

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Deserción de pacientes pediátricos con parálisis cerebral de 1 año a 8 años en
el área de rehabilitación física en Clínica San Juan de Dios Lima- 2016

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social

Presentado por:

Autor: Bachiller Milagros Faviola Palomino Crisóstomo

Lima- Perú

2017

DEDICATORIA

A mis queridos padres; por su apoyo en mi crecimiento profesional, formación de valores en toda la etapa de mi vida y compromiso con la sociedad. Por su motivación para continuar con mis estudios, forjando un camino de aspiración profesional a mi generación menor.

AGRADECIMIENTO

Al equipo multidisciplinario del servicio de rehabilitación y Clínica San Juan de Dios, Institución que forja profesionales con hospitalidad al servicio de población pediátrica en situación de riesgo.

A los docentes de la Facultad de Trabajo Social por su asesoría en el presente trabajo de investigación.

INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de cuadros	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
CAPITULO I: Planteamiento del problema	12
1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivos	17
1.4. Justificación e importancia	18
CAPITULO II: Marco teórico conceptual	20
2.1. Antecedentes	20
2.2. Bases teóricas	29
2.3. Definiciones conceptuales	39
CAPITULO III: Metodología	43
3.1. Tipo y diseño de investigación	43
3.2. Población y muestra	43
3.3. Identificación de variables y su operacionalización	44
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
CAPITULO IV: Procesamiento, presentación y análisis de resultados	46
4.1. Procesamiento y análisis de datos	46
4.2. Presentación de resultados	46
4.3. Análisis y discusión de resultados	73
4.4. Conclusión	77
4.5. Recomendaciones	78
CAPITULO V: Intervención	79
5.1. Denominación del programa	79

5.2. Justificación del problema	79
5.3. Objetivos	80
5.4. Sector al que se dirige	81
5.5. Establecimientos de conductas problemas / metas	81
5.6. Metodología de intervención	81
5.7. Recursos	82
5.8. Cronograma	83
5.9. Actividades	84
Referencia Bibliográficas	85
Anexo	89
Anexo N° 1 Matriz de consistencia	90
Anexo N° 2 Cuestionario	92

Índice de tablas

Tabla 21. Promedio porcentual de las dimensiones	47
Tabla 22. Dimensión I: Deserción de tratamiento de rehabilitación física influenciada por el factor económico.	48
Tabla 1. Pregunta 1. ¿Su ingreso económico percibido le dificultó acceder al programa de rehabilitación?	49
Tabla 2. Pregunta 2. ¿Cuál es su ingreso económico?	50
Tabla 3. Pregunta 3. ¿Considera usted que la demanda económica de su programa de rehabilitación fue?	51
Tabla 4. Pregunta 4. ¿Qué porcentaje de los ingresos familiares designo en las terapias?	52
Tabla 23. Dimensión II: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el nivel de conocimiento.	53
Tabla 5. Pregunta 5. ¿Cuál es su grado de instrucción?	54
Tabla 6. Pregunta 6. ¿Tiene conocimiento sobre el tratamiento de la parálisis cerebral?	55
Tabla 7. Pregunta 7. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene conocimiento de la enfermedad de parálisis cerebral del paciente?	56
Tabla 8. Pregunta 8. ¿Sus miembros familiares conocen del diagnóstico de parálisis cerebral?	57
Tabla 24. Dimensión III: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el lugar de origen,	58
Tabla 9. Pregunta 9. ¿Su lugar de residencia le dificultó dirigirse a la Institución para la rehabilitación de su niño?	59
Tabla 10. Pregunta 10. ¿Le dificultó trasladarse a la Institución para la rehabilitación física de su niño?	60
Tabla 11. Pregunta 11. ¿Qué tipo de transporte utilizo para trasladarse a la Institución?	61
Tabla 12. Pregunta 12. ¿Conto con el apoyo de un familiar o silla de ruedas para el traslado a la Institución?	62
Tabla 25. Dimensión IV: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el estado de salud.	63
Tabla 13. Pregunta 13. ¿Cuánto tiempo asistió a rehabilitación física?	64
Tabla 14. Pregunta 14. ¿Su estado físico del paciente le permitió asistir de manera continua a su programa de terapia?	65
Tabla 15. Pregunta 15. ¿Durante el tiempo que realizo terapia mejoró el estado de salud de su niño?	66
Tabla 16. Pregunta 16. ¿Su inasistencia en terapia se debió a problemas de...?	67
Tabla 26. Dimensión V: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el tipo de familia.	68
Tabla 17. Pregunta 17. ¿En qué tipo de familia se encuentra integrado el paciente?	69
Tabla 18. Pregunta 18. La familia es un elemento influyente para el tratamiento ¿Su familia lo apoyó durante el tratamiento de rehabilitación?	70
Tabla 19. Pregunta 19: ¿Quién de su entorno familiar le ofrece apoyo para continuar en el tratamiento de rehabilitación física?	71
Tabla 20. Pregunta 20. ¿Cuenta con apoyo familiar en los cuidados del niño?	72

Índice de cuadros

Cuadro 21. Promedio porcentual de las dimensiones	47
Cuadro 22. Dimensión I: Deserción de tratamiento de rehabilitación física influenciada por el factor económico	48
Cuadro 1. Su ingreso económico percibido le dificulto acceder al programa de rehabilitación	49
Cuadro 2. Ingreso económico percibido	50
Cuadro 3. La demanda económica en terapia	51
Cuadro 4. Porcentaje de los ingresos familiares en las terapias	52
Cuadro 23. Dimensión II: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el nivel de conocimiento	53
Cuadro 5. Grado de instrucción	54
Cuadro 6. Conocimiento sobre el tratamiento de parálisis cerebral	55
Cuadro 7. Tiempo de conocimiento de la enfermedad	56
Cuadro 8. Miembros familiares conocen del diagnóstico de parálisis cerebral	57
Cuadro 24. Dimensión III: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el lugar de origen,	58
Cuadro 9. Lugar de residencia le dificulto dirigirse a la Institución	59
Cuadro 10. Dificultad para el traslado a la Institución	60
Cuadro 11. Transporte para traslado a la Institución	61
Cuadro 12. Apoyo para traslado : de familiar / silla de ruedas	62
Cuadro 25. Dimensión IV: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el estado de salud.	63
Cuadro 13. Tiempo que asistió a rehabilitación	64
Cuadro 14. Estado físico del paciente	65
Cuadro 15. Mejoría en el estado de salud	66
Cuadro 16. Inasistencia en terapia debido a:	67
Cuadro 26. Dimensión V: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el tipo de familia.	68
Cuadro 17. Paciente integrado en familia	69
Cuadro 18. Apoyo de la familia en el tratamiento	70
Cuadro 19. Apoyo familiar para continuar en rehabilitación física	71
Cuadro 20. Apoyo familiar para cuidados del niño	72

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad de determinar los factores que influyen en la deserción del tratamiento de rehabilitación física de pacientes con parálisis cerebral de 1 año a 8 años en la Clínica San Juan de Dios Lima- 2016. **Material y método:** El estudio es de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, Para la obtención de datos estadísticos se utilizó una encuesta constituida por 20 preguntas. Considerando una muestra no probabilística constituida por 80 padres y apoderados de los pacientes pediátricos que abandonaron el tratamiento. **Resultados:** El abandono de tratamiento se ubicó 59% por dificultad en el factor económico, 56% falta de conocimiento de la enfermedad, 46% lugar de origen, 48% estado de salud, 47% por el tipo de familia. **Conclusiones:** Existe una alta incidencia de deserción de tratamiento relacionado con el factor económico, prevalece el nivel de conocimiento (secundario) pero recientemente conocen del diagnóstico. El lugar de residencia dificulto dirigirse a la Institución por la necesidad de usar transporte público, el estado físico dificulto su traslado, por el tipo de familia cuentan con apoyo de parientes.

Palabras clave: Deserción, factor económico, familia, parálisis cerebral, rehabilitación

Abstract

This present investigation has as purpose of determining the factors that influence the desertion of the physical rehabilitation treatment of patients with cerebral palsy from 1 year to 8 years in the Clinic San Juan de Dios – 2016.

Material and Method: The study is of a quantitative type, descriptive design. For the obtaining of statistical data, a survey consisting of 20 questions was used. Considering a non-probabilistic sample consisting of 80 parents and proxies of pediatric patients who abandoned the treatment.

Results: The abandonment of treatment was 59% due to difficulty in the economic factor, 56% lack of knowledge of the disease, 46% place of origin, 48% state of health, 47% by type of family.

Conclusions: There is a high incidence of treatment withdrawal related to the economic factor, the level of knowledge (secondary) prevails, but recently they are aware of the diagnosis. The place of residence made difficult to go to the Institution due to the need to using public transportation, physical condition made transportation difficult, by the type of family, they have the support of relatives.

Key words: Desertion, economic factor, family, cerebral palsy, rehabilitation.

Introducción

Una de las patologías que afecta a la población infantil es la parálisis cerebral, es una discapacidad que afecta principalmente el movimiento y la posición del cuerpo, el daño causado al sistema nervioso puede ser, parcial o total, el daño producido no solo afecta la función motora muchas veces afecta también el desarrollo del niño en su totalidad.

La parálisis cerebral muchas veces va acompañada de percepción, cognición, problemas de comunicación, conducta epilepsia y problemas músculos esqueléticos. Los niños con parálisis cerebral deben de recibir evaluaciones especializadas para determinar un pronóstico para el tratamiento. La rehabilitación constituye un soporte primordial para mejorar la calidad de vida y el logro de independencia a pesar de su patología buscando el desarrollo de las potencialidades residuales y la integración social.

En la clínica San Juan de Dios Lima se ha observado un alto índice de abandono al tratamiento de rehabilitación, por lo cual la siguiente investigación busca determinar qué factores influyen en la deserción del tratamiento de rehabilitación física de pacientes con parálisis cerebral de 1 año a 8 años en la Clínica San Juan de Dios Lima -2016; el presente trabajo se encuentra dividido en:

Capítulo I, el planteamiento del problema, que se formula el porqué del presente trabajo de investigación, se traza el problema general, los específicos cerrando con la justificación e importancia del estudio.

En el Capítulo II, tenemos al Marco Teórico, basado en investigaciones tanto en investigaciones Internacionales como las nacionales, las Bases Teóricas que respaldan nuestra investigación y el estudio de las variables del Marco Conceptual.

Capítulo III, presentamos la metodología utilizada en la presente investigación, el tipo, diseño, la población, el instrumento.

Capítulo IV, tenemos a los resultados obtenidos, luego de la aplicación del instrumento de estudio, seguido de la discusión, conclusiones y las recomendaciones.

Y finalizar con el Capítulo V, con el proyecto de investigación y el diseño de un programa de intervención en base a resultados alcanzados en el trabajo de investigación.

Capítulo I

Planteamiento del problema

1.1. Descripción de la realidad problemática

La parálisis cerebral es la primera causa de invalidez en la infancia, la invalidez constituye un problema de salud pública, por el impacto de la calidad de vida del niño con parálisis cerebral y su accionar sobre la familia.

Revista Neurológica 2008; 47(supl.1): S15-S20: dice que la parálisis cerebral es la causa más frecuente de invalidez motora en la edad pediátrica. Desde hace décadas varios países desarrollados han establecido registros que han servido para estudiar la parálisis cerebral con base poblacional. La parálisis cerebral compone una problemática de gran dimensión, debido que se asocia a deficiencias, por su cronicidad y por las implicaciones médicas, sociales y educativas.

Bechera, Benvenuto y Crespo en el 2009, en su investigación inciden en la continuidad del tratamiento fonoaudiológico en los niños con parálisis cerebral, estudio de tipo cualitativo concluye: Regularidad de la asistencia de los pacientes con parálisis cerebral al tratamiento. Se tomó en cuenta los registros y la mayoría de los profesionales afirman que los pacientes no asisten regularmente a realizar tratamiento; para la categoría: Factores que interfieren, la concurrencia del paciente con parálisis cerebral al tratamiento: se reitera múltiples factores que interfieren en la no concurrencia, se habla sobre la posibilidad familiar para llevar a un niño a tratamiento dejándose entrever que no dimensionan la importancia de la concurrencia al mismo.

Para la categoría: Compromiso de la familia con el tratamiento, menciona que el compromiso que asumen las familias pueden variar, la familia suele pasar por momentos de angustia y desilusión al no ver los avances esperados. La colaboración es fundamental a lo largo de todo proceso terapéutico y algunos deben ser tratados en el hogar, sin embargo, también se discrepa: Caso 2 “el compromiso pasa por la falta de información, el centro los puede acompañar. Darles pautas y que ellos nos puedan acompañar en el tratamiento. También se expresa que la mamá es la que tiene mayor compromiso que el papá, asumiendo ella la mayor responsabilidad de acudir al tratamiento con el niño.

Según La Academia Americana de Pediatría en el año 2017 nos dice, los niños con parálisis cerebral tienen una invalidez; en el área del cerebro que controla el movimiento y el tono muscular, algunos con un nivel de inteligencia normal a pesar de las dificultades en el movimiento y control motor.

La OMS en el 2013, informa que la parálisis cerebral es un conjunto de condiciones que afecta a 3 o 4 de cada 100 nacidos vivos, problemas de postura y movilidad, como consecuencia del daño al sistema nervioso central en el desarrollo embrionario o durante la niñez, lesión no generativa.

Rebolledo en el 2013, según el último estudio social refiere que la prevalencia global de la parálisis cerebral se sitúa entre 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos. La parálisis cerebral es una de las causas más frecuentes de invalidez física entre la población infantil; también refiere que en España de cada 1000 nacidos vivos 2 nacen con parálisis cerebral, las probabilidades de padecer parálisis cerebral tampoco varían en función a la raza y condición social.

La Asociaciónes Unidas Norteamericanas De Parálisis Cerebral informa que en Estados Unidos se reportan más de 500,000 personas con parálisis cerebral, pese a las mejoras de cuidados intensivos para la supervivencia de los bebés prematuros las cifras han aumentado en los 30 últimos años.

La mayor prevalencia de parálisis cerebral se da en los adolescentes mayores de 15 años y más. Antes aproximadamente en el siglo XX, se reportaron bajos índices de niños con parálisis cerebral en la edad adulta, en la actualidad se han realizado mejoras en la calidad de salud, rehabilitación, atención médica, tecnologías asistidas. Citado en Parálisis Cerebral: Esperanza en la investigación. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. 2007. (Citado 23 de Junio 2013).

Hablar de esta patología con los padres es tocar emociones encontradas, muchos grupos familiares viven un largo proceso de aceptación y duelo que requiere del soporte de un equipo multidisciplinario (Médicos, terapeutas, psicólogos, trabajadora social)

Si bien hay pocos estudios que fundamenten científicamente la problemática de la deserción, por lo cual se busca abordar que factores pueden intervenir como causales de la deserción de pacientes pediátricos con parálisis cerebral en el área de rehabilitación.

La deserción es una problemática a nivel mundial que afecta el estado de salud de los niños y la dinámica familiar. La intervención de la familia es el soporte al tratamiento y de los resultados favorables en la rehabilitación física.

En el 2011 y 2012 se realizó un estudio; Hospital Cayetano Heredia con referencia a niños con parálisis cerebral, incluye 81 niños, el 53.1% fueron varones, parálisis cerebral espástica fue la más frecuente (72.8%), encefalopatía hipoxica isquémica (28.1%) las malformaciones cerebrales (28.1%) como principal causa. La edad media al momento del diagnóstico es de 4 a 3 años. El tiempo de espera para ser atendido en terapia física es de 2 meses aproximadamente. Se concluye en la investigación; el diagnóstico es muy tardío, el tiempo de espera prolongado. Se requiere protocolos y mayor eficiencia para atender de forma adecuada se requiere de un manual de protocolos para la atención oportuna de la población infantil en alto con esta enfermedad.

El INEI en el 2013 informo que la población cuenta con 88.6% de una discapacidad y no ha recibido tratamiento / terapia de rehabilitación y solo el 11.4% si realizo un tratamiento terapéutico. Se menciona 46.1% realizo terapia de rehabilitación física, 11.0% terapia de lenguaje, 3.6% terapia ocupacional, 5.4% otro tipo de terapia.

La Clínica San Juan De Dios es una Institución especializada que brinda servicios de salud en la especialidad de ortopedia y rehabilitación física. Se encuentra ubicada en la Av. Nicolás Ayllon 3250 - San Luis, cuenta con 35 especialidades, servicio de centro quirúrgico, hospitalización y rehabilitación para un tratamiento oportuno.

La Clínica San Juan de Dios brinda programas de apoyo en el área de rehabilitación para mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos mediante un programa de rehabilitación, con una programación de dos a tres meses. Y a pesar de contar con programas de apoyo se ha presentado un alto

número de pacientes que han desertado del tratamiento de rehabilitación, problemática que nos lleva a realizar la investigación para el diseño de una estrategia (Plan) que ayuden a disminuir la deserción del tratamiento de rehabilitación de pacientes pediátricos.

Un gran porcentaje de los casos de deserción implica la falta de recursos económicos, el proceso de duelo, el periodo de aceptación que van ligados al nivel educativo del grupo familiar primario y secundario. La deserción de pacientes pediátricos es una problemática que lleva a complicaciones con el estado de salud, acudiendo un alto índice a intervenciones quirúrgicas y clasificándolos como pacientes de en alto riesgo, por ello la importancia de la siguiente investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué factores influyen en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en pacientes con parálisis cerebral de 1 año a 8 años en clínica San Juan de Dios Lima - 2016?

1.2.2. Problemas específicos

a) ¿En qué medida el factor económico influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos?

b) ¿En qué medida el nivel de conocimiento de la familia influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos?

c) ¿En qué medida el lugar de origen influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos?

d) ¿En qué medida el estado de salud del paciente influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos?

e) ¿En qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física de los pacientes está influenciada por el tipo de familia?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar qué factores influyen en la deserción del tratamiento de rehabilitación física de paciente con parálisis cerebral de 1 años a 8 años en la Clínica San Juan de Dios Lima- 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

a) Identificar en qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física está influenciada por el factor económico.

b) Identificar en qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física está influenciada por el nivel de conocimiento de la familia.

c) Conocer en qué medida el lugar de origen influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos.

d) Conocer en qué medida el estado de salud del paciente influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos.

e) Identificar en qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física está influenciada por el tipo de familia.

1.4. Justificación e importancia

Sabemos que el desarrollo físico, conductual normal y anormal de todas las personas y de manera muy especial la del niño es llevada a cabo a través de la maduración de las aéreas o zonas funcionales del cerebro que manejan la conducta sensitivo- motora, mental-psíquica, lenguaje, afectiva-social y emocional; La parálisis cerebral es un síndrome cuyo origen es mayormente congénito y cada vez se hace más presente por su alto índice de casos actualmente es un problema de salud pública. Según Simón Gómez López, Víctor Hugo Jiménez, Cervia Margarita Palencia Gutiérrez, Martha Hernández, Alva Guerrero en un estudio de Parálisis Cerebral en el 2013 en Venezuela.

De acuerdo a Betés de Toro 2008 y Campo Verde 2015 indica que la parálisis cerebral se ubica en el grupo de atención prioritaria pues es una patología limitante del movimiento; la meta de la atención médica no es curarla, sino aumentar la funcionalidad, capacidad, interacción social e independencia del paciente, Betés de Toro, 2008 en su obra farmacología para fisioterapeutas y Campoc Verde en su obra, Evaluación de niños de 2 a 6 años con parálisis cerebral espástica de acuerdo a la mediada de la función motora gruesa.

Un paciente sin una rehabilitación física oportuna se encuentra en alto riesgo de deteriorar más su estado de salud, la patología de parálisis cerebral involucra una participación activa de la dinámica familiar con cada caso social del servicio; por lo que consideramos que la participación y el compromiso de la familia es muy importante en el proceso de recuperación a través de la rehabilitación del menor , creemos que al no existir estudios que nos permitan conocer los factores que inciden en la deserción de los familiares para la continuidad. Por lo cual se considera que el presente estudio tendrá como relevancia identificarlos factores que influyen la deserción del tratamiento de rehabilitación física. Como también ayudara a Trabajadoras Sociales a implementar nuevas estrategias y caminos al cuidado de una población en alto riesgo y fomentar de esta manera una mejorar la calidad de vida, donde implica diseño alternativas de solución desde una participación activa de la población en el servicio de rehabilitación física.

CAPÍTULO II

Marco teórico conceptual

2.1. Antecedentes teóricos

Con respecto al tema de la investigación se seleccionó los estudios que guardan cierta similitud con el estudio.

2.1.2. Antecedentes internacionales

1. Álvarez (2016): “Frecuencia y factores que influyen en el abandono del tratamiento oncológico” (Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias médicas con Especialidad en medicina Interna). Universidad de San Carlos De Guatemala.

La adherencia al tratamiento oncológico es fundamental para la eficacia de los regímenes terapéuticos. La definición más común en caso de incumplimiento es la pérdida de la dosis más de una vez a la semana cuando debería haberse tomado.

La definición de abandono es: es la terminación de una relación con los médicos y el personal del tratamiento. El abandono de tratamiento de cáncer tiene diversos factores entre ellos: dificultad de adherencia al tratamiento, efectos secundarios, estado emocional, economía del paciente, el apoyo de la familia y el nivel educativo.

El presente estudio prospectivo descriptivo: Se realizó en el 2013 a 72 casos de pacientes con cáncer que fueron diagnosticados y recibieron quimioterapia en el año 2013 en la Unidad Oncológica del Hospital Regional

Occidente, se utilizó una boleta de recolección de análisis estadísticos: univariado, el 57 % de los pacientes que reciben tratamiento oncológico lo abandonan. La falta de recursos económicos fue la principal causa de abandono con el 41%, el 100% de los pacientes tienen salarios mensuales inferiores a Q 3000.00 el gasto promedio para el tratamiento es de Q.926.00 (Q3704.00 por mes).

La toxicidad del tratamiento fue la segunda razón en 23% y la muerte como tercera causa de abandono represento el 11% influyendo enormemente la calidad de vida, se utilizó la escala ECOG.

2. Magaña, Torres (2012). “La deserción de pacientes del centro Atención Psicológica (CAPS), desde un punto de vista en primera persona.” (Tesis para optar el Título al grado de Licenciado en Psicología) Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

La siguiente tesis establece un contrapunto entre la experiencia en 1ra. Persona y las descripciones en 3ra. Persona de dicha experiencia. Todo dentro del contexto de la deserción de los pacientes atendidos en el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la escuela de psicología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Un gran porcentaje de la población atendida es infantil los cuales no son considerados en la investigación, la muestra de estudio fluctúa entre pacientes de 21 a 48 años, de diferentes actividades laborales y estudiantiles; de distinta situación familiar, de pareja y pacientes de ambos sexos.

El número total de pacientes atendidos en el CAPS en los años 2010 asciende a 288 casos y de ellos casi el 70% corresponde a mujeres, por lo consiguiente la muestra recolectada corresponde a 8 mujeres y 2 varones

En el presente trabajo se esperaba encontrar cierta frustración o recelo en los pacientes desertores. En la presente investigación dio como resultado que las experiencias en primera persona han sido muy diferentes a las expresadas por sus terapeutas las pacientes hace referencia a no disponer de tiempo, problemas de salud, actividades surgidas en el mismo horario de las sesiones, otro resultado que se vio es la actitud del personal de psicología ; no se logró sostener vínculos duraderos de buena calidad, otro grupo de terapistas refiere que las causa de deserción se debe a los problemas conyugales en la familia , según el estudio nos indica de no asisten por problemas de salud, también tenemos como indicador al abandono; el estado de felicidad que alcanzo el paciente , la oportunidad de estudiar en el mismo horario de la terapia; demanda determinar prioridades para el desarrollo de la persona lo cual obliga al abandono del tratamiento.

3. Barriga (2012). "Abandono al tratamiento psicoterapéutico en el área de la consulta externa Hospital Psiquiátrico San Lázaro 2012." (Informe final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico) Facultad de Ciencias Psicológicas. Universidad Central de Ecuador.

En la siguiente investigación , la mayoría de pacientes que abandonaron el tratamiento psicoterapéutico experimentaron mejoría y disminución de la sintomatología en las etapa del inicio, lo cual demuestra en cierto modo la

eficacia de las técnicas y métodos utilizados en la rapidez de resultados y el verdadero motivo para el abandono de este .La investigación muestra que el 73% que presenta la mayoría , se le diagnostico trastorno y episodios depresivos, el 70% de pacientes luego del abandono del tratamiento refieren que sus síntomas empeoraron y aumentaron . La mayoría de pacientes que abandono el tratamiento son jóvenes con edades aproximadas entre 23 y 28 años y representa el 58% de la muestra, paciente que en su mayoría son solteros que estudian y trabajan. Es importante mencionar que esta población asiste al Hospital Psiquiátrico; son personas con recursos económicos bajos y regulares, se destaca también que la atención en este centro de salud mental es gratuita y la medicación si el paciente lo amerita, por lo tanto, no abandona el tratamiento por motivos económicos.

4. Otero, Flores, Méndez, Mora y Leal (2012): “Factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento médico por pacientes pediátricos con leucemia aguda. Instituto Nacional de Pediatría México.

Tiene como objetivo del presente estudio determinar la frecuencia de abandono al tratamiento médico por leucemia aguda por pacientes pediátricos en base a las características psicosociales y estado de la enfermedad. Donde se revisaron 134 casos clínicos a lo largo de atenciones continuas en 5 años. Se obtiene como resultados de una cuarta parte:

El valor socioeconómico resulto representativo para el abandono del tratamiento, por lo cual la pobreza sigue como principal factor. Sin embargo, se constató que una considerable mayoría de usuarios está situada en pobreza extrema recibían un tipo de apoyo económico, lo que siguiere que el abandono

del tratamiento médico se debe a procesos cognitivos y emocionales que los propios pacientes y sus familias experimentan ante la enfermedad. Se destaca la importancia de la intervención psicológica, así como la necesidad de estas se concreten, investigaciones adicionales que analicen dichos procesos.

5. Moreno, Rozo, Cantor (2012): “Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios Psicológicos”. Universidad Católica de Colombia.

El presente estudio tuvo como propósito describir las características de los motivos de permanencia y abandono terapéutico de los consultantes de la Unidad de Servicios Psicológicos Universidad Católica de Colombia entre los años 2007 y 2008. El tipo de investigación fue de tipo descriptivo. Los participantes fueron los consultantes que asistieron. El muestreo fue de tipo censal puesto que se tomaron todos los usuarios y se analizó datos que finalmente respondieron los instrumentos, así como las historias clínicas de los usuarios. Los resultados permitieron identificar que el principal motivo por el cual los usuarios abandonan el servicio está relacionado con dificultades económicas para su desplazamiento. Las variables analizadas para permanecer o abandonar el tratamiento, el proceso terapéutico, al consultante, al terapeuta y la relación consultante- terapeuta, presentan un compartimiento similar.

2.1.2. Antecedentes nacionales

1. Cazorla (2015). “Análisis de los factores que determinan la deserción de pacientes en la Clínica Odontológica Universidad Católica De Santa María Arequipa.”

El presente estudio de investigación fue realizado para determinar e identificar las causas y factores predisponentes que inducen al abandono de tratamientos odontológico en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María en la ciudad de Arequipa en el año 2015.

Se realizó con una muestra de 120 pacientes en el mes de Julio del año 2015, en Pregrado y Postgrado, que fueron seleccionados de acuerdo a los casos de deserción en la Clínica Odontológica de la universidad, teniendo en cuenta códigos de inclusión y exclusión que se elabora para la realización del presente estudio.

La muestra fue obtenida, mediante encuestas laboradas de acuerdo a la problemática de este estudio, entregadas a los pacientes para su respectivo llenado y posteriormente se recolecto las encuestas para su contabilización de resultados y documentar el procedimiento.

Se logró determinar que el grupo femenino acudió en mayor porcentaje en relación al sexo masculino; la edad que primo según este estudio fue entre 20 a 29 años : La distribución de pacientes entre cuarto, quinto año y Especialidad fue proporcional ; la diferencia que transcurre en sala de espera para la atención entre pregrado y postgrado fue mínima, el ingreso mensual de

los casos por encima de los mil soles ; las recomendaciones para una atención Odontológica de un paciente a otro, es alto; el costo de tratamientos ofrecidos la Clínica Odontológica se muestra como aceptable; en calidad sobre la atención odontológica se observó que entre una regular atención y buena no hay diferencia significativa; y es el principal motivo para no continuar con un tratamiento hasta el alta, es la falta de tiempo por parte del paciente.

2. Dalens (2012). “Factores que inducen al abandono de tratamiento de tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac – San Martín – Los Olivos” (Tesis para optar el Título De Licenciada en Enfermería)

Un problema que afecta a la salud pública en el Perú son los casos de deserción al tratamiento de Tuberculosis, con el abandono del tratamiento se ha incrementado el número de morbilidad, por lo cual se expone a un gran número de la población al contagio precediendo a la resistencia bacteriana. Por lo cual es de importancia conocer cuáles son los factores que pueden inducir al abandono de tratamiento entre la población con esta enfermedad.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, observacional y con diseño descriptivo, la población considerada para el estudio son todos los casos que abandonaron el esquema I de tratamiento, muestra de 70 pacientes afectados por tuberculosis, en la visita domiciliar se aplicó un cuestionario estructurado

Se estudiaron 258 casos de pacientes, donde predominó la población masculina con un 94.6 % y el 45% tenía una edad que fluctúa entre 21-40 y el 60.9% años está en condición de soltero, con bajo nivel económico 67.8%, el

45.3 % presento efectos secundarios al tratamiento, 65.1% presento dificultad de movilidad para trasladarse a la Institución de Salud.

Como principal indicador tenemos que destacar al sexo masculino, el ingreso económico y la necesidad de utilizar un servicio de transporte para llegar al puesto de salud y concluir con el tratamiento.

3. Coello, Rojas (2015). "Falta de adherencia en la terapia física en pacientes con dolor y trastornos músculos esqueléticos: Incidencia y factores de riesgo". Para optar el título profesional de: Licenciado en Tecnología Médica en la Especialidad de Terapia Física.

En la siguiente investigación busca conocer la incidencia y los factores asociados a la falta de adherencia causadas por el dolor al programa fisioterapéutico en Lima- Perú.

El estudio de retrospectivo incluyó pacientes nuevos y antiguos en el cual se mide la y los factores demográficos que no permitieron asistir al tratamiento.

Se calcula que la falta de adherencia (menos a 8 sesiones asistidas), los factores demográficos. Se calculó los riesgos relativos crudos y ajustados (RRA). En los resultados se concluye a 549 pacientes, 68.3% fueron mujeres, 37.2% tuvieron 60 años a mas, las lesiones más frecuentes se ubicaron en el miembro inferior (34.2%) y dorso lumbar (24.6%). Se encontró una incidencia de falta de adherencia de 54.6% (IC95%:52.2 A 60.7%) y estuvo asociada con residir lejos de la clínica (RRa: 1.34; IC95%:1.16 a 1.57) y tener menos de 40 años (RRa: 1.27%; 1.04 a1.54).

Podemos concluir que se halla un alto índice en la falta de adherencia al tratamiento por la distancia y la edad del paciente por lo cual se debe investigar e indagar nuevas estrategias para disminuir el abandono.

4. Bonilla (2016): “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en la región Callao, Perú, años 2010-2012”. Para optar el grado académico de Magister en Salud Pública con mención en Gestión de Servicios de Salud.

En el siguiente trabajo se identificaron los factores que desencadenan el abandono del tratamiento de tuberculosis multidrogo resistente en la región Callao: no tener conocimiento de esta problemática de salud social, no creer en la curación, no tener apoyo social, no considerar adecuado el horario del establecimiento de salud para administrar el tratamiento, no haber recibido información sobre los resultados del laboratorio, en la dimensión biología humana, se identificó los factores de riesgo al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis como el no haber sentido mejoría en el estado de su salud durante el tratamiento, en la dimensión ambiente se identificó los factores, el grado de instrucción, tener un ingreso familiar hasta 750 soles, el tener que recorrer una distancia al establecimiento de salud mayor a 1 hora, el no tener conocimiento de la enfermedad, el no creer que se curara, el no tener apoyo familiar, el no tener apoyo social, en la dimensión estilos de vida, se identificó como factor de riesgo asociados al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en la región Callao, el consumo de terokal, consumo de cigarrillos 3-4 por día.

Estos hallazgos sugieren la necesidad de la identificación precoz de aquellas condiciones que podrían convertirse en factores de riesgo, así como la identificación los casos que potenciales que podrían abandonar el tratamiento, lo cual ayudara a implementar preventivamente intervenciones rápidas, efectivas y de alto impacto. Por ende, el desarrollo de actividades para enfrentar con éxito este desafío de salud pública.

5. Gonzales (2015): “Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el Hospital de Belén de Trujillo”. Para obtener el Título de Médico Cirujano.

La siguiente investigación tiene como objetivo determinar los factores vinculados al abandono del control de cáncer de cuello uterino en el Hospital de Belén de Trujillo. Se realizó un estudio de tipo analítico, observación al, retrospectivo de casos y controles. Se estudió una población de 100 mujeres; la cual fue distribuida en 2 grupos el primero que se realizó el tamizaje y el otro no realizo el tamizaje. Ambos grupos acudieron a consultorio de ginecología.

Como resultado del análisis estadístico sobre las variables tenemos: El estado civil soltero, instrucción primaria, procedencia rural, nivel socioeconómico bajo.

2.2. Bases teóricas

Parálisis cerebral

Ligado a trastornos neuromotores que dificulta el envío de mensajes hacia los músculos producto de la lesión en el cerebro prematuro y suele asociarse con alteraciones sensitivas, perceptivas, psicológicas (Richard F. 2005, pág.167)

Estas lesiones pueden ocurrir en el periodo prenatal (antes del parto), perinatal (durante el parto) o post-natal (después del parto). (López J. 2008, pág. 219).

Estos autores también dan a conocer que sobre la parálisis cerebral es de carácter persistente, no es progresiva del tono, postura y movimiento en un cerebro inmaduro. Un cerebro puede considerarse maduro aproximadamente a los 3 años de vida. Por ende, cuando se produzca una agresión en el cerebro del infante antes de los 3 años, se le denomina parálisis cerebral.

Esta patología fue descrita por primera vez por el ortopedista Sir Francis W. Little, en 1861, quien fue el primero en relacionar la asfixia intraparto con la aparición de una lesión permanente del SNC, que se manifestaba por una deformidad física postural (Little, 1861). El aporte de Little fue sección i trastornos motores crónicos de origen encefálico tan importante que a finales del siglo XIX la parálisis cerebral era conocida como “enfermedad de Little”. Fue Sigmund Freud quien cambio el concepto de “parálisis cerebral = hipoxia cerebral” por el de “parálisis cerebral= diferentes daños que afectan el área motora cerebral en distintos momentos del desarrollo” y quien sentó las bases de la clasificación etiológica y topográfica que se utiliza hasta hoy (Freud, 1897)

Clasificación de la parálisis cerebral

Parálisis cerebral espástica:

Se presenta con el aumento del tono muscular (hipertonía), elevado grado de rigidez muscular (espasticidad) con movimientos exagerados y pocos coordinados: en las piernas a veces estas pueden cruzarse en la zona de las rodillas dificultando la marcha, en los brazos o la espalda. Se puede

experimentar temblores o sacudidas incontroladas por el cuerpo, las cuales interfieren en el control del movimiento.

Parálisis cerebral discinética o atetósica:

Afecta el tono muscular, pasa de estados de hipertonia a hipotonia, estas alteraciones provocan descoordinación y falta de control del movimiento, los cuales son lentos y retorcidos. Estas desaparecen con el estado del sueño.

Este tipo de parálisis afecta principalmente el movimiento de las manos, brazos, piernas, pies tanto para sentarse y caminar, también afecta los músculos de la cara y la lengua, por lo cual se presentan las muecas involuntarias y el babeo. Se presenta disartria y con el estrés emocional disminuye la capacidad de controlar los movimientos.

Parálisis cerebral atáxica:

Se presenta con la marcha defectuosa, problemas del equilibrio, descoordinación de la motricidad fina que dificultan los movimientos rápidos y precisos (como abrocharse el botón, atarse los pasadores). La marcha es inestable separando mucho los pies. Se puede sufrir de temblores de intención, es decir al comenzar un movimiento voluntario como coger un objeto se produce un temblor en la parte implicada en este caso la mano empeorando cuando uno se acerca al objeto deseado.

Parálisis cerebral mixta:

Las personas con parálisis cerebral presentan combinación con los tipos anteriores mencionados especialmente la espástica con la atetósica.

Según la parte afectada: Tenemos

Hemiplejía o hemiparesia: Se encuentra afectado uno de los lados del cuerpo (derecho- izquierdo).

Diplejía o diparesia: Se encuentra más afectada la mitad inferior del cuerpo.

Monoplejía o monoparesia: Se encuentra afectado un solo miembro.

Triplejía o triparesia: Se encuentra afectado tres miembros.

Cuadriplejía o cuadriparesia: Se encuentra afectado los 4 miembros.

Deficiencias asociadas:

La parálisis cerebral infantil no solo se manifiesta con lesiones de tipo motor por lo general se asocia a otras deficiencias.

Deficiencia mental

Es la deficiencia más persistente en la parálisis cerebral, pues en 70% de los casos de la población presenta esta problemática. Por el número de extremidades superiores e inferiores afectadas con el riesgo de presentar retardo mental. En niños con hemiparesia el 60% tiene inteligencia normal. En la cuadriparesia espástica del 70 al 80 % tienen retraso mental. En algunos casos de PC puede ser tan sutil que se manifieste solo como problemas de aprendizaje, visuales, de psicomotricidad y lenguaje, que pueden ser las manifestaciones más leves, e incluso pueden no relacionarse con la PC.

Epilepsia

En una revisión personal de 100 casos de parálisis cerebral infantil, se encontró que el 46% de los pacientes presentaban crisis epilépticas, de estas las crisis tónico clónico generalizadas fueron las más frecuentes en un 29%. Posteriormente las crisis parciales simples en 22%.

La dificultad se manifestó en el primer y segundo año de vida con retardo mental grave y hemiplejia adquirida luego del nacimiento. Los casos que presentan crisis mioclónicas, espasmos infantiles y estado de mal epiléptico neonatal son lo que tienen peor pronóstico.

Problemas de lenguaje

Los problemas de lenguaje se pueden dividir en 3 grupos.

Disfunción oromotora (producción de palabras)

Disfunción de procesamiento central (trastornos del lenguaje)

Disfunción auditiva (hipoacusia)

Se pueden presentar más de una de las alteraciones en un mismo paciente.

La disartria es un problema común en pacientes con PC extra piramidal y los problemas de expresión y procesamiento central en los pacientes con cuadriparesia espástica con retardo mental.

Parálisis pseudobulbar

Es una de las manifestaciones frecuentes en niños con PC, se manifiesta por succión débil descoordinada, protrusión lingual, problemas de deglución.

Posteriormente presentan sialorrea, desnutrición y en algunos casos bronco aspiración con neumonía secundaria por la problemática de la deglución. La salivación constante no es por exceso en la producción sino por no deglutirla adecuadamente y ocasiona humedad persistente, irritación de la piel en la cara y mala higiene bucal.

Deficiencias asociadas

Trastornos visuales

Se presenta con trastornos oculares, estrabismo, nistagmos y problema de refracción, ambliopía, defectos de los campos visuales e incluso ceguera. Se han reportado estudios donde se ha determinado que hasta el 70% tienen alteraciones de la agudeza visual y 50% estrabismo.

Problemas urinarios

El 40% de los casos con parálisis cerebral presenta sintomatología urinaria como incontinencia urinaria y poliuria, falta de control de esfínteres urinarios, presentante micción continúa por falta de relación de piso pélvico. La falta de movilidad del paciente y la deficiencia mental incrementan el problema.

Problemas de conducta

El déficit de la atención con hiperactividad e impulsividad son muy comunes en niños con PC y alto rendimiento intelectual. También los niños con deficiencia mental presentan conductas destructivas, repetitivas y estereotipadas además de auto agresivas, varios sordera; sobre todo en casos de infecciones pre y postnatales, cuando hay hiperbilirrubinemia e hipoxia. Se presentan también problemas del sueño por apneas de tipo obstructivo que ocasionan una fragmentación del sueño.

Diagnostico:

Neuroimagen: Se recomienda realizar una neuroimagen en todos los niños con PC. Si es lactante se puede realizar inicialmente una ecografía transfontanelar, pero en la actualidad la prueba más específica es la RM. Si existe la sospecha de infección congénita puede plantearse la realización de TAC craneal para visualizar mejor las calcificaciones. También sirve para confirmar la existencia, localización y extensión de la lesión, e incluso la etiología.

EEG: No es necesario para el diagnóstico, pero dado que un gran porcentaje de niños con PC desarrollan epilepsia, se recomienda para la detección de los pacientes con más riesgo y para el seguimiento de los que hayan presentado crisis comiciales.

2.2.2. Tratamientos y Rehabilitación

Debido a las múltiples fases clínicas, el tratamiento deberá ser multidisciplinario, por lo tanto, la colaboración de pediatra, neuropediatra, rehabilitadores, ortopedistas, urólogo, gastroenterólogo, cirujano pediatra, oftalmólogo, dentistas, psicólogos, terapeuta de medicina física, lenguaje, maestro de educación especial y trabajadoras sociales, serán de gran importancia.

Actualmente la parálisis cerebral no tiene cura, los niños que la padecen pueden mejorar sus capacidades se realizan un tratamiento. No depende una terapia específica para los niños que padecen de parálisis cerebral. Cada niño cuenta con un plan de rehabilitación según a las necesidades que presenta. El tratamiento cambiara según el crecimiento y la evolución del niño. Para cada niño se establece un plan establecido por el equipo multidisciplinario, con la colaboración de la familia.

En ocasiones se centran únicamente en posibilidades de caminar, dejando de desarrollar las habilidades que les permitan alcanzar mayor autonomía, el tratamiento debe ser oportuno; mientras más pequeño es el paciente, los resultados son satisfactorios superando las discapacidades y aprender nuevas destrezas para la vida diaria.

2.2.3. La parálisis cerebral a lo largo de la vida: Etapa Infantil, los primeros 6 años. Atención temprana

La intervención temprana, conociendo el diagnóstico hasta los 6 años de edad, tiene como meta proporcionar la estimulación y las experiencias

necesarias para desarrollar capacidades afectadas por la parálisis cerebral. Este plan estimulara las funciones del desarrollo, mejorara las habilidades motoras y proporcionara las conductas individuales y sociales de acuerdo a su edad.

La colaboración de la familia se tendrá que darse desde el primer momento para el soporte de las terapias en el domicilio.

Objetivos de la atención Temprana:

Facilitar condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas, que favorezcan al crecimiento y el desarrollo integral del niño con parálisis cerebral.

Proporcionar estímulos, estrategias que favorezcan para el proceso de maduración y aprendizaje.

Fomentar la socialización del niño, comportamientos necesarios para las responsabilidades de la vida cotidiana.

2.2.4. Papel de las familias en desde la intervención logopedia

Madrigal (2007) indica que cuando aparece una discapacidad, como la parálisis cerebral en el entorno familiar, no solo se altera la vida de la persona afectada, sino que también esta patología influye en el entorno familiar.

Los primeros momentos, antes y después de la comunicación del diagnóstico son cruciales para las familias ya que pasan por una fuerte conmoción emocional y es de impacto en el funcionamiento familiar. Las familias están expuestas a un mayor estrés al enfrentarse a las necesidades, dificultades y exigencias inesperadas que provocaran una reorganización familiar en la estabilidad familiar (Badia, 2006; Madrigal 2007).

Madrigal señala que es necesario que los padres de estos niños reciban información precisa y completa sobre la esta discapacidad, Y orientar a no esperar para interactuar con otro niños, servicios y tratamientos para mejorar las necesidades del afectado.

Badia (2006) refiere que las dificultades en el funcionamiento familiar, se encuentra problemas de autonomía personal, demandas de cuidados, ausencia de apoyo social y recursos familiares.

2.3. Definición conceptual

Abandono:

La falta de atención y cuidados por parte de los familiares o personas apoderadas de un niño o persona de la tercera edad; afectando severamente al individuo a nivel físico, psicológico y emocional.

Lugar de origen:

Según Pérez Porto Julián y Gardey Ana (2013), Del latín procedens, procedencia es el origen de algo o principio de donde se nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar la nacionalidad de una persona.

Conocimiento:

Señalan Tsukas y Vladimirov (2001) el conocimiento es la capacidad individual para realizar distinciones o juicios en relación a un contexto, teorías o ambos, la capacidad para emitir un juicio implica dos cosas: la habilidad de un individuo para realizar distinciones, la situación de un individuo dentro de un dominio de acción generado y sostenido colectivamente.

Deserción:

La palabra deserción proviene del verbo desertar que significa abandonar o dejar de hacer algo. Utilizado principalmente institucionales (ejércitos y la escuela). Comprendida como un fenómeno negativo entendida como una problemática social.

Son utilizados distintos términos que hacen referencia al mismo concepto. Así como Mahoney (1991) citado por Rondón, Otárola y Salamanca (2009),

escribió: abandono, terminación prematura o temprana, incumplimiento de citas, no cumplimiento, no adherencia, discontinuidad terapéutica o abandono de la terapia es una de las posibles maneras en que una terapia puede ser interrumpida, en todos los casos se refiere a la no culminación de un proceso terapéutico solicitado luego de haber establecido algún contacto con un proveedor psicológico; dicha interrupción antes o durante el desarrollo formal del proceso, sin notificar razón alguna(p.138).

Enfermedad:

Phila Aunders (1994) cualquier desviación o interrupción de la estructura normal o función de cualquier parte, órgano o sistema del cuerpo que se manifiesta por un conjunto de síntomas y signos.

Estado físico:

El estado físico es la capacidad del cuerpo humana para satisfacer las exigencias de la vida cotidiana y así desarrollar una vida dinámica y positiva.

Deterioro físico:

El deterioro físico, la limitación para desplazarse o la pérdida de destreza pueden conducir a que el paciente se halle imposibilitado para realizar apropiadamente las instrucciones médicas, en consecuencia, será vulnerable a renunciar al tratamiento (Silvia Galeano y Correa, 2005)

Factor económico:

Ortiz Carbajal Jeisson (2014), Son actividades que tienden incrementar la capacidad reproductiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas.

Familia:

Minuchin y Fishman (1985) Describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos la supervivencia y la común unión de los miembros de esta. Se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad, cada uno de los miembros está íntimamente relacionado, la conducta de cada miembro influirá en los demás.

Grado de instrucción:

Es el grado más alto completado de toda persona, dentro del nivel más alto que se ha cursado de acuerdo a cada sistema educacional de cada país.

Parálisis cerebral:

Es un trastorno del movimiento y la coordinación musculares. Se produce una lesión cerebral en los niños que ocurre antes del nacimiento o durante la infancia. Afecta la parte de cerebro que controla el movimiento corporal. La persona con parálisis cerebral puede tener otros problemas, como convulsiones, capacidad limitada para aprender, problemas de audición, vista cognición. No

existe cura para la parálisis cerebral; el diagnóstico y el tratamiento precoz pueden mejorar la calidad de vida.

Rehabilitación física:

La Rehabilitación es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida con la utilización de todas sus capacidades residuales.

Según la Dra.Solangel Hernández Tapanes especialista de primer grado de Medicina Física y Rehabilitación.

Terapia física

La terapia física también conocida como rehabilitación funcional es un programa diseñado para ayudar al paciente a mejorar o mantener sus capacidades funcionales, como las actividades de la vida diaria (Glenn Doman, 2000 pág. 120-127)

La terapia física sola o combinada con aparatos especiales (aparatos ortopédicos) logra prevenir complicaciones en base a estirar los músculos espásticos. Por ejemplo, si un niño tiene tendones espásticos en la curva detrás de la rodilla, el terapeuta y los padres deben de animar al niño a que se siente con las piernas extendidas. (Max Lovera, 2000 pág. 4-10)

CAPÍTULO III

Metodología

3.1. Tipo y diseño de la investigación

3.1.1 Tipo

El siguiente estudio es de carácter cuantitativo, se enfoca en los hechos de manera objetiva frente a nuestro objeto de estudio y describe la problemática para remitirlo a un estudio presentando una propuesta de mejoramiento.

3.1.2. Diseño

El siguiente diseño de estudio es de carácter tipo descriptivo porque nos permite identificar las características de nuestra población.

3.2.Población y muestra

3.2.1. Población de estudio

La población de estudio se encuentra ubicada en la Clínica San Juan De Dios Lima. Nuestra unidad de análisis de la investigación son los padres de los pacientes pediátricos que acudieron al servicio de rehabilitación en el año 2016, donde se registraron 624 casos de ingresos en el servicio. La población objetivo de la investigación es de 160 casos que desertaron al tratamiento de rehabilitación física.

3.2.2. Muestra

La muestra en la presente investigación de estudio está representada por 80 padres y apoderados de los pacientes pediátricos que abandonaron el

tratamiento y aceptaron participar en el estudio. El presente estudio es de tipo no probabilística.

3.3. Identificación de la variable y su operacionalización

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Deserción al tratamiento	Factor económico	Nivel económico	1. Alto 2. Medio 3. Bajo
	Conocimiento de la enfermedad	Nivel de conocimiento de la enfermedad	1. Si 2. No 3. Poco
	Lugar de origen	3. Lugar de residencia	1. Cercana 2. Lejana
	Estado de salud	Estado físico	1. Leve 2. Severa 3. Moderada
	Tipo de familia	Clasificación	1. Nuclear 2. Monoparental 3. Extensa

3.4. Técnicas e Instrumentos de evaluación y diagnóstico

La presente investigación utiliza la técnica de tipo encuesta para la recolección de datos.

Encuesta

Es una técnica que comprende serie de preguntas cerradas para reunir datos de una población representativa, que permite obtener información del estudio. En la siguiente investigación se aplicará un cuestionario elaborado de 20 preguntas relacionadas a la variable “Deserción” para identificar los principales indicadores que permitan medir la variable la cual está dirigida a 80 usuarios población del servicio de rehabilitación.

Capítulo IV

Procesamiento, presentación y análisis de resultados

4.1. Procesamiento y analisis de datos

La encuesta Deserción en la Clínica san Juan de Dios- Lima, fue aplicada a los padres y apoderados de los pacientes en el área de rehabilitación física.

Luego la información recogida fue registrada y codificada en Excel 2016, se procede a determinar las frecuencias y porcentaje de las dimensiones de Deserción en base al objetivo general y los objetivos específicos. Finalizando con las figuras estadísticas de barras.

4.2. Presentación de los resultados

A continuación, se presenta los siguientes gráficos estadísticos con resultados obtenidos de los análisis.

4.2.1. Objetivo General:

Determinar qué factores influyen en la deserción del tratamiento de rehabilitación física de paciente con parálisis cerebral de 1 años a 8 años en la Clínica San Juan de Dios Lima- 2016.

Tabla 21

Promedio - Porcentual de las dimensiones de la deserción del tratamiento de rehabilitación física.

DIMENSIONES	PROMEDIO	%
FACTOR ECONOMICO	47	59%
CONOCIMIENTO	45	56%
LUGAR DE ORIGEN	37	46%
ESTADO DE SALUD	38	48%
TIPO DE FAMILIA	37	47%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 21. Promedio porcentual de dimensiones

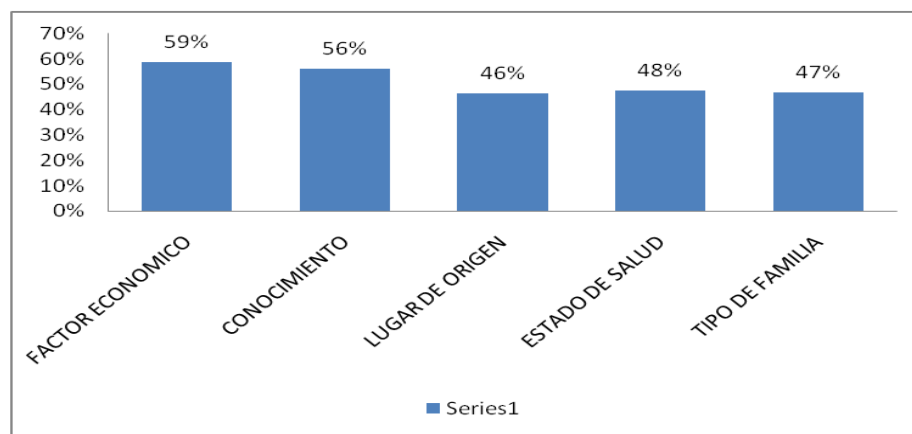


Tabla 21. Nos muestra que el promedio porcentual le corresponde al factor económico con el 59%. Así mismo tenemos que el 56% le corresponde a conocimiento, 48% al estado de salud, 47% al tipo de familia y el 46% al lugar de origen.

4.2.2. Objetivos específicos N° 1.

Identificar en qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física está influenciada por el factor económico.

Tabla 22

Dimensión I: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por factor económico.

ITEMS	FRECUENCIA	%	RESPUESTA
Ingreso económico	47	59%	Difículto
Económico percibido	45	56%	850-1,200
Demanda económica	45	56%	Alta rehabilitación
Ingresos familiares	35	44%	Designo 50%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 22. Dimensión I: Deserción del tratamiento de rehabilitación influenciada por factor económico

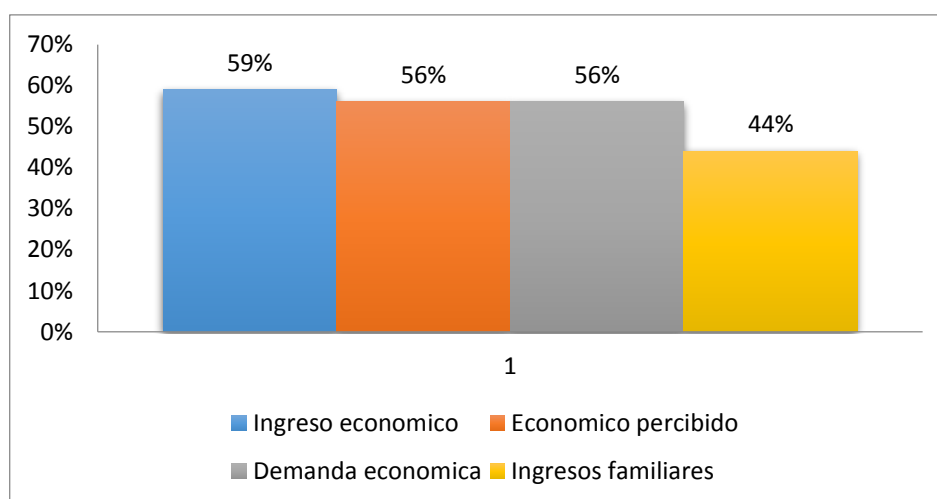


Tabla 22. Nos muestra que el 59% respondieron ingreso económico, 56% económico percibido, 56% demanda económica, 44 % ingresos familiares.

TABLA 1.

Pregunta1. ¿Su ingreso económico percibido le dificulta acceder al programa de rehabilitación?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Difículto	47	59%
No Difículto	3	4%
A veces	30	38%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 1. Su ingreso económico percibido le dificulta acceder al programa de rehabilitación

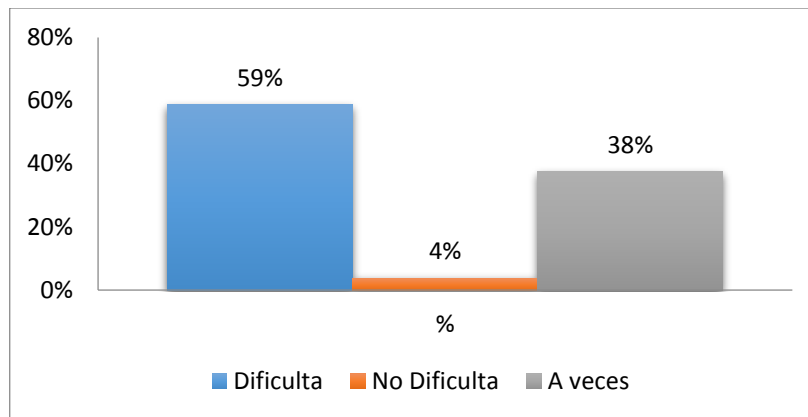


Tabla 1. Nos indica que el 59% los familiares abandonan el tratamiento por falta de ingresos económicos, seguido de un 38% al que a veces los bajos ingresos económicos le dificultan asistir a su tratamiento de rehabilitación y un 4% de la población considero que su ingreso económico no dificulta acceder al programa de rehabilitación.

TABLA 2

Pregunta 2. ¿Cuál es su ingreso económico percibido?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Menos de 850	12	15%
850	23	29%
Mayor 850-1,200	45	56%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 2. Ingreso económico percibido

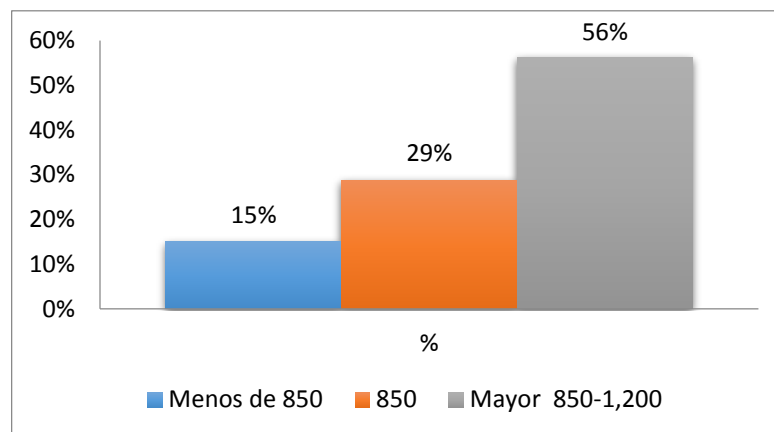


Tabla 2. El presente cuadro nos muestra que el 15% de la población encuestada se encuentra con un ingreso económico familia por debajo del sueldo básico, el 29% cuenta con un ingreso del sueldo básico y el 56% cuenta con ingresos económicos de 850-1.200 Soles.

TABLA 3

Pregunta 3. ¿Considera usted que la demanda económica de su programa de rehabilitación fue...?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Alto	45	56%
Medio	34	43%
Bajo	1	1%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 3. La demanda económica en terapia

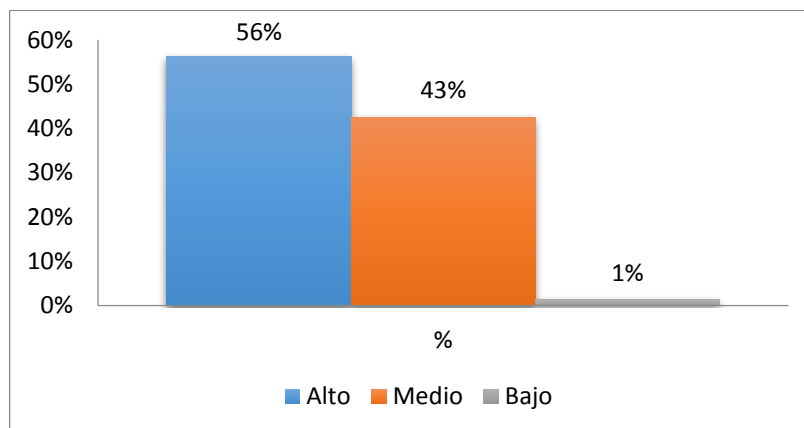


Tabla 3. El siguiente cuadro presenta información de la demanda económica del programa de rehabilitación, muestra que el mayor porcentaje de demanda es 56% es el nivel alto, seguida en nivel medio con un 43% y finalmente el nivel bajo con un 1%.

TABLA 4.

Pregunta 4. ¿Qué porcentaje de los ingresos familiares designo en las terapias?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
25%	30	38%
50%	35	44%
Otros	15	19%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 4. Porcentaje de los ingresos familiares en las terapias

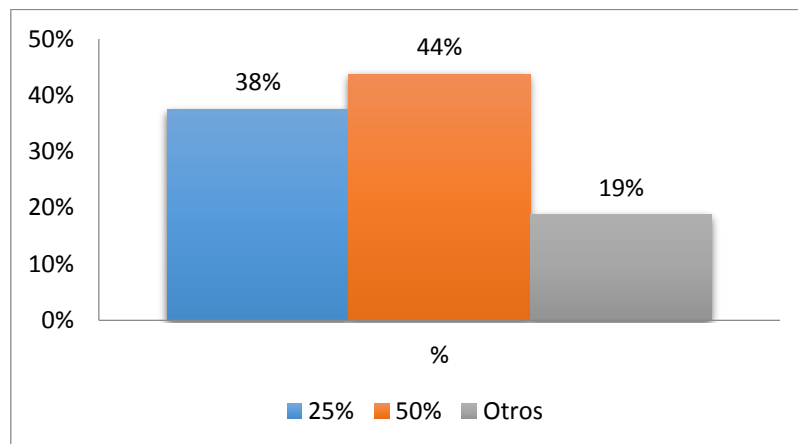


Tabla 4. En el siguiente cuadro nos muestra que el 50% de las familias designa el 44% de presupuesto a las terapias, el 25% de las familias designa el 38% de presupuesto y finalmente el 19% designa otros ingresos.

4.2.2.2. Objetivo específicoNº2

Identificar en qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física está influenciada por el nivel de conocimiento de la familia.

Tabla 23

Dimensión II: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el nivel de conocimiento.

ITEMS	FRECUENCIA	%	RESPUESTA
Grado instrucción	45	56%	Secundaria
Conocimiento	38	48%	Tratamiento
Tiempo conocimiento	43	54%	Reciente enfermedad
Conocimiento familiar	42	53%	No conocen

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 23. Dimensión II: Deserción del tratamiento de rehabilitación influenciada por nivel de conocimiento

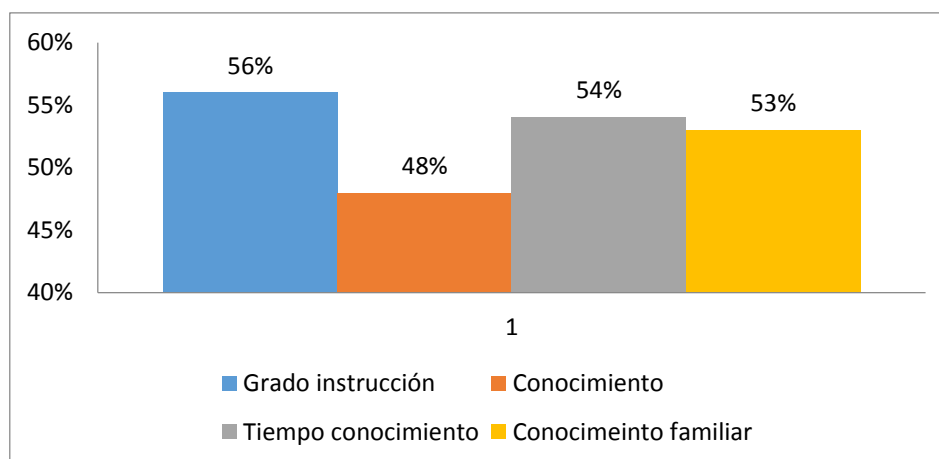


Tabla 23. Con respecto a la dimensión II: Deserción al tratamiento de rehabilitación influenciada por el nivel de conocimiento, el 56% respondieron contar con grado secundario, 48% tiene conocimiento del tratamiento, 54% tiene

un tiempo de conocimiento reciente de la enfermedad, 53% no hay un conocimiento familiar del diagnóstico de parálisis cerebral.

TABLA 5.

Pregunta 5. ¿Cuál es su grado de instrucción?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Primaria	19	24%
Secundaria	45	56%
Técnico- Superior	16	20%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 5. Grado de Instrucción

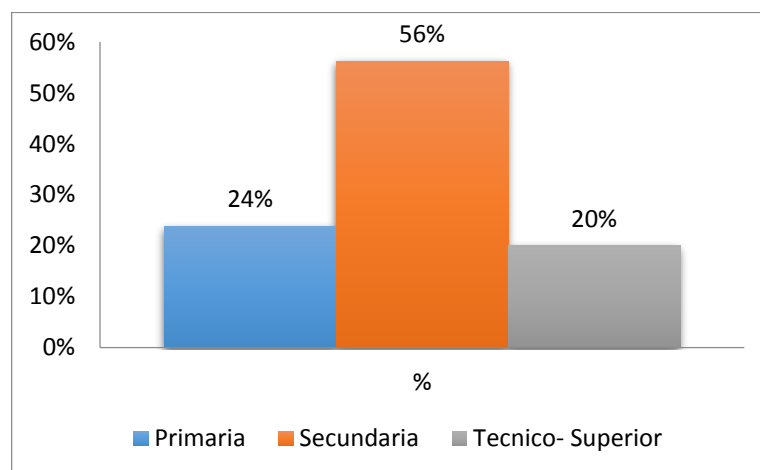


TABLA 5. Muestra que el 56%de los padres/apoderado cuenta con estudios secundarios, 24% con estudios primarios y el 20% con estudios técnicos secundarios.

TABLA 6.

Pregunta 6. ¿Tiene conocimiento sobre el tratamiento de la parálisis cerebral?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	26	33%
No	38	48%
Poco	16	20%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 6. Conocimiento sobre el tratamiento de parálisis cerebral

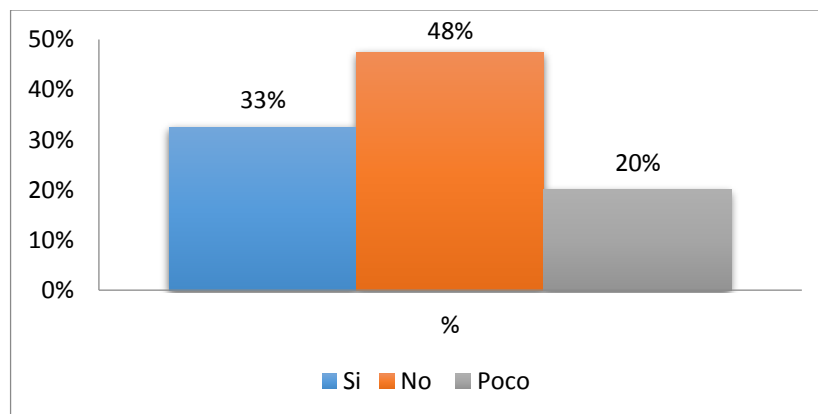


Tabla 6. Según el objetivo en mención a la dimensión conocimiento, se observa que el mayor porcentaje no tiene conocimiento sobre el tratamiento de la parálisis cerebral con un 48%, seguida que si hay el nivel de conocimiento de un 33% y finalmente un poco conocimiento representado con un 20%.

TABLA 7.

Pregunta 7. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene conocimiento de la enfermedad de parálisis cerebral del paciente?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Recientemente	43	54%
Hace años	37	46%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro7. Tiempo de conocimiento de enfermedad

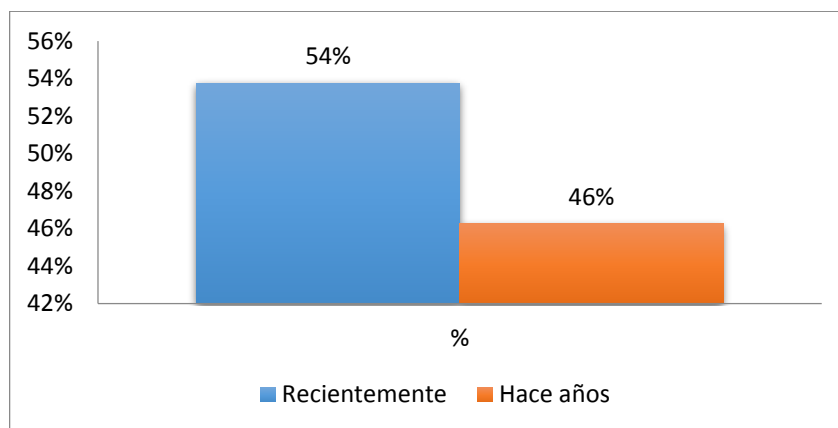


Tabla 7. En el Cuadro nos muestra que el 54% tiene un conocimiento reciente de la enfermedad de parálisis cerebral, el 46 % desde hace años conoce del tratamiento de parálisis cerebral.

TABLA 8.

Pregunta 8. ¿Sus miembros familiares conocen del diagnóstico de parálisis cerebral de su niño?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Conoce	38	48%
No conocen	42	53%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 8. Miembros familiares conocen del diagnóstico de parálisis cerebral

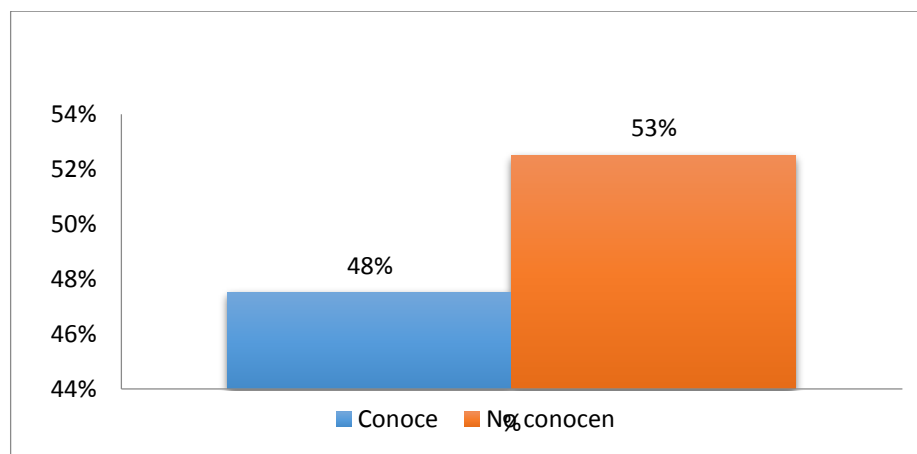


Tabla 8. Según la dimensión conocimiento se observa que los miembros familiares no conocen del diagnóstico con un 53%, seguida de un 48% que conoce de parálisis cerebral.

4.2.2.3. Objetivo específico N° 3.

Conocer en qué medida el lugar de origen influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos.

Tabla 24

Dimensión III: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por lugar de origen

ITEMS	FRECUENCIA	%	RESPUESTA
Lugar residencia	33	41%	Difícultoso
Dificultad trasladarse	34	43%	Si
Transporte	37	46%	Utilizo ómnibus
Apoyo trasladarse	32	40%	Familiar/silla

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 24. Dimensión III: Deserción del tratamiento de rehabilitación influenciada por el lugar de origen

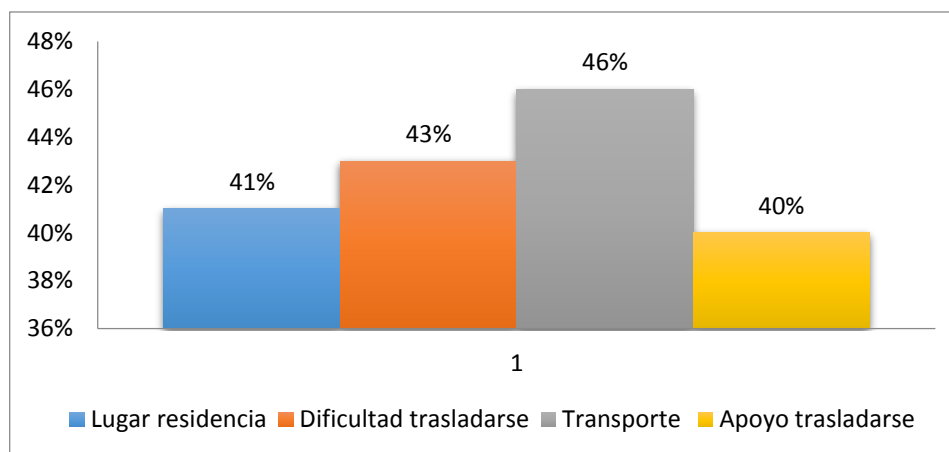


Tabla 24. Con respecto a la Dimensión III: Respondieron 41% su lugar de residencia difícilmente dirigirse a la Institución, 43% presento dificultades para trasladarse, 46% utiliza para trasladarse ómnibus, 40% cuenta con apoyo para trasladarse de familiar/ silla de ruedas.

TABLA 9.

Pregunta 9. ¿Su lugar de residencia le dificulto dirigirse a la Institución para la rehabilitación de su niño?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	33	41%
No	16	20%
A veces	31	39%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 9. Lugar de residencia dificulto dirigirse a la Institución

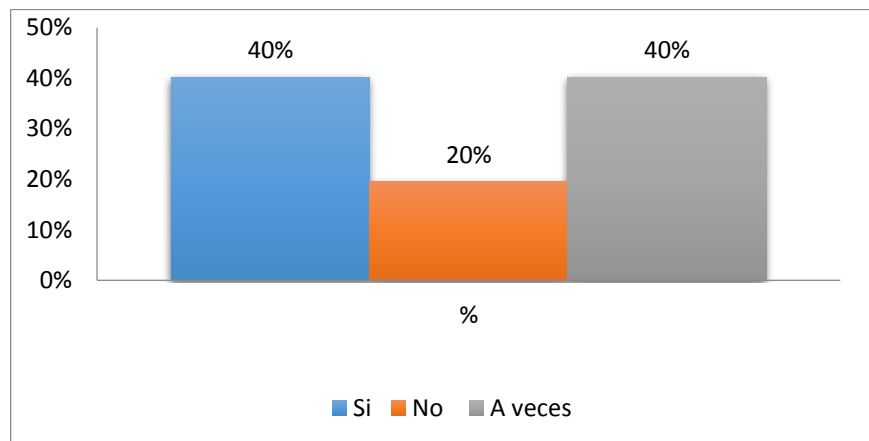


Tabla 9. En el siguiente cuadro se presenta que el 41% tiene dificultad para trasladarse a la Institución, el 39 % veces presento dificultades y finalmente el 20 % no presento dificultades para el traslado.

TABLA 10.

Pregunta 10. ¿Le dificulta trasladarse a la Institución para la rehabilitación física su niño?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
SI	34	43%
No	28	35%
Algunas veces	18	23%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 10. Dificultad para el traslado a la Institución

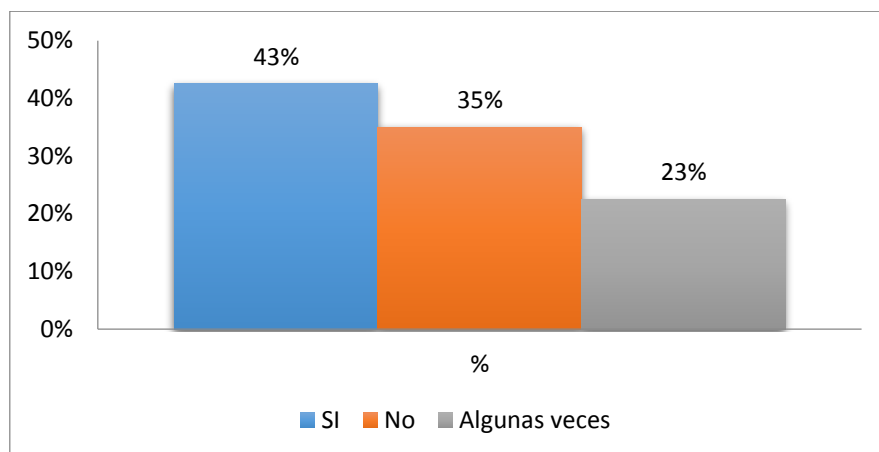


Tabla 10. La siguiente figura muestra 43% presento dificultad para el traslado a la Institución, 35% no presento dificultad para el traslado, 23% en algunas veces presento dificultades para el traslado.

TABLA 11.

Pregunta 11. ¿Qué tipo de transporte utilizo para trasladarse a la Institución?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Ómnibus	37	46%
Servicio de Taxi	18	23%
Movilidad particular	12	15%
A pie	13	16%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 11. Transporte para traslado a la Institución

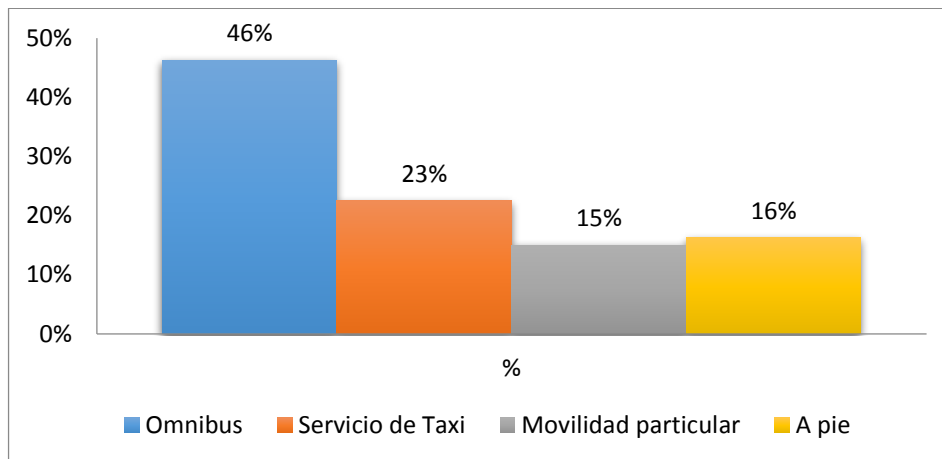


Tabla 11. Con respecto a la pregunta qué tipo de transporte utilizo para el traslado, muestra 46% de la población que acudió a terapia se transportó con servicio de Ómnibus, seguida de servicios de taxi con el 23%, el 15% conto con movilidad particular y el 16% que acudió al programa con sus propios medios.

TABLA 12.

Pregunta 12. ¿Conto con apoyo de un familiar o silla de ruedas para el traslado a la Institución?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	32	40%
No	17	21%
A veces	31	39%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 12. Apoyo para traslado: de familiar / silla de ruedas

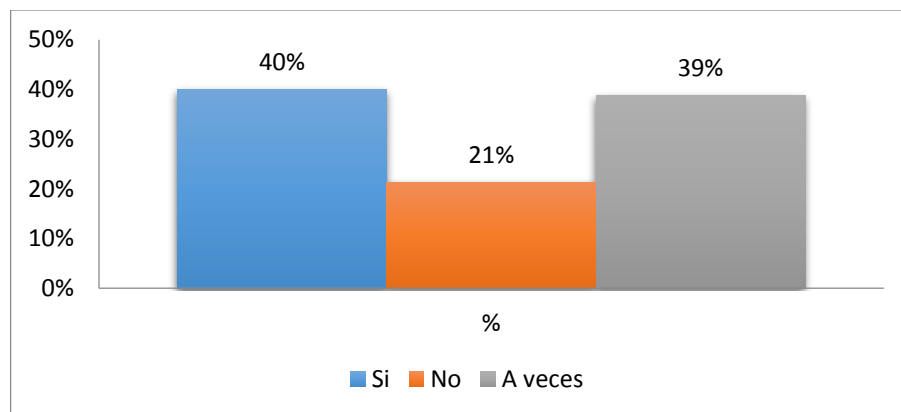


Tabla 12. Con respecto a la pregunta: 40% respondieron contar con apoyo de un familiar y silla de ruedas, 21% no conto con apoyo, finalmente el 39% a veces conto con apoyo para dirigirse a la Institución

4.2.2.4. Objetivo específico N° 4.

Conocer en qué medida el estado de salud del paciente influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos.

Tabla 25.

Dimensión IV: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el estado físico.

ITEMS	FRECUENCIA	%	RESPUESTA
Tiempo asistió	35	44%	Hace 1 mes
Estado físico	30	38%	Permitió asistir
Terapia mejoró	37	46%	Estado físico
Inasistencia terapia	38	48%	Emergencia

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 25. Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el estado físico.

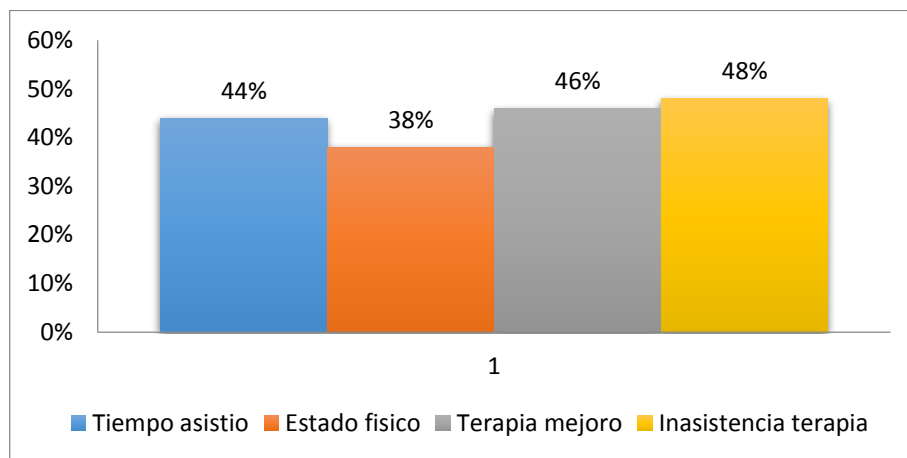


Tabla 25. Con respecto a la Dimensión IV: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el estado físico, nos muestran que el 44 % asistió con un tiempo de 1 mes, el 38% su estado físico le permitió asistir, 46% mejoró su estado físico, 48% contó con inasistencia debido a que presentó emergencia.

TABLA 13.

Pregunta 13. ¿Cuánto tiempo asistió a rehabilitación física?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Hace 1 mes	35	44%
Hace 2 meses	27	34%
Más de 3 meses	18	23%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 13. Tiempo que asistió a rehabilitación

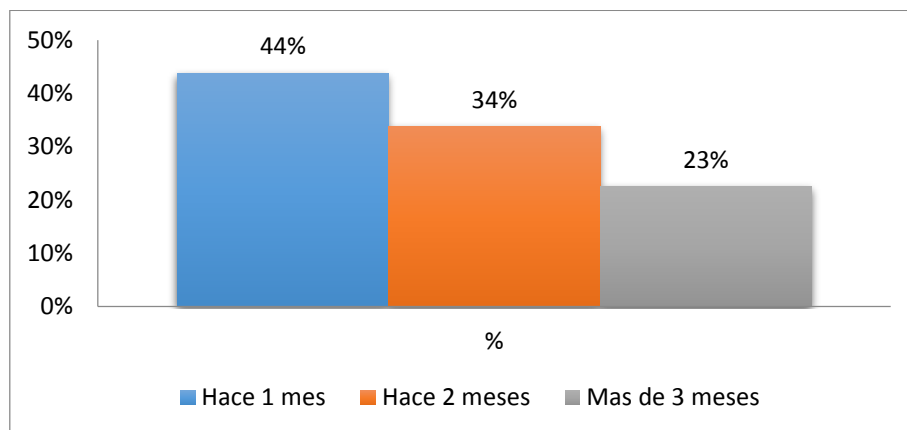


Tabla 13. El siguiente cuadro nos indica que el 44% de la población asistió 1 mes, 34% tiene una asistencia de 2 meses, el 23% con asistencia mayor a 3 meses, lo cual nos indica que desde los primeros meses de viene presentando casos de Deserción.

TABLA 14.

Pregunta 14. ¿Su estado físico del paciente le permitió asistir de manera continua a su programa de terapia?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	30	38%
No	26	33%
A veces	24	30%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 14. Estado físico del paciente

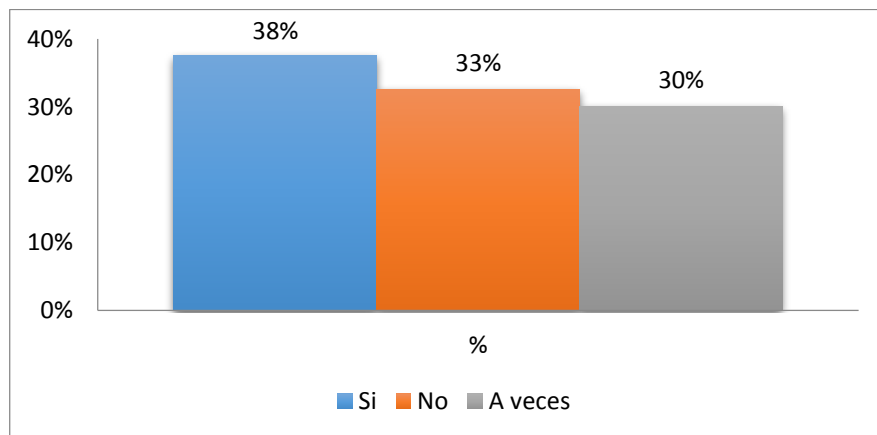


Tabla 14. Con respecto a la pregunta: El estado físico del paciente le permitió asistir de manera continua a la terapia, muestran que el 38% si pudo asistir de manera continua, el 33% no pudo asistir de manera continua, 30% respondió que a veces no pudo asistir.

TABLA 15.

Pregunta 15. ¿Durante el tiempo que realizo terapia mejoro el estado de salud de su niño?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	37	46%
No	16	20%
Poco	27	34%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 15. Mejoría en el estado de salud

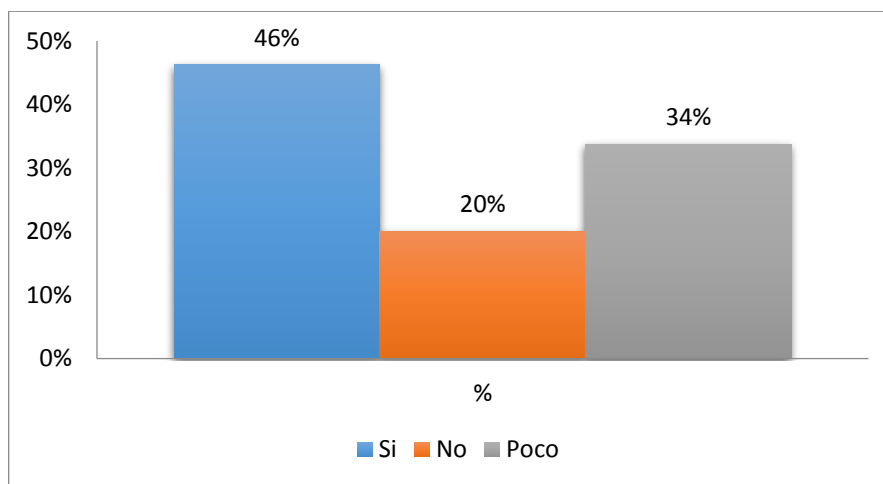


Tabla 15. Según la tabla respecto al objetivo de la dimensión “estado de salud” el 46% si noto mejoría en el estado de salud de su niño, el 20% no noto mejoría y el 34% noto una poca mejoría con el tratamiento de la rehabilitación física.

16. Tabla 16

Pregunta 16. ¿Su inasistencia en terapia se debió a problemas de.....?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Emergencia	38	48%
Control medico	26	33%
Cirugía	16	20%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 16. Inasistencia en terapia debido a:

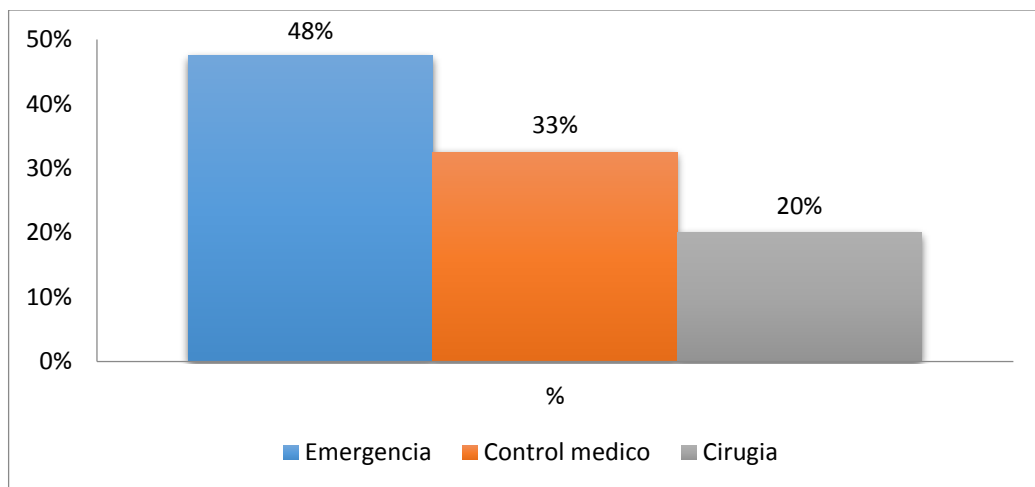


Tabla 16. Con respecto a la pregunta, respondieron el 48% que no pudo asistir a terapia por que los pacientes presentaron emergencias, 33% respondió que no asistió por control médico en otras instituciones de salud y el 20% tenía cirugía programada.

4.2.2.5. Objetivo específico N° 5.

Identificar en qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física está influenciada por el tipo de familia.

Tabla 26.

Dimensión V: Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el tipo de familia.

ITEMS	FRECUENCIA	%	RESPUESTA
Paciente integrado	34	43%	Mono parental
Apoyo Tratamiento	36	45%	No
Entorno familiar	37	47%	Apoyo parientes
Apoyo familia	35	44%	Cuidados del niño

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 26. Deserción del tratamiento de rehabilitación física influenciada por el tipo de familia

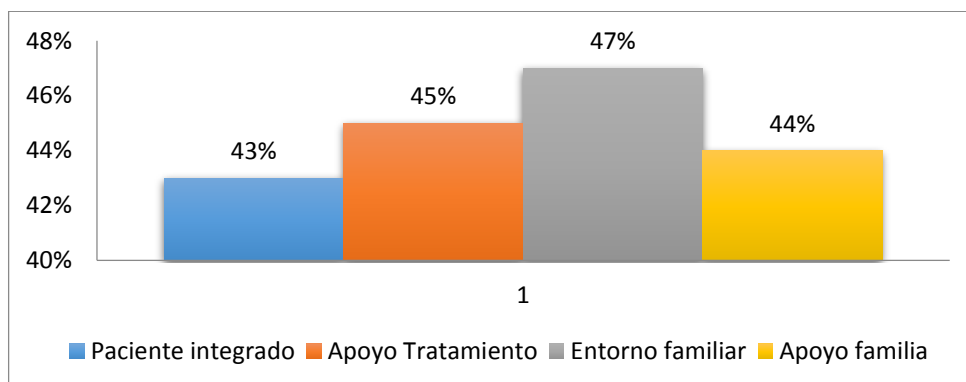


Tabla 26. Con respecto a la dimensión V: El 43% respondieron que los pacientes se encuentran integrados a familia monoparental, 45% no cuenta con apoyo familiar en el tratamiento, 47% responde contar el entorno familiar con apoyo de parientes y el 44% cuenta con apoyo familiar en los cuidados del niño.

TABLA 17.

Pregunta 17. ¿En qué tipo de familia se encuentra integrado el paciente?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Nuclear	32	41%
Mono parental	34	43%
Extensa	13	16%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 17. Paciente integrado en familia:

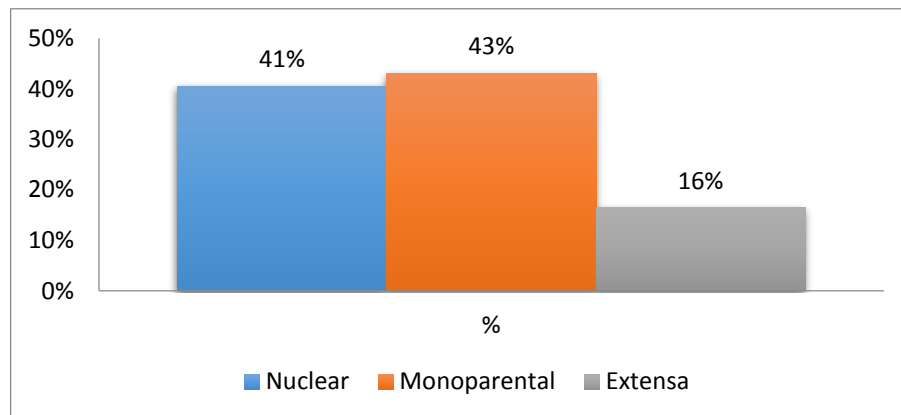


Tabla 17. Nos indica que el 41% de los pacientes se encuentra integrado a familias nucleares, seguida de un 43% en familias monoparentales, el 16% se encuentra integrado a familias extensas.

TABLA 18. Pregunta

18. La familia es un elemento influyente para el tratamiento. ¿Su familia la apoyo durante el tratamiento de rehabilitación?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	24	30%
No	36	45%
A veces	20	25%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 18. Apoyo de la Familia en el tratamiento

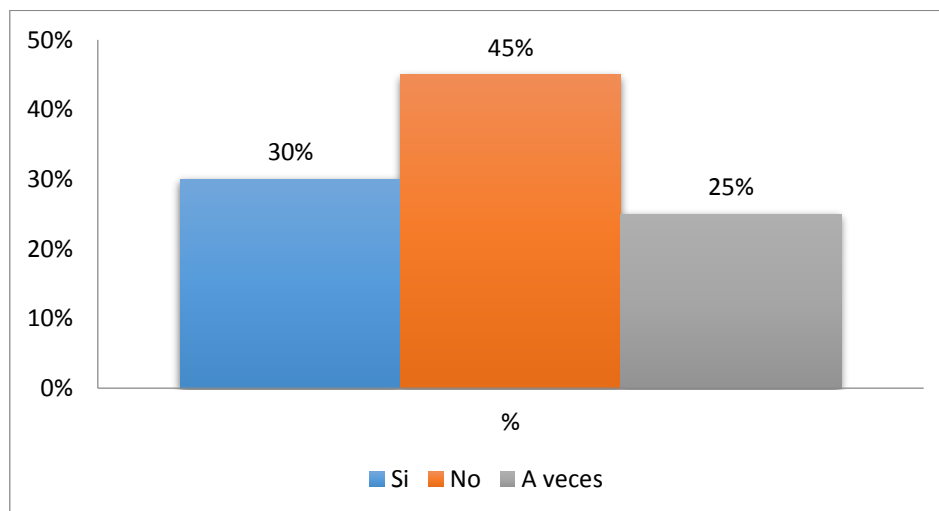


Tabla 18. Podemos observar que el 30% contó con el apoyo de la familia en el tratamiento, 45 % considera que no hubo un apoyo por la familia, finalmente un 25% a veces conto con el apoyo de familiares para el tratamiento del menor.

TABLA 19.

Pregunta 19. ¿Quién de su entorno familiar de ofrece apoyo para continuar en el tratamiento de rehabilitación física?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Esposo(a)	27	34%
Parientes	37	47%
Nadie	15	19%
TOTAL	79	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 19. Apoyo familiar para continuar en rehabilitación física

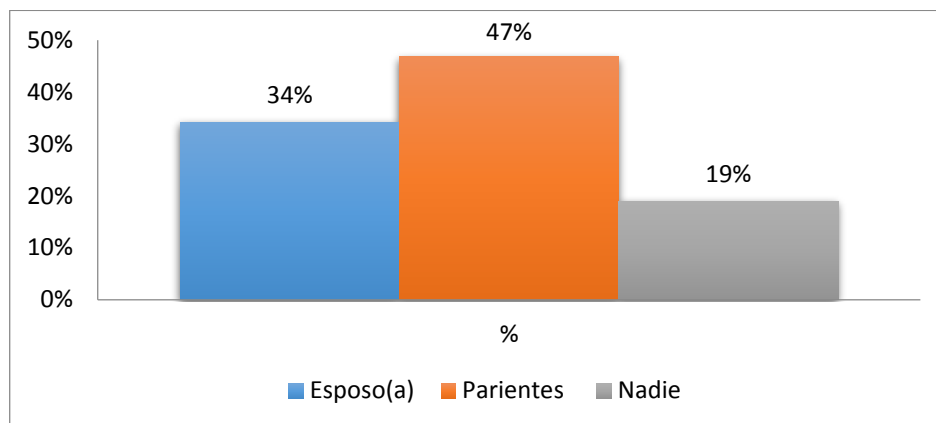


Tabla 19. El 34% cuenta con apoyo de la pareja para continuar con la terapia física, 47% cuenta con apoyo de familiares y el 19% respondieron que nadie las apoya.

TABLA 20.

Pregunta 20. ¿Cuenta con apoyo familiar en los cuidados del niño?

RESPUESTA	FRECUENCIA	%
Si	35	44%
No	23	29%
A veces	22	28%
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta CSJD (Elaboración propia)

Cuadro 20. Apoyo familiar para cuidados del niño.

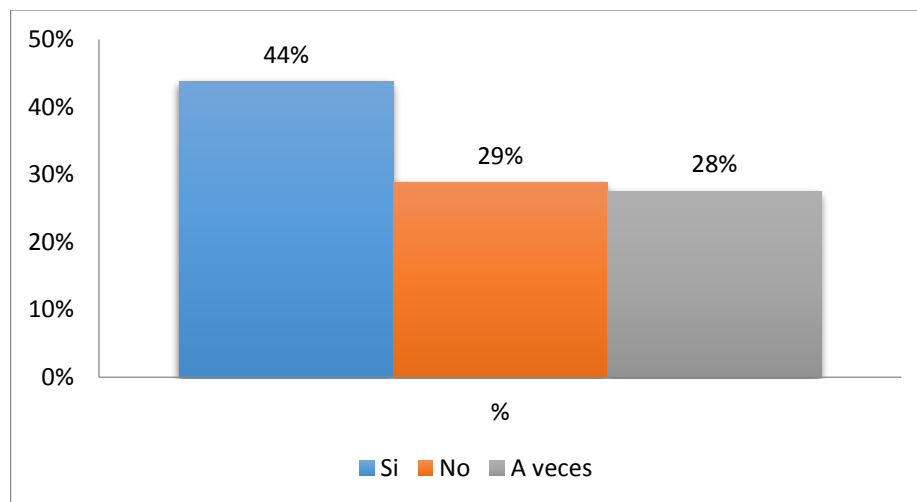


Tabla 20. Respecto a la pregunta cuenta con apoyo familiar para los cuidados del niño, no muestran que el 44% respondieron que, si cuentan con apoyo, 29% no cuentan con apoyo y el 28% respondieron que a veces cuenta con apoyo de familiares.

4.3. Análisis y discusión de los resultados

La parálisis cerebral infantil es una problemática de salud con carácter de pluridiscapacidad que obliga la participación de profesionales, la familia para abordar el manejo de las terapias, las cuales están direccionadas a mejorar la calidad de vida de la población infantil en alto riesgo.

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores que influyen en la deserción del tratamiento de rehabilitación física de pacientes con parálisis cerebral infantil de 1 a 8 años en la Clínica San Juan de Dios Lima – 2016.

La deserción del tratamiento de rehabilitación es una problemática social, debido a que nuestra población cuenta con diversos factores de riesgo para continuar en el programa de rehabilitación física.

Es importante mencionar que las investigaciones tomadas en este estudio no abordan directamente a la patología de parálisis cerebral infantil, debido a que hay pocas investigaciones que hagan referencia a tema de deserción en pacientes pediátricos.

Entonces a partir de los hallazgos encontrados aceptamos la hipótesis alternativa general que existe relación entre los factores que influyen la deserción de pacientes pediátricos con parálisis cerebral en la clínica San Juan de Dios Lima-2016.

Como resultado de la Dimensión factor económico tenemos en el cuadro N°1 que la familia considera que el 59% su ingreso económico dificulta asistir al tratamiento de rehabilitación física como lo refiere Isaac, Flores, Méndez, Mora y Leal (2011) en su trabajo de investigación denominado “Factores

socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento médico por pacientes pediátricos con leucemia aguda. Revista Psicología y Salud. Volumen 23. Número 1:45-54 Enero- Junio de 2013.

Por otro lado, tenemos resultados que nos indican que el 56% de la población tiene una condición económica de 800 a 1200 Soles y a pesar de ello han desertado. La población de estudio considera una demanda económica alta con el 56% al tratamiento de rehabilitación física.

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Álvarez (2016), Magaña, Torres (2012) los cuales señalan que existen factores que condicionan la deserción al tratamiento y ello es acorde con lo que se encuentra en el estudio.

Del mismo modo en la dimensión: Conocimiento de la Enfermedad, influye de gran manera en el abandono de tratamiento; con resultado de la gráfica N° 5 respecto al grado de instrucción; el 56% de los padres cuenta con estudios secundarios lo cual nos indica que existe un nivel de conocimiento para la aceptación de la patología; según Danles (2012) en su trabajo denominado Factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis. Refiere que el grado de comprensión tiene que ver con la enfermedad y con sus consecuencias a no cumplir con el tratamiento.

Otro resultado respecto a si los familiares conocen del diagnóstico no indica que un 48% conocen del tratamiento de rehabilitación física. En el estudio que realizó Álvarez (2016) nombra a Benín el cual realizó un Estudio en Nigeria y menciona que el estado educativo de los pacientes influye significativamente en el cumplimiento terapéutico, los pacientes con un nivel educativo alto son capaces de entender la enfermedad.

Según la dimensión lugar de origen es otro de los factores que se suma a la deserción, como resultado tenemos que 46 % de la población que acude a la Institución para su rehabilitación se movilizan en transporte de servicios público (ómnibus), su lugar de residencia dificulta en 41%, el trasladarse a la Institución con un resultado del 43% y solo el 40 % cuenta con apoyo de familiares y aparatos que faciliten el traslado.

Otro autor que guarda relación con el estudio es Coello, Rojas (2015) en su estudio "Falta de adherencia en la terapia física en pacientes con dolor y trastornos músculos esqueléticos: Incidencia y factores de riesgo". En el cual refiere que existe una alta incidencia continuar con el tratamiento fisioterapéutico relacionado con residir lejos de la institución por la distancia. Otros estudios de Sosa (2005) y Salazar (2004) identificaron que los pacientes tienen dificultad de acceso al centro de salud para recibir su tratamiento antituberculoso y tienen mayor riesgo a abandonar la terapéutica.

Resultado en la dimensión estado físico según el cuadro N° 13 indica un tiempo de asistencia en el tratamiento por lo cual nos muestra que, 44 % tiene una asistencia en el primer mes de programación de terapia al transcurso de los 3 meses 23% de la población asiste al tratamiento. En el cuadro N° 14 nos indica que el estado físico del paciente un 38% le permite asistir de manera continua. En el cuadro N°16 tiene como resultado que 48% de la población que asiste a la terapia no asistió por acudir de emergencia de salud. Así se estaría demostrando lo dicho por Dalens (2012), Galeano y Correa, (2005) en su estudio sobre las implicaciones de la no adherencia del tratamiento, quienes mencionan que el

deterioro físico ocasiona limitaciones para el traslado lo cual imposibilita realizar un tratamiento médico.

En la dimensión tipo de familia en el cuadro N° 17 muestran que el 43 % de pacientes se encuentran integrados a familias nomoparentales, el cuadro N° 18 muestra que el 45% no cuenta con el apoyo de la familia, 47% de los casos cuenta con apoyo de parientes para los cuidados del menor. Madrigal (2007) indica que cuando existe una discapacidad en el entorno familiar altera la vida de cada uno de los miembros familiares y es importante que la familia se encuentre informada para poder enfrentar el periodo de aceptación de patología de parálisis cerebral infantil, (Max Lovera, 2000) indica que se los padres deben de animar al niño en el proceso del tratamiento.

Con respecto a los objetivos específicos, considero importante realizar un análisis estadístico de las dimensiones para conocer cuál es la situación de las dimensiones obtenidas en el estudio.

- Dimensión: Factor económico, el 59% su ingreso dificulto acceder al tratamiento.
- Dimensión: Conocimiento de la enfermedad, el 56% conto con estudios secundarios.
- Dimensión: Lugar de origen, el 46% usa servicio público para trasladarse a la Institución.
- Dimensión: Estado de salud, el 48% su inasistencia de debió a emergencias médicas.
- Dimensión. Tipo de familia, el 47% cuenta con apoyo de parientes para el cuidado del menor.

4.4. Conclusiones

Podemos concluir en la presente investigación “Deserción de pacientes pediátricos con parálisis cerebral de 1 año a 8 años en el área de rehabilitación física en la Clínica San Juan de Dios Lima -2016” podemos decir que:

El factor económico es uno de los factores de riesgo que conlleva a la deserción del tratamiento de los pacientes que acudieron a la Clínica San Juan de Dios y 56 % percibe un ingreso mensual como máximo de S/800.00 a S/1.200.00 soles, aun así, persiste el número de casos de deserción.

Las familias que acuden al tratamiento cuentan con estudios secundarios y refieren de haber sido informados recientemente sobre el diagnóstico de parálisis cerebral.

El lugar de residencia es otro factor que influye a la deserción, tenemos claro que 46% de la población refiere dificultad para dirigirse a la Institución, viven en zonas alejadas y para dirigirse lo hacen usando servicios públicos de transporte. (ómnibus)

El estado físico del paciente y el tipo de familia son otros de los factores que influyen. La deserción al tratamiento de rehabilitación es causada por múltiples variables.

4.5. Recomendaciones

- Identificar los posibles casos de deserción en el servicio.
- Se recomienda realizar estudios sobre deserción de tratamiento de rehabilitación en pacientes con parálisis cerebral, no hay estudios en relación a la investigación.
- Realizar evaluaciones de la asistencia de los pacientes en coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Realizar un programa de prevención y sensibilización partiendo desde el ámbito educativo con la finalidad de concientizar a los padres del paciente pediátrico con parálisis cerebral.
- Fortalecer a los padres en el programa educativo, respecto a las complicaciones de no continuar en el tratamiento.

Capítulo V

Propuesta de intervención

Programa de talleres de sensibilización y educación

5.1. Denominación del programa

“sigue adelante, atrévete a mas por mi” No a la DESERCION

5.2. Justificación del programa

Según los reportes internacionales en México 2017, emprendieron labores de atención y prevención a la parálisis cerebral, el Programa Arranque Parejo consiste en la implementación de terapias físicas. La Dra. Harmony Baillet indica que se busca alcanzar un índice de recuperación total y parcial de 40% y 30% por lo que 2 de cada tres niños logra un restablecimiento, pero se han enfrentado a la “Deserción”.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el nivel de deserción que se da en la Clínica San Juan de Dios está relacionada con múltiples factores como: el económico 59%, el nivel de instrucción 48%, el lugar de procedencia 41%, el estado físico 50% y el tipo de familia 49%.

En el Perú Patricia Salinas (2014) realiza un estudio “Modificando el afrontamiento de las madres de los hijos que padecen parálisis cerebral en la Clínica San Juan de Dios. Chiclayo 2013. La investigación pertenece al paradigma sociocritico y abordaje investigación participación acción OPS (1999) el cual tuvo como objetivo: conocer, analizar y modificar el afrontamiento de las madres con hijos con parálisis cerebral.

Se tomó en cuenta criterios de rigor científico y ético. Como resultado tenemos la incapacidad para afrontar la enfermedad, conflictos externos e internos y la fe en Dios.

Con el programa educativo “Afrontando Nuevos Desafíos” se logró que muchas madres alcancen condiciones satisfactorias para el cuidado de calidad al niño con parálisis cerebral.

Debido a ello se considera necesario desarrollar el presente programa de intervención para reducir la problemática de la deserción y al a vez permitirá desarrollar un modelo de intervención profesional a cargo de profesionales de Trabajo Social, el cual orientará la prevención de la deserción con el apoyo del grupo familiar.

5.3. Objetivos

Objetivo general

Implementar un programa de prevención y sensibilización a la no deserción con la participación de las familias de los pacientes que acuden al servicio de rehabilitación.

Objetivos específicos

- Concientizar a las familias se involucre en el proceso del tratamiento de la rehabilitación.
- Lograr que las familias de los pacientes identifiquen los factores de riesgo para no continuar el tratamiento y asuman rol de jefe empoderado en la recuperación de la calidad de vida del menor.

- Establecer dispositivos, elementos de la mejora continua si de la permanencia en la rehabilitación.
- Creación de talleres de sensibilización y economía solidaria para generar ingresos adicionales a la canasta familiar.

5.4. Sector al que se dirige

El presente programa de prevención y sensibilización a la no deserción “Sigue adelante atrévete a mas por mí”. Está dirigido a los padres de los pacientes con parálisis cerebral que acuden al servicio de rehabilitación.

5.5. Establecimiento de conductas problemas / metas

En la investigación podemos apreciar que en las familias se vive un proceso de duelo por la parálisis cerebral de sus menores hijos. El cual también afecta al paciente y los miembros de la familia, es necesario el soporte de psicólogos que nos ayuden a concientizar para el proceso de aceptación de la patología de alto riesgo.

5.6. Metodología de la intervención

El programa de prevención y sensibilización busca promover una cultura promoviendo el conocimiento (educación). Para Kemmis y Mc Taggart (1988) la investigación acción propone mejorar la educación a través del cambio y aprender a partir de las consecuencias de los cambios.

El programa “Sigue adelante, atrévete a mas por mi” de prevención y sensibilización a los padres que acuden con sus hijos a terapia. Se utilizará una

serie de talleres educativos multidisciplinarios, talleres autogestionarios, grupos de autoayuda y autogestionarios las cuales se describen a continuación.

5.7. Recursos

5.7.1 Recursos Humanos

- Los padres de los pacientes
- Psicóloga
- Trabajadora Social
- Damas voluntarias

5.7.2 Recursos Materiales

- Útiles de escritorio (lápices, colores, plumones)
- Papelotes
- Proyector y pantalla de imagen
- Videos de sensibilización, diapositivas de cortos alusivos al programa.
- Equipo de sonido.
- Material de tejido (lana, palitos de tejer)

5.8 Actividades del plan de intervención: Prevención y la sensibilización a la no deserción en la Clínica San Juan De Dios Lima

	ACTIVIDAD	OBJETIVO	META	RESPONSABLE	TIEMPO
Fase de sensibilización	Proyección de películas: Sesión I: Reunión multifamiliar: Exposición de experiencias y sentimientos Sesión II: Hay una canción de un niño que canta con su mamá adáptala canción que bonito Exposición de experiencias y sentimientos	Sensibilizar a la familia	Lograr la participación de los padres que acuden al servicio.	Trabajadora Social y Psicóloga	30 MINUTOS
FASE 2 EDUCATIVA Conociendo la parálisis cerebral en familia.	1. TIPOS DE PARALISIS: TOMA LAS MAS FRECUENTES 2. Tratamiento 3. Cuidados del paciente. 4. Familia – importancia, roles y función 5. Importancia del soporte familiar. Los padres interactúen para ser soporte de ayuda entre ellos mismos.	Identificar los factores de riesgo	Empoderar a la familia	Medico, Enfermera Trabajadora Social	30 MINUTOS
FASE 3 Taller autogestionario:	Tejiendo Historias - Conceptos generales del tejido - Ejecución de prendas	Autogestión de recursos	Que las familias reciban capacitación de tejidos para generar recursos adicionales	Área de Trabajo Social, equipo capacitador	30 MINUTOS
FASE 4 Taller	4. Taller de grupos de auto ayuda. - Proyección de videos con mensajes educativos.	Conseguir el equilibrio emocional	Generar grupos de soporte interno en la institución	Social, Psicóloga y equipo capacitador.	30 MINUTOS
	5. Evaluar los resultados del programa		La población que acude al programa se integre al niño, mediante la aceptación y el término de duelo.	Social, Psicóloga y equipo capacitador.	1 HORA

5.9. Cronograma de actividades

Actividades	MESES																							
	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
COORDINACION INTERNA: Implementación de programa Organización de equipos de trabajo Solicitud y entrega de materiales	x	x																						
DIFUSION DEL PROGRAMA: Invitación a los padres					x	x																		
INICIO DE PROGRAMA: Reunión con los padres inicia concientización de la problemática (VIDEO) Grupos de autoayuda									x	X														
ACTIVIDADES DE INTEGRACION: Olimpiadas de conocimiento/cuanto sabes de mi																	x	x						
TALLER DE PROMOCION DE LA SALUD: Charla conociendo la parálisis cerebral Taller de importancia del soporte familiar																					x			
TALLER AUTOGESTIONARIO: Tejiendo Historias Organización de equipos de trabajo Solicitud y entrega de materiales																						x	x	
EVALUACION DE RESULTADOS DE PROGRAMA																								x

Referencias bibliográficas:

- Bechara Elisabeth, Benvenuto Susana, Crespo Paola. (2009) Factores que inciden en la no continuidad del tratamiento fonoaudiológico en niños con parálisis cerebral (Tesis de postgrado). Facultad de Ciencias Médicas. Universidad del Aconcagua Argentina.
- Betes de Toro M. (2008) Farmacología para fisioterapeutas. Editorial medica Panamericana.
- Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=vP_lwaVKrz4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=betes+del+toro+2008&ots=gykWLCqaMy&sig=nVIBJtZE7rjU0raZQDe3gAh0PkE#v=onepage&q=betes%20del%20toro%202008&f=false
- Barriga Campaña Paul. (2012) Abandono al tratamiento psicoterapéutico en el área de consulta externa en el Hospital psiquiátrico san Lázaro. (Tesis de pregrado) Facultad de Ciencias Psicológicas Ecuador.
- Bonilla Asalde Cesar. (2016) Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis Multidrogorresistente en la región Callao. (Tesis de postgrado) Universidad Peruana Unión Callao.
- Cazorla Macedo Jonathan. (2015) Análisis de los factores que determinan la deserción de pacientes en la Clínica odontológica de la Universidad Católica en Santa María (Tesis de Bachiller) Facultad de Odontología en Arequipa.

Coello Talavera Diana, Rojas Motta Noelia. (2015) Falta de adherencia en la terapia física en pacientes con dolor y trastornos musculo esqueléticos: Incidencia y factores de riesgo. (Tesis de pregrado) Facultad de ciencia de la Salud. Universidad de Ciencias Aplicadas.

Recuperado de: <https://hdl.handle.net/10757/621804>

Dalens Remigio Evelyn. (2012) Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de salud Lima Norte v Rímac-San Martín-Los Olivos (Tesis de pregrado) Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.

Fejerman Natalio, Arroyo Hugo (2013) Trastornos motores crónicos en niños y adolescentes. Argentina.

Gómez López Simón, Hugo Jaimes Víctor, Palencia Gutiérrez Cervia, Hernández Martha, Guerrero Alba. (2013) Parálisis Cerebral Infantil. Caracas Venezuela. Revista Volumen 76 N°1.

Gonzales Flores Joseph. (2015) Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el Hospital de Trujillo. (Tesis de Pregrado) Facultad de Medicina en Trujillo.

INEI. (2013)

<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-1-millon-575-mil-personas-presentan-alg/>

Madrigal Muñoz Ana () La parálisis Cerebral Observatorio de la discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO (2004)

- Magaña Vásquez Pablo y Torres Frías Christian. (2012) La deserción de pacientes del Centro Atención Psicológica (CAPS), desde un punto de vista en primera persona (Tesis de grado para Licenciado) Escuela Psicología Chile.
- Marilogi Álvarez Xuruc. (2016) Frecuencia y factores que influyen en el abandono del tratamiento oncológico (Tesis de postgrado) Facultad de Ciencias médicas en Guatemala.
- Otero Isaac Gabriela, Flores Rojo Martha, Méndez Venegas José, Mora Magaña Ignacio, Leal Leal Carlos (2013) Factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento médico por pacientes pediátricos con leucemia aguda. Volumen 23 (Nº1: Pag.45-54)
- OMS. (2011) Informe mundial sobre la discapacidad.
Recuperado:<http://www.who.int/disabilities/world-report/2011summary-es.pdf>
- Jaime Humberto Moreno, Margarita Roza Sánchez, Martha Isabel Cantor Nieto (2012): "Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios Psicológicos". Universidad Católica de Colombia. Revista de psicología Volumen 6 N°2 Pág. 23-34.
- Poo Arguelles Pilar (2015) Parálisis cerebral, Volumen 36(Pág.271-277)
- Rodríguez Arbelo Cristina, Rodríguez Hernández Sara (2016) Atención temprana en parálisis cerebral infantil (Tesis de fin de grado) Facultad de Ciencias de la Salud España.
- Salazar Cl. Uribe M, Zuluaga W, Ríos F., Montes F. (2004) Factores de riesgo para el abandono de tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín. Revista de Medicina Volumen 18 N° 1.

- Salinas Pacherras Patricia. (2014) Modificando el afrontamiento de las madres con hijos que padecen de parálisis cerebral en la Clínica San Juan de Dios Chiclayo. (Tesis de pregrado) Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Facultad de Medicina Escuela de Enfermería.
- Sosa N, Pereira S, Barreto M. (2005) Abandono del tratamiento de tuberculosis en Nicaragua. Revista Panamericana Salud Publica. Volumen 17 N°4 (Pág. 271)
- Vila R. Judith, Espinoza O. Iván, Guillen Daniel, Samalvides Frine. (2016) Características de pacientes con parálisis cerebral atendidos en consulta externa de neuropediatría en un hospital peruano. Departamento de pediatría. Hospital Cayetano Heredia.
- Recuperado:<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2557/2584>
- Weitzman Mariana. (2005) Terapia de rehabilitación en niños con o en riesgo de parálisis cerebral, Facultad de medicina. Universidad de Chile. Revista Pediátrica Electrónica. 2005. Volumen 2 N° 1.

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de consistencia: Deserción de pacientes pediátricos con parálisis cerebral en Clínica San Juan de Dios Lima.

AUTORA: Faviola Palomino Crisóstomo

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA PRINCIPAL:</p> <p>¿Qué factores influyen en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en pacientes con parálisis cerebral de 1 año a 8 años en clínica San Juan de Dios Lima - 2016?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>1. ¿En qué medida el factor económico influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar qué factores influyen en la deserción del tratamiento de rehabilitación física de paciente con parálisis cerebral de 1 años a 8 años en la Clínica San Juan de Dios Lima- 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Identificar en qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física está</p>		<p>Factor económico</p> <p>Conocimiento de la enfermedad</p> <p>Lugar de origen</p>	<p>Nivel económico</p> <p>Nivel de conocimiento de la enfermedad</p> <p>Lugar de residencia</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>La población objetivo de la investigación es de 160 casos que desertaron al tratamiento de rehabilitación física.</p> <p>MUESTRA</p> <p>La nuestra en la presente investigación de estudio está representada por 80 padres y apoderados de los pacientes pediátricos que abandonaron el tratamiento y aceptaron participar en el estudio, el presente estudio es de tipo no probabilístico.</p>

<p>2. ¿En qué medida el nivel de conocimiento de la familia influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos?</p> <p>3. ¿En qué medida el lugar de origen influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos?</p> <p>4. ¿En qué medida el estado de salud del paciente influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos?</p> <p>5. ¿En qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física de los pacientes está influenciada por el tipo de familia?</p>	<p>influenciada por el factor económico</p> <p>2. Identificar en qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física está influenciada por el nivel de conocimiento de la familia.</p> <p>3. Conocer en qué medida el lugar de origen influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos.</p> <p>4. Conocer en qué medida el estado de salud del paciente influye en la deserción del tratamiento de rehabilitación física en los pacientes pediátricos.</p> <p>5. Identificar en qué medida la deserción del tratamiento de rehabilitación física está influenciada por el tipo de familia.</p>	<p>Deserción de tratamiento</p>	<p>Estado de salud</p>	<p>Estado físico</p>	<p>TIPO:</p> <p>El siguiente estudio es de carácter cuantitativo, se enfoca en los hechos de manera objetiva frente a nuestro objeto de estudio y describe la problemática para remitirlo a un estudio presentando una propuesta de mejoramiento.</p> <p>DISEÑO: El siguiente diseño de estudio es de carácter tipo descriptivo porque nos permite identificar las características de nuestra población.</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Encuesta</p>
			<p>Tipo de familia</p>	<p>Clasificación</p>	

Anexo 2

Encuesta: “Deserción de pacientes pediátricos con parálisis cerebral de 1 año a 8 años en el área de rehabilitación física en Clínica San Juan de Dios Lima-2016”

Edad: N° de código:..... Fecha:.....

Sexo: Distrito.....

Instrucciones: El siguiente cuestionario consta de 20 afirmaciones las cuales busca conocer cuáles son los factores que influyen en la deserción de fuente directa en la Clínica San Juan de Dios. Se encuentra dirigido a los padres de los pacientes. Marca con un aspa (x) la alternativa de su consideración.

FACTOR ECONOMICO

1. ¿Su ingreso económico percibido le dificulto acceder al programa de rehabilitación?

a) Dificulta b) No dificulta c) A veces

2. ¿Cuál es su ingreso económico percibido?

a) < 850.00Soles b) 850.00 Soles c) Mayor 850.00-1.200 Soles

3. ¿Considera usted que la demanda económica en su programa de rehabilitación fue...?

a) Alto b) Medio c) Bajo

4. ¿Qué porcentaje de los ingresos familiares designo en las terapias?

a) 25% b) 50% c) Otros

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

5. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- a) Primaria b) Secundaria c) Técnico-Superior

6. ¿Tiene conocimiento sobre el tratamiento de la parálisis cerebral?

- a) Si b) No c) Poco

7. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene conocimiento de la enfermedad de parálisis cerebral del paciente?

- a) Recientemente b) Hace años

8. ¿Sus miembros familiares conocen del diagnóstico de parálisis cerebral?

- a) Conocen b) No conocen

LUGAR DE ORIGEN

9. ¿Su lugar de residencia le dificulta dirigirse a la Institución para la rehabilitación de su niño?

- a) Si b) No c) A veces

10. ¿Le dificulta trasladarse a la Institución para la rehabilitación física de su niño?

- a) Si b) Algunas veces c) Siempre

11. ¿Qué tipo de transporte utilizo para trasladarse a la Institución?

- a) Ómnibus b) Servicio de Taxi c) Movilidad particular c) A pie

12. ¿Conto con apoyo de un familiar o silla de ruedas para el traslado a la Institución?

- a) Si b) No c) A veces

ESTADO DE SALUD

13. ¿Cuánto tiempo asistió a rehabilitación física?

- a) 1 mes b) 2 meses c) Mas de 3 meses

14. ¿Su estado físico del paciente le permitió asistir de manera continua a su programa de terapia?

- a) Si b) No c) A veces

15. ¿Durante el tiempo que realizo terapia mejoro el estado de salud de su niño?

- a) Si b) No c) Poco

16. ¿Su inasistencia en terapia se debió a problemas de.....?

- a) Emergencia b) Control médico c) Cirugía

TIPO DE FAMILIA

17. ¿En qué tipo de familia se encuentra integrado el paciente?

- a) Nuclear b) Monoparental c) Extensa

18. La familia es un elemento influyente para el tratamiento. ¿Su familia lo apoyo durante el tratamiento de rehabilitación?

- a) Si b) no c) A veces

19. ¿Quién de su entorno familiar de ofrece apoyo para continuar en el tratamiento de rehabilitación física?

- a) Su esposo(a) b) Parientes c) Nadie

20. ¿Cuenta con apoyo familiar en los cuidados del niño?

- a) Si b) No c) A veces

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

Nombre del entrevistador:

.....