacromial*. FISIOTERAPIA Y CALIDAD DE VIDA. Volumen 15 • Número 1.

www.bvs.org.ar/pdf/calidadensalud.pdf. *GLOSARIO DE CALIDAD EN SALUD* , pág.

Anexos

Anexo 1. Plan de recolección de datos

VARIABLE	DIMENSION	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO
Accesibilidad al centro de rehabilitación	Accesibilidad geográfica	Primaria	Encuesta, Adultos mayores	Cuestionario
	Accesibilidad económica	Primaria	Encuesta, Adultos mayores	Cuestionario
	Accesibilidad funcional	Primaria	Encuesta, Adultos mayores	Cuestionario
	Accesibilidad cultural	Primaria	Encuesta, Adultos mayores	Cuestionario
Apoyo familiar	Soporte emocional y afectivo	Primaria	Encuesta, Adultos mayores	Cuestionario
		Primaria	Encuesta, Adultos mayores	Cuestionario
	Ayuda material o instrumental	Primaria	Encuesta, Adultos mayores	Cuestionario
Edad y Sexo		Secundaria, Historias Clínicas	Revisión Documental	Matriz de recolección de Información, Historias Clínicas
Tipos de Morbilidad		Secundaria, Historias Clínicas	Revisión Documental	Matriz de recolección de Información, Historias Clínicas
Comorbilidad		Secundaria, Historias Clínicas	Revisión Documental	Matriz de recolección de Información, Historias Clínicas

Anexo 2. Modelo de Encuesta

ANÁLISIS DE ACCESIBILIDAD EN PACIENTES DE TERCERA EDAD AL CENTRO DE REHABILITACIÓN FISIOCENTER. QUITO.

La Presente encuesta tiene como fin recolectar datos útiles para la realización de un estudio que pretende identificar y analizar los factores que condicionan la culminación de las sesiones de fisioterapia.

A continuación se realizaran preguntas sencillas, para ser respondidas brevemente con opciones ya establecidas que facilitaran su respuesta, además se solicitara información básica como edad, sexo, etc., para fines de veracidad en la encuesta.

Adicionalmente cabe mencionar que toda la información que usted proporcione será de estricta confidencialidad, y los datos aquí recolectados serán únicamente utilizados para la realización de estudio.

No. De Encuesta.

Edad:

Sexo: M F

- Motivo por el que acude al servicio de rehabilitación:

Artrosis..... Lumbalgia.....

Cervicalgia..... Tendinitis.....

Otra (especifique).....

- Además del diagnóstico por el que acude sufre de alguna enfermedad de importancia como:

Hipertensión Arterial..... Diabetes..... Ninguno.....

Otra (especifique).....

- Con quien vive:

Pareja..... Familia.....

Hijos..... Solo.....

Otros (especifique)

- ¿Cuántas veces acudió al servicio de rehabilitación física en los últimos seis meses?

1 a 2..... 5 a 6.....

3 a 4..... 7 o más.....

- ¿A qué distancia vive del centro de rehabilitación física?

Muy Lejos..... Lejos.....

Cerca.....	<input type="checkbox"/>	Muy Cerca.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Le parece que las instalaciones y la estructura del edificio del centro de rehabilitación física son adecuadas? 			
Muy Adecuada.....	<input type="checkbox"/>	Poco Adecuada.....	<input type="checkbox"/>
Adecuada.....	<input type="checkbox"/>	No Adecuada.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Le parece que los equipos que se usan en sus sesiones de fisioterapia son adecuadas? 			
Muy Adecuada.....	<input type="checkbox"/>	Poco Adecuada.....	<input type="checkbox"/>
Adecuada.....	<input type="checkbox"/>	No Adecuada.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuándo llega al servicio de fisioterapia encuentra estacionamiento? 			
Siempre.....	<input type="checkbox"/>	Muy pocas veces.....	<input type="checkbox"/>
A veces.....	<input type="checkbox"/>	Nunca.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿En alguna ocasión usted ha sufrido algún tipo de accidente debido a las instalaciones en este servicio? 			
SI.....	<input type="checkbox"/>	NO.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué le parece el costo de las sesiones de fisioterapia? 			
Costoso.....	<input type="checkbox"/>	Económico.....	<input type="checkbox"/>
Poco Costoso.....	<input type="checkbox"/>	Barato.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez ha dejado de asistir a sus sesiones por falta de disponibilidad económica? 			
SI.....	<input type="checkbox"/>	NO.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿En los últimos 6 meses ha faltado a alguna sesión de fisioterapia porque no tuvo quien lo acompañe? 			
SI.....	<input type="checkbox"/>	NO.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué tan satisfecho está con el horario disponible del servicio de fisioterapia? 			
Extremadamente satisfecho.....	<input type="checkbox"/>	Moderadamente satisfecho.....	<input type="checkbox"/>
Muy satisfecho.....	<input type="checkbox"/>	Poco satisfecho.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Quién paga su seguro médico? 			
Su empresa actual.....	<input type="checkbox"/>	El gobierno.....	<input type="checkbox"/>
Un familiar.....	<input type="checkbox"/>	Yo mismo.....	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo califica la calidad del servicio de rehabilitación? 			
Excelente.....	<input type="checkbox"/>	Ni buena ni mala.....	<input type="checkbox"/>
Buena.....	<input type="checkbox"/>	Mala.....	<input type="checkbox"/>

Anexo 3. Modelo de hoja de chequeo historias clínicas

LISTA DE CHEQUEO HISTORIAS CLINICAS PACIENTES FISIOCENTER UIO						
No.						
Edad:	65-75		76-85		86-95	
Sexo:	F		M			
Ocupación:	Laboral. Activo		Jubilado		Hogar	
No. de ss asignadas:	1 a 6		7 a 10		10 o más	
No. de ss realizadas:	1 a 2		3 a 4		5 a 6	7o más
ss realizadas por morbilidad frecuente:	Artrosis				Cervicalgia	
	Lumbalgia				Tendinitis	
Comorbilidad:	HTA				Ninguna	
	Diabetes				Otra:	

Anexo 4. Tablas y Gráficos

Tablas

Tabla 12. Clasificación de pacientes adultos mayores por sexo en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013

SEXO	NO. DE PACIENTES
Femenino	97
Masculino	53
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 13. Clasificación de pacientes adultos mayores por grupo de edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013

65 A 75 años	94
76 A 85 años	45
86 A 95 años	11
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 14. Clasificación de pacientes adultos mayores según ocupación en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

Hogar	Jubilado	Lab activo	Total general
44	81	25	150

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 15. Comorbilidad presentada por pacientes de tercera edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013

Diabetes	17
HTA	34
Ninguna	78
Otra	21
Total general	150

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 16. Percepción de los pacientes de tercera edad acerca de la distancia desde su hogar al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

Muy cerca	Cerca	Lejos	Muy lejos	Total general
6	74	44	26	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 17. Apreciación de los pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter acerca del costo del tratamiento fisioterapéutico, Quito diciembre 2013

Barato	18
Costoso	2
Económico	120
Poco costoso	10
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 18. Opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad y funcionamiento de las instalaciones y estructura del edificio en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

Adecuada	112
Muy adecuada	12
No adecuada	3
Poco adecuada	23
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 19. Opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad de estacionamiento en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

A veces	23
Muy pocas veces	51
No utiliza	38
Nunca	24
Siempre	14
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 20. Cuantía de pacientes de tercera edad que han sufrido un accidente debido a las instalaciones del centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No	148
Si	2
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 21. Acogimiento del protocolo de atención y servicios brindados por parte de los pacientes de tercera edad que asisten al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito, diciembre 2013

Bueno	69
Excelente	66
Malo	3
Ni bueno ni malo	12
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 22. Cuantía de pacientes de tercera edad que en los últimos seis meses dejo de asistir debido a no tener compañía para ir al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No	106
Si	44
Total general	150

Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 23. Conjunto de pacientes de tercera edad según morbilidad frecuente que cumplieron o no su tratamiento fisioterapéutico en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

Cumple	Artrosis	Cervical	Lumbar	Tendinitis	Otro Dg	Total
No	15	23	22	13	20	93
Si	9	9	15	17	7	57
Total general	24	32	37	30	27	150

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 24. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

CATEGORIA	NO. DE SS REALIZADAS
1 a 2 sesiones	8
3 a 4 sesiones	9
5 a 6 sesiones	77
7 o más sesiones	56
Total general	150

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 25. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

1 a 6 sesiones	11
7 a 10 sesiones	126
10 o más sesiones	13
Total general	150

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 26. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron artrosis por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No de ss asignadas	1 a 6	7 a 10	10 o más	Total general
No		14	1	15
Si		7	2	9
Total general	0	21	3	24

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 27. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron cervicalgia por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No de ss asignadas	1 a 6	7 a 10	10 o más	Total general
No	1	20	1	23
Si	1	8	1	9
Total general	2	28	2	32

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 28. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron tendinitis por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No de ss asignadas	1 a 6	7 a 10	10 o más	Total general
No	1	12	0	13
Si	3	13	1	17
Total general	4	25	1	30

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 29. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron otro diagnóstico por categoría de sesiones asignadas según orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No de ss asignadas	1 a 6	7 a 10	10 o más	Total general
No	2	0	3	20
Si	0	0	1	7
Total general	2	0	4	27

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 30. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron artrosis por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No de ss realizadas	1 a 2 ss	3 a 4 ss	5 a 6 ss	7 o más ss	Total general
No	0	0	14	1	15
Si	0	0	0	9	9
Total general	0	0	14	10	24

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 31. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron cervicalgia por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No de ss realizadas	1 a 2 ss	3 a 4 ss	5 a 6 ss	7 o más ss	Total general
No	4	4	14	1	23
Si	0	0	0	9	9
Total general	4	4	14	10	32

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 32. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron lumbalgia por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No de ss realizadas	1 a 2 ss	3 a 4 ss	5 a 6 ss	7 o más ss	Total general
No	2	2	18	0	22
Si	0	0	1	14	15
Total general	2	2	19	14	37

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 33. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron tendinitis por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

No de ss realizadas	1 a 2 ss	3 a 4 ss	5 a 6 ss	7 o más ss	Total general
No	1	2	10	0	13
Si	0	0	4	13	17
Total general	1	2	14	13	30

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Tabla 34. Cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentaron otro diagnóstico por categoría de sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013

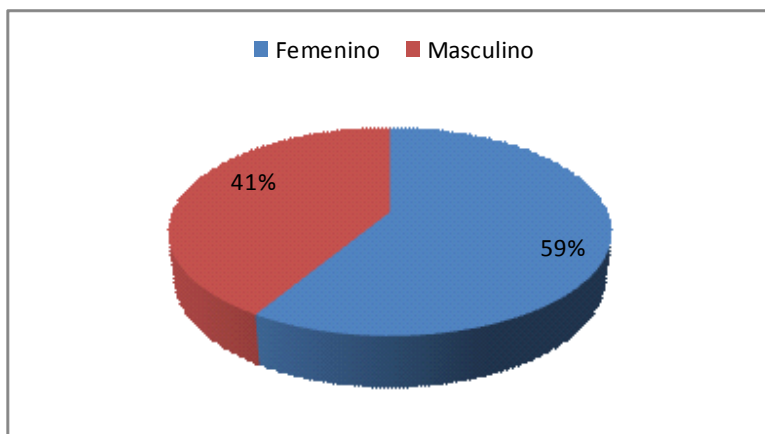
No de ss realizadas	1 a 2 ss	3 a 4 ss	5 a 6 ss	7 o más ss	Total general
No	1	1	16	2	20
Si	0	0	0	7	7
Total general	1	1	16	9	27

Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráficos

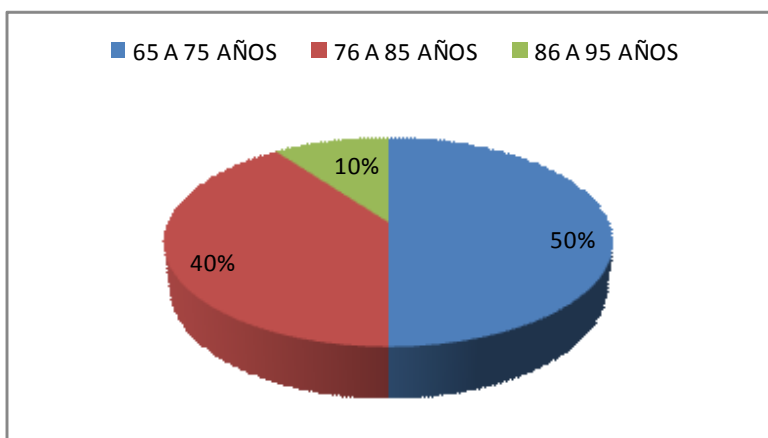
Gráfico 16. Porcentaje de pacientes de tercera edad por sexo en el centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

Elaborado por: Ma. Lorena Palma

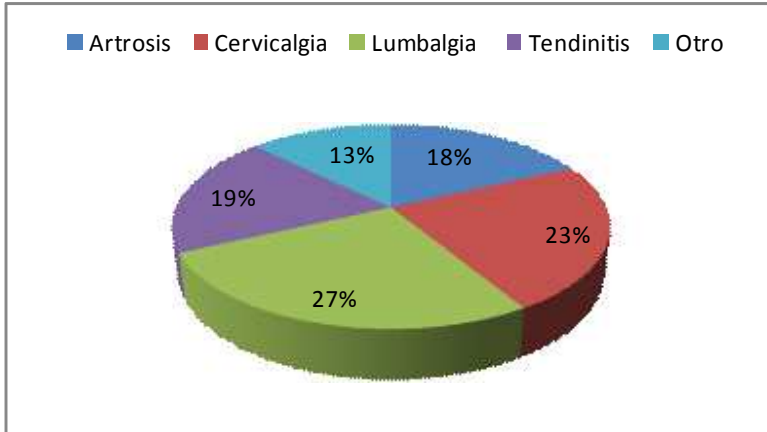
Gráfico 17. Porcentaje de adultos mayores por grupo de edad en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013

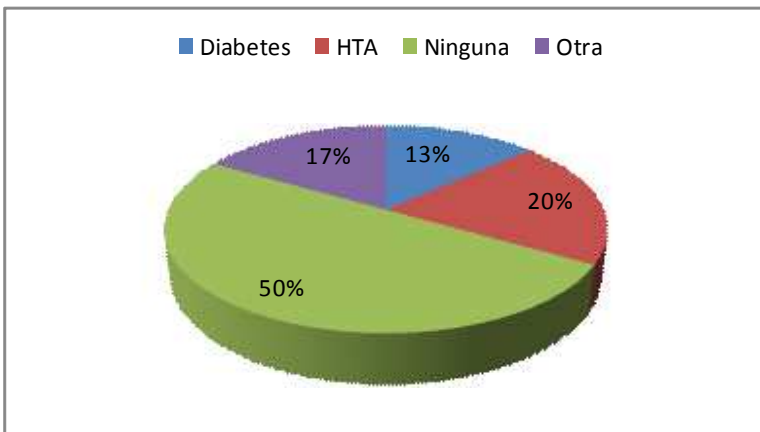
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 18. Porcentaje según tipo de morbilidad frecuente por la que acuden los pacientes de tercera edad al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



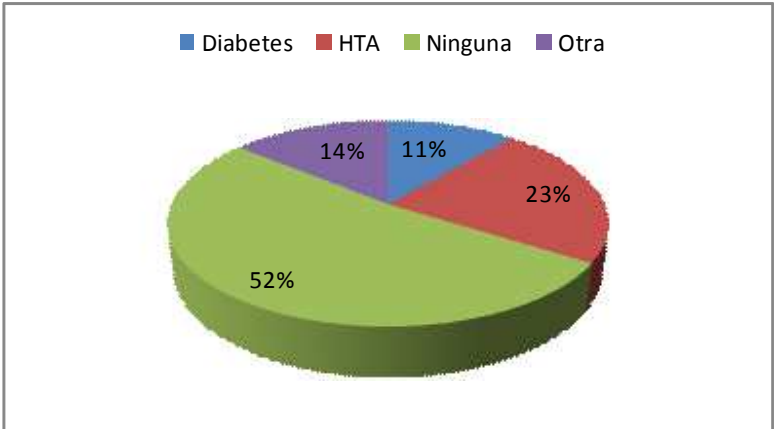
Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 19. Porcentaje según tipo de comorbilidad que presentan los pacientes de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación física Fisiocenter (ENC), Quito diciembre 2013



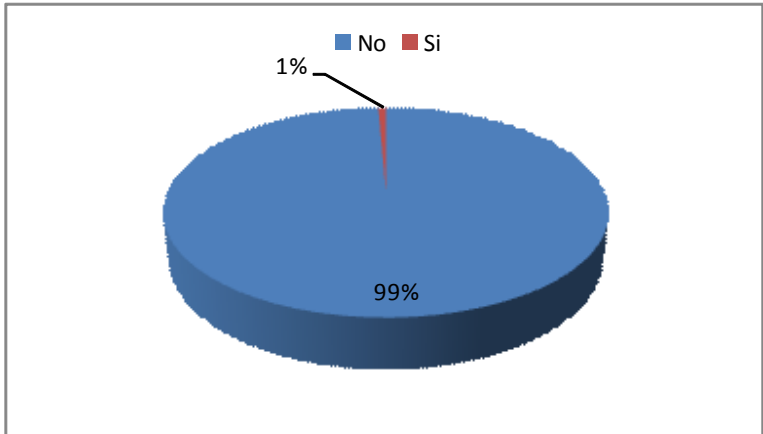
Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 20. Porcentaje según tipo de comorbilidad que presentan los pacientes de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación física Fisiocenter (HC), Quito diciembre 2013



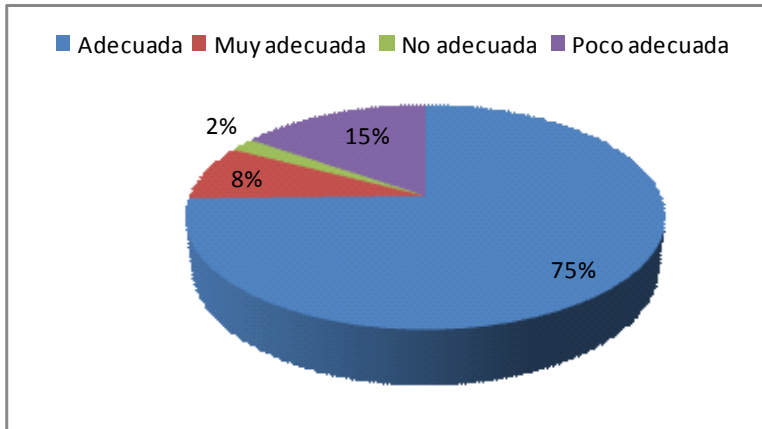
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 21. Porcentaje de disponibilidad económica que presentaron los pacientes de tercera edad en los últimos seis meses para asistir o no al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



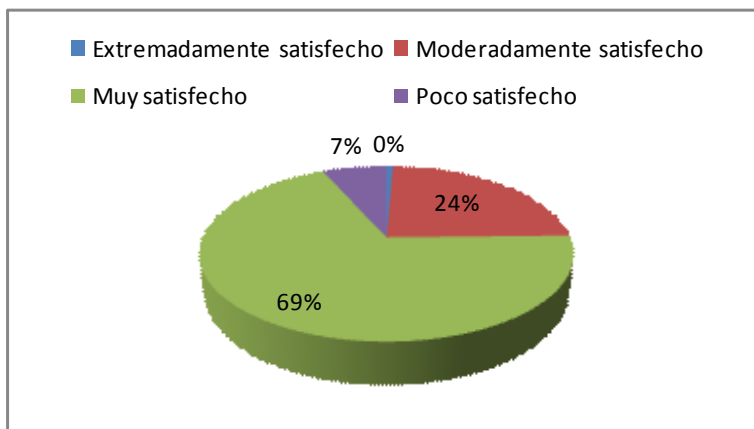
Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 22. Porcentaje de opinión de los pacientes de tercera edad acerca de la disponibilidad y funcionamiento de los equipos utilizados en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



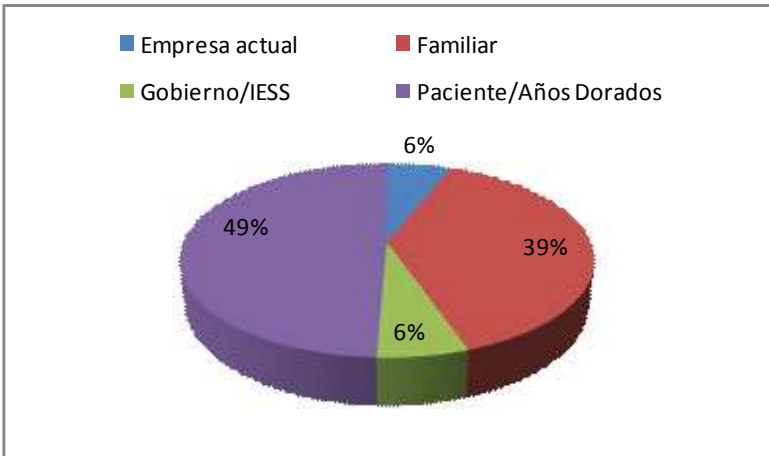
Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 23. Evaluación en porcentaje de los pacientes de tercera edad acerca de los horarios de atención disponible en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito, diciembre 2013



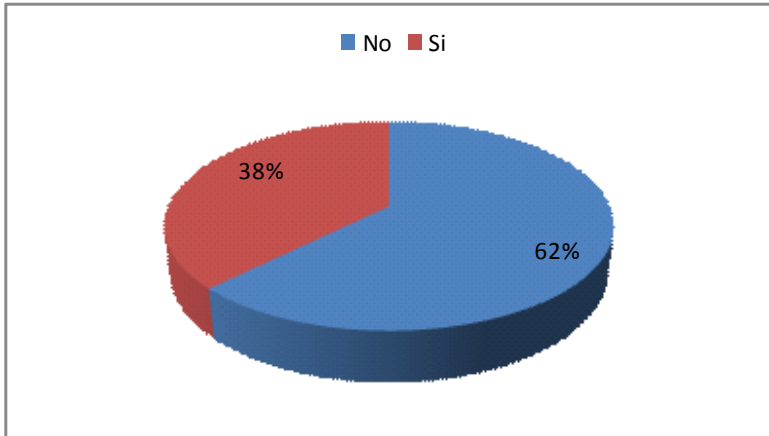
Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 24. Porcentaje de indagación acerca de quién cubre el valor monetario del seguro médico en los pacientes de tercera edad que acuden al centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



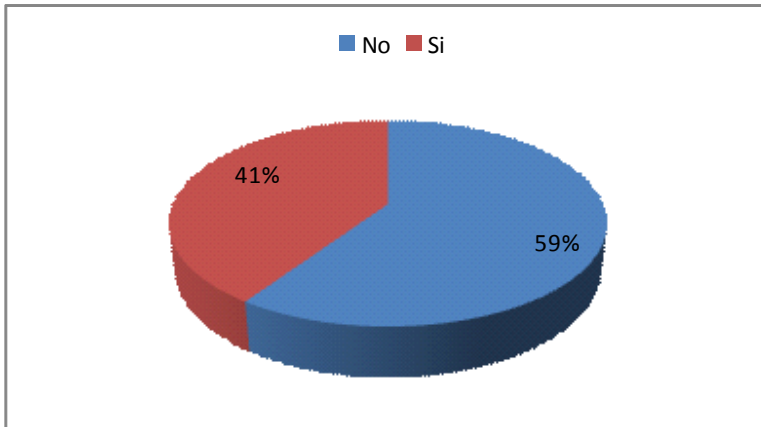
Fuente: Encuesta realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 25. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan artrosis en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



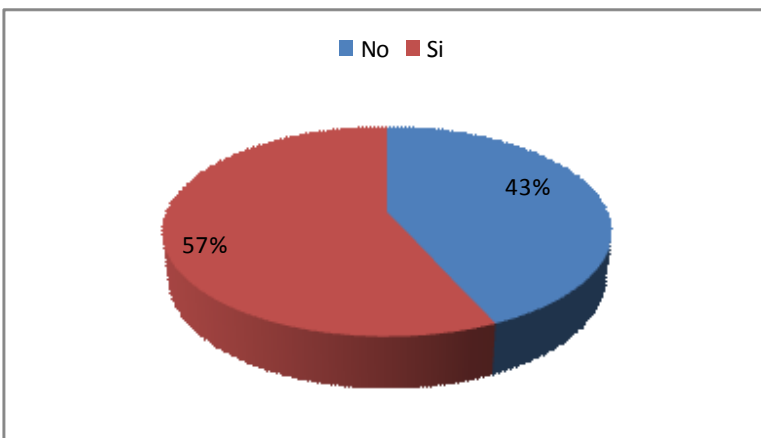
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 26. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan lumbalgia en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



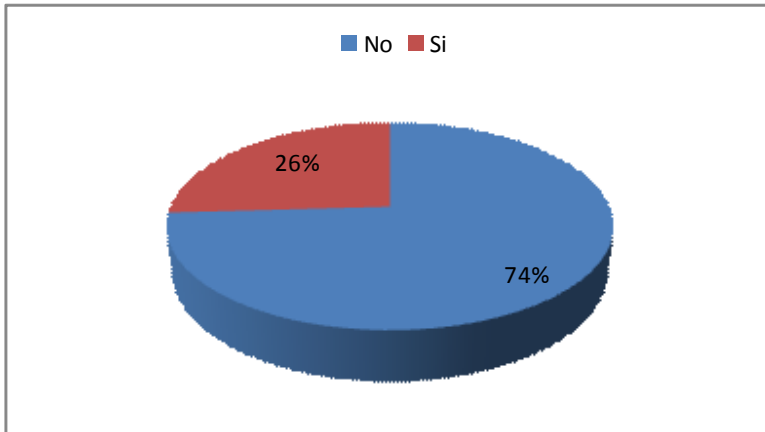
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 27. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan tendinitis en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



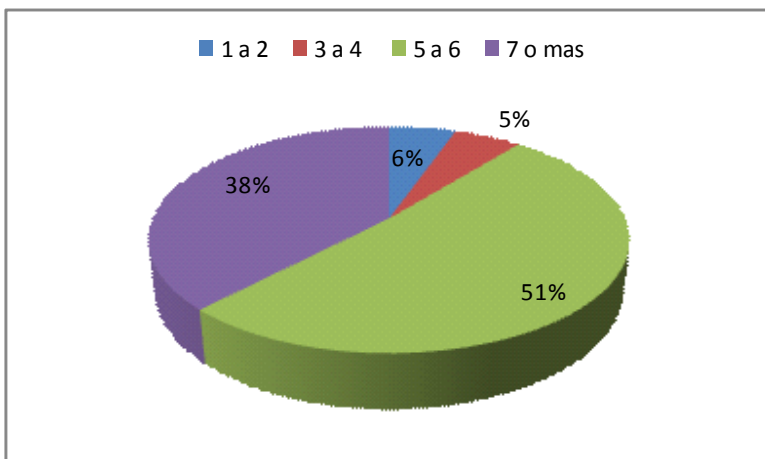
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 28. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan otro diagnóstico en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



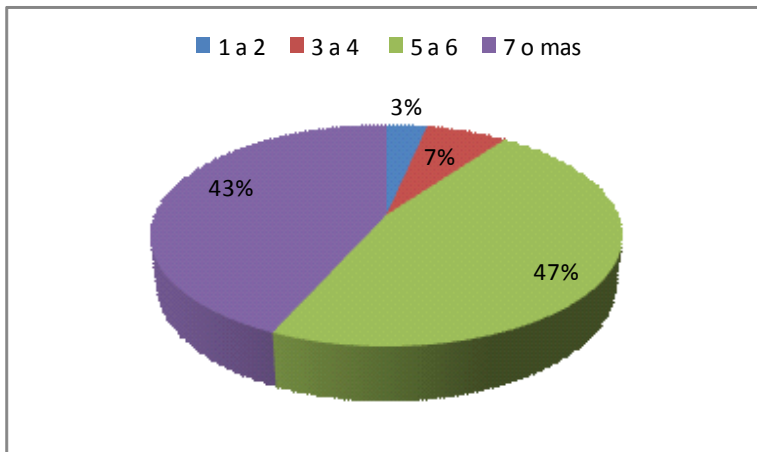
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 29. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan lumbalgia según sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



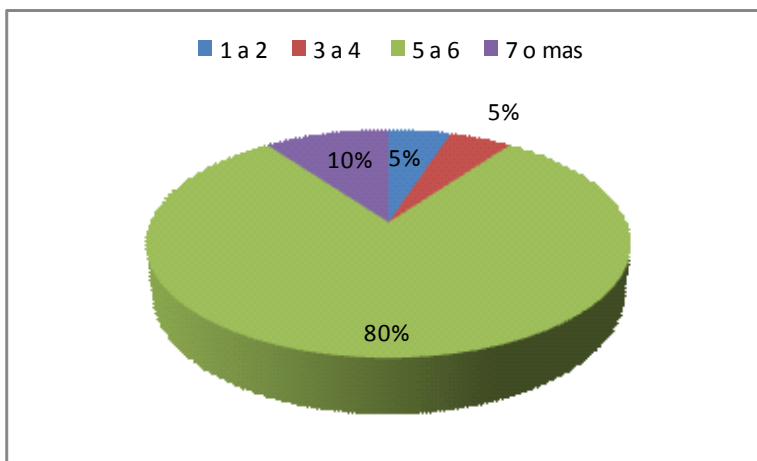
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 30. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan tendinitis según sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



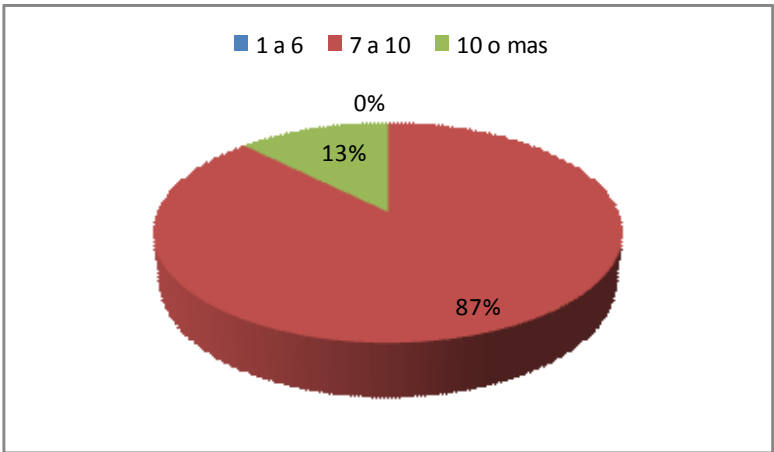
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 31. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan otro diagnóstico según sesiones realizadas en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



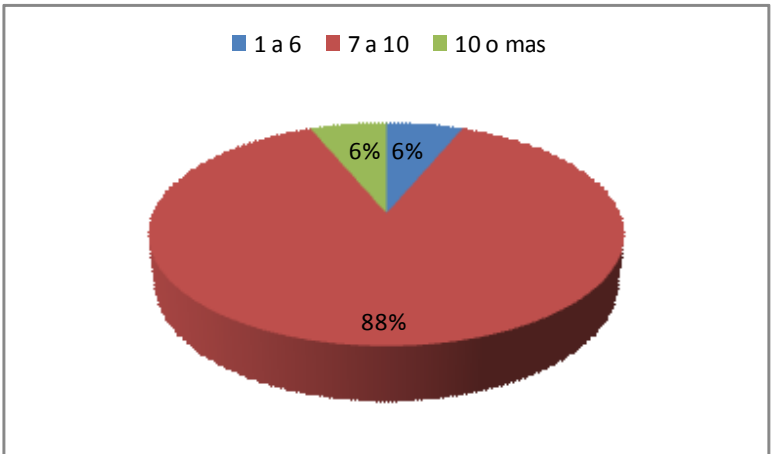
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 32. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan artrosis según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



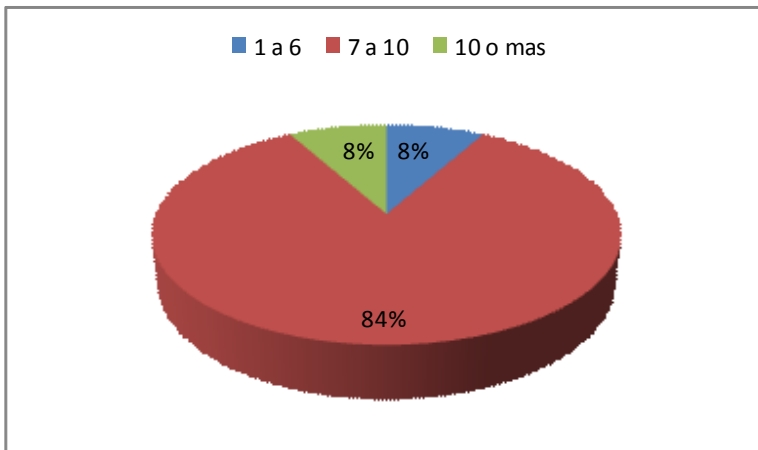
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 33. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan cervicalgia según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



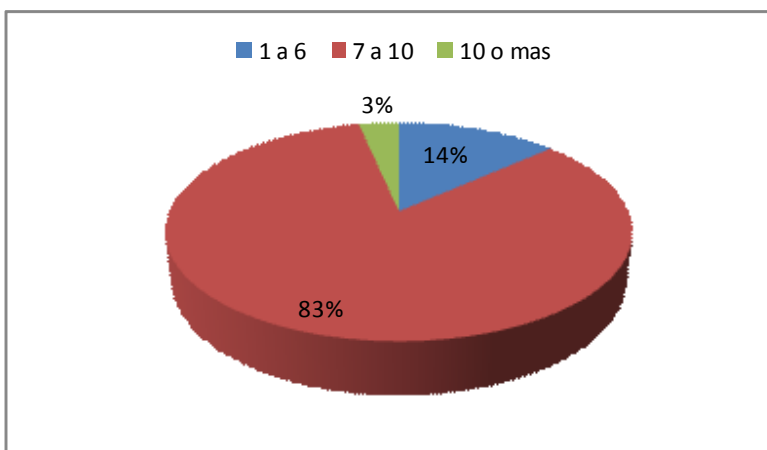
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 34. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan lumbalgia según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



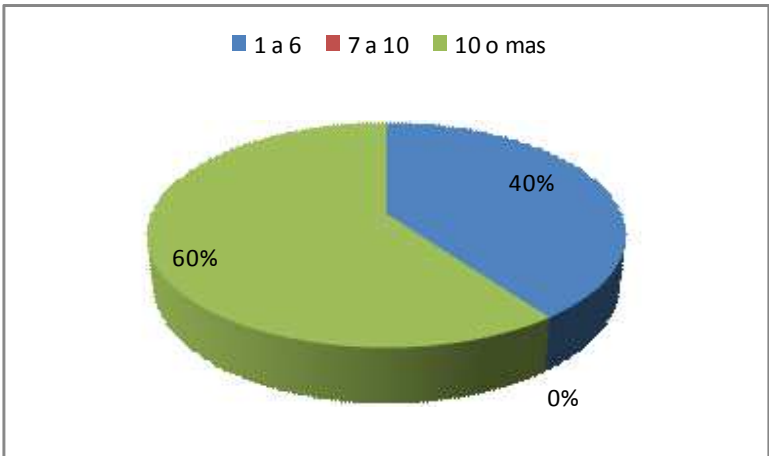
Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 35. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan tendinitis según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
 Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Gráfico 36. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento fisioterapéutico de los pacientes de tercera edad que presentan otro diagnóstico según sesiones asignadas en orden médica en el centro de rehabilitación física Fisiocenter, Quito diciembre 2013



Fuente: Revisión Historias Clínicas, realizada en diciembre, 2013
Elaborado por: Ma. Lorena Palma

Anexo 5: Siglas y Glosario

Siglas

PTE: Pacientes de tercera edad

RF: Rehabilitación Física

TF: Tratamiento Fisioterapéutico

APTA: American Physical Therapy Association

OMS: Organización Mundial de la Salud

AM: Adultos Mayores

ENC: Encuesta

HC: Historia Clínica

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Glosario

Morbilidad: Enfermedad

Comorbilidad: diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo

Vehiculización: Orientación dirección conducir

Franqueabilidad: La facilitación de las circunstancias

Envejecientes: Durar, permanecer algo o alguien por mucho tiempo en algún lugar o de alguna manera:

Expectación: Preocupación Interés Atención

Homogéneo: Semejante

Anamnesis: recolección, rememoración, recuperar la información

Intrínseco: Propio, Específico, Individual

Pletórico: Abundante, Colmado

Concomitantes: Afines Relacionados

Merma: Pérdidas Deterioros

Empíricas: Reales

Especificidad: probabilidad de que un sujeto sano tenga un resultado negativo

Copago: se utiliza en el ámbito de la medicina privada para definir la diferencia que existe entre el precio de un servicio y el valor del mismo que cubre un plan de salud. Es el monto que tiene que pagar el afiliado para acceder a dicho servicio.

Locacional: aprovechamiento temporal de cosas o servicios

Iatrogenia: cualquier tipo de alteración del estado del paciente producida por una tercera persona

Escindible: Cortar, dividir, separar:

Deviene: Acontece Sobreviene Resulta

Aprehensión: interpretación percepción

Espacialidad: proceso mediante el cual se perciben, reconocen e incluso se representan mentalmente una serie de relaciones espaciales que facilitarán la relación con el entorno

Pedada: forma de pisar en el proceso de la marcha de un individuo

Timers: temporizadores

multi-sistémico: relativo a todo el cuerpo

Polifarmacia: tipo de medicación que un paciente toma con frecuencia

Reflejos: analizadores de movimiento

Patología osteoarticular : involucran el deterioro y disfunción del sistema óseo y articular del cuerpo humano con la afección de sus estructuras internas y adyacentes como cartilago o tejidos blandos periarticulares.

Enfermedades crónicas: son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta

Déficit sensorial: presenta una alteración o deficiencia que afecta alguno de los sentidos de un individuo