Somatic

REVISTA CIENTÍFICA

No. 3, Enero - junio 2023

www.uva.edu.mx



Coordinación de Investigación | Campus Mérida

UNIVERSIDAD VIZCAYA
DE LAS AMÉRICAS

CIDIV
CENTRO DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN VIZCAYA


Políticas Públicas
y Mecanismos
de Participación
Cuidadana
Maestría
DIVISIÓN DE POSGRADOS
UNIVERSIDAD VIZCAYA
DE LAS AMÉRICAS

EDITORIAL

Somatic, presenta su edición 3. Estamos ante la llegada de contar con nuestro ISSN. Etapa relevante en la vida de esta revista de divulgación científica, la cual plantea una prospectiva de análisis y proyección para la generación del conocimiento científico encaminada a la discusión de productos terminados, los cuales abonan al crecimiento profesional de los estudiantes de licenciatura, principalmente, que hacen tesis de investigación.

En esta edición, Patricia Katún nos habla del empoderamiento de las madres adolescentes: describe la lactancia materna y las funciones del profesional de salud. Por su parte Salgado, Rodríguez, Ramírez, Duque y Zamarrón, hablan de la violencia de pareja y la calidad de vida de los estudiantes universitarios.

Camila Cortés aplicó un estudio sobre la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en adultos con lumbalgia. Y Mónica Matú evaluó un tratamiento fisioterapéutico en pacientes con cervicalgia crónica. Por su parte Elizabeth Castañón habló de la criminalidad contemporánea y las políticas preventivas para la legitimización del discurso de securitización.

Por último, Ángel Santos desarrolló las corrientes interferenciales, el fortalecimiento muscular y artrocinemática para la recuperación del hombre congelado.

En el análisis continuo tenemos el adviento inminente de una nueva forma de aportar a la ciencia, mediante la conformación de estudios futuros y focalizados en el campus Mérida y otros más, que se sumen a la discusión de los temas propios.

Mtro. Fernando Pacheco Bailón
Coordinador de Investigación UVA Campús Mérida

CONTENIDO

5 **Empoderamiento de la madre adolescente: lactancia materna y el profesional de la salud.**

por LN. IPatricia Kantun Sabido

13 **Violencia de pareja y calidad de vida en estudiantes universitarios**

por Mayra Lizeth Salgado-Espinosa, Leidy Alexandra Rodríguez-Velez, Ashley Hosanna Ramírez-Neri, Dayanna Michelle Duque-Posada, Angélica Alejandra Zamarrón-Valero

19 **Adherencia al tratamiento fisioterapéuticos en adultos con lumbalgia, clínica fisiomar, yucatán.**

por PLFT. Camila Fernanda Cortes Colin*

25 **Evaluación de tratamiento fisioterapéutico en cervicalgia crónica en estudio de caso**

por Lft. Matú Sansores Mónica de Guadalupe

31 **Criminalidad contemporánea y políticas preventivas: construcción y legitimización del discurso de securitización**

por Elizabeth Castañón García

37 **Uso de corrientes interferenciales, fortalecimiento muscular y artrocinemática para la recuperación del rango de movimiento del síndrome de hombro congelado**

por Ángel Gabriel Santos López

Las ideas vertidas en la publicación Somatic representan el resultado de investigaciones hechas por los autores de la Universidad Vizcaya de las Américas Campus Mérida.

coord_inv_merida@uva.edu.mx
(999) 95 66 47 Ext. 120

DIRECTORIO

Director General del campus Mérida:	Dr. José de Jesús Palafox Quintero
Director de Servicios Académicos y Escolares:	Mtra. Yamile Cetina Cahero
Directora Administrativa Financiera:	Ing. Nury Rodríguez Álvarez
Coordinador de investigación:	Mtro. Fernando Pacheco Bailón
Diseño Editorial:	Mtra. Edith del Carmen Avila Hernández
	Mtro. Oscar Bastarrachea Velázquez

Imagen de portada: Mart Production, Pexels

ISSN En trámite

Somatic revista científica, Año 3 Número 3 Enero 2023
Publicación semestral editada por la Universidad Vizcaya de las Américas Campus Mérida
Calle 33 #140 Entre calle 20A y 22 Col. Chuburná de Hidalgo, Mérida, Yucatán

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente sin citar la fuente.

SOMATIC. año 3, No. 3, Enero – junio 2023 es una publicación semestral editada por el Patronato Cultural Vizcaya, calle 33 por 20 a y 22 numero 140 col. Chuburná de Hidalgo CP.97205 Tel. 99-91-95-66-47 https://www.revistascientificasuvamerida.org.mx/ cidiv_merida@uva.edu.mx
Editor Responsable: Fernando Pacheco Bailón. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-102013152900-102, ISSN en trámite el primero otorgado por el Instituto Nacional del Derechos de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Centro de Investigación Universidad Vizcaya Dr. Fernando Pacheco Bailón, calle 33 por 20 a y 22 numero 140 col. Chuburná de Hidalgo CP. 97205, fecha de última modificación 2 de enero del 2023.

Empoderamiento de la madre adolescente: lactancia materna y el profesional de la salud

LN. Patricia Kantun Sabido



Foto cortesía de Mart Production, Pexels.

Abstract

Introduction: *the rates of breastfeeding in adolescent mothers are below those of adults. It has been identified that the maternal support network is essential for the practice of breastfeeding, in particular the participation of health professionals, due to their role in the transmission of information and emotional support. However, there are still health professionals who provide little information and whose communication skills are ineffective.*

Objective: *To identify how maternal experiences with the health professional influence the mother's decision to start and continue breastfeeding.*

Material and methods: *A qualitative, observational, cross-sectional, retrospective study with a phenomenological approach was carried out. A semi-structured questionnaire was applied to obtain maternal socioeconomic data and an interview to learn about maternal experiences.*

Results: *It was identified that, during pregnancy, breastfeeding topics were taught at the end of the eighth month by the staff of the nursing and social work department. In the recovery room, nursing staff provided practical help and information. Finally, support for breastfeeding was infrequent in postnatal checkups. The exclusive breastfeeding rate was 11.1% and 89.9% introduced milk formula the first days after birth. 44.4% of the participants reported prolonging breastfeeding between 24 and 36 months, while 11.1% weaned between 6 and 11 months.*

Conclusions: *The mothers' interest in complying with the established recommendations was observed, but the professional's participation in breastfeeding issues was brief, which did not allow identifying breastfeeding problems. In addition, the promotion of breastfeeding after childbirth was poor.*

Keywords: *Breastfeeding, adolescent, health professional, continuation of breastfeeding, support, promotion, and protection*

* Egresada de la licenciatura en nutrición de la Universidad Vizcaya de las Américas, Campus Mérida.

INTRODUCCIÓN

La transición a una nueva etapa siempre ha generado cambios importantes a nivel fisiológico y social, en especial en la adolescencia por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, estructura social y razonamiento abstracto. En conjunto, facilita la toma de decisiones poco adecuadas, como prácticas sexuales sin protección anticonceptiva, y consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas, las cuales, son factores de riesgo que dan lugar al embarazo adolescente.1–6.

La maternidad a temprana edad trae consecuencias importantes para la diada madre-hijo, en especial complicaciones durante el parto para la madre, y para el producto un mayor riesgo de mortalidad prenatal, prematuridad y bajo peso al nacer. 7,8

También, se ha observado la elección de diferentes métodos de alimentación en el lactante siendo frecuente el uso de las fórmulas lácteas en lugar de la práctica de la lactancia materna (LM).7,8. Esto es importante por los componentes que trabajan sinérgicamente para la adecuada nutrición y protección inmunológica infantil, los beneficios que ofrece a la madre, medio ambiente y sociedad .9–12

> En la actualidad aún existe poca información sobre las cifras de lactancia materna exclusiva en madres jóvenes, pero en 2015, la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (EMIN) identificó que solo el 23.3% de las madres jóvenes brindaban lactancia materna exclusiva a niños menores de seis meses, mientras que en las madres en edad adulta la lactancia fue del 30.8%. 8

El descubrimiento de los beneficios que provee la lactancia materna ha llevado a investigar las acciones que facilitan el abandono de esta, y aunque existen diversos factores individuales y sociales involucrados en el inicio y la prolongación de la lactancia materna, se ha observado que la participación del profesional de la salud es de vital importancia 13–19

Las intervenciones del profesional de salud durante el periodo de gestación o de lactancia materna tiene acciones que proporcionan información y apoyo emocional que deben efectuarse al mismo tiempo, pues ayuda a generar herramientas para afrontar problemas relacionados al seno materno (mastitis, absceso mamario, etc.); por esta razón diversas instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueven programas para la protección, promoción y difusión de la lactancia materna.16, 20–28

Sin embargo, a pesar de la creación de estos programas de apoyo aún existen situaciones que ponen en riesgo la práctica de una lactancia materna exitosa. La primera es que el profesional de salud desarrolla comunicación efectiva con la madre, pero la información es errónea o incompleta; la segunda, el profesional de salud no tiene conocimiento de las directrices actuales, hace sugerencias basadas en experiencias propias, o bien, brindan información incompleta y no cuenta con capacidad de establecer comunicación efectiva que, permita encontrar las dificultades maternas, y así desarrollar estrategias adaptadas a sus necesidades. 16,20–27

La adquisición de prácticas poco adecuadas podría ser mayor para las mujeres que fueron madres a temprana edad por los cambios de la adolescencia y embarazo y más si la relación medicó-paciente no es efectiva. Por esta razón, el siguiente estudio tiene como finalidad describir las experiencias de madres adolescentes sobre la atención del profesional de salud y su relación en el inicio y continuación de la lactancia materna en Mérida, Yucatán. 9–12,29



OBJETIVO

- Describir las experiencias de madres adolescentes sobre la atención del profesional de salud y su relación en el inicio y continuación de la lactancia materna en Mérida, Yucatán.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo, con diseño fenomenológico. La muestra estuvo constituida por 9 mujeres que fueron madres en el periodo de la adolescencia (12-19 años) del municipio de Mérida. Las participantes fueron mujeres con antecedentes de gestación entre dos a cinco años, sin contraindicaciones médicas que impidiera a la madre brindar leche materna o bien al lactante recibirla.

El reclutamiento se llevó a cabo por medio de visitas a unidades de salud públicas y en las comisarías pertenecientes al municipio de Mérida, Yucatán. También se realizó difusión por medio de las redes sociales (WhatsApp, Facebook e Instagram).

Para la recolección de datos, se aplicó una encuesta semiestructurada sobre datos socioeconómicos, y una entrevista sobre las experiencias maternas de la atención del profesional de salud.

Para el análisis de los datos, se utilizó como referencia el análisis interpretativo fenomenológico de Smith y colaboradores.

RESULTADOS

En el siguiente estudio se trabajó con una muestra total de 9 mujeres. El rango de edad fue entre 19 a 22 años, con una media de 22.22 años y desviación estándar (DE) de +0.50.

En cuanto al estado civil de las participantes, el 44.4 % (4) refirió ser soltera, el 11.1 % (1) casada y el 44.4 % (4) vivir en una unión libre.

Sobre la ocupación materna, la mayoría de las participantes se dedicaban a las actividades del hogar constituyendo el 66.7 % (6).

En cuanto a la residencia, la mayoría se encontraban en la zona rural del municipio de Mérida que representa al 55.6 % (5). En la Tabla 1 se observan las características descritas en los párrafos anteriores.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	Frecuencia % (n) N=9
Estado civil	
Soltera	44.4 % (4)
Casada	11.1 % (1)
Unión libre	44.4 % (4)
Ocupación	
Ama de casa	66.7 % (6)
Empleada	22.2 % (2)
Estudiante y empleada	11.1 % (1)
Residencia (Mérida)	
Zona urbana	44.4 % (4)
Zona rural	55.6 % (5)

Tabla 1. Características sociodemográficas
Fuente: elaboración propia

Antecedentes del parto y la lactancia materna

El tipo de parto informado por la mayoría de las participantes fue por cesárea con el 77.8 % (7) y con menor frecuencia fue parto natural con el 22.2 % (2).

El 55.6 % de las participantes indicó que el profesional de salud promovió el contacto piel a piel de inmediatamente después del parto, pero no cumplía las directrices de la OMS y el 44.4 % (4) si lo hacía.

En cuanto a la lactancia materna, el 11. 1% (1) brindo leche materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida del lactante y el 88.9 % (8) incorporó fórmula láctea ocasionalmente. De todas las madres que introdujeron fórmula láctea como alimento, el 33.3 % (3) dejaron de brindar leche de fórmula y continuaron con la práctica de la LM por las siguientes razones:

1 La madre sabía los beneficios de la leche materna para el lactante.

2 La madre observó que la fórmula láctea provocaba diarrea al lactante.

3 El profesional de salud regañó a la madre por brindar fórmula láctea al lactante.

El cese de la práctica de lactancia materna (destete) se presentó entre los 6-11 meses después del nacimiento para 11.1 % (1), y para 44.4 % (4) fue entre los 24 y 36 meses después del parto, como se indica en la tabla 2.

Variable	Frecuencia % (n) N=9
Tipo de parto	
Cesárea	77.8 % (7)
Natural	22.2 % (2)
Contacto piel a piel inmediato al parto	
Si	44. 4 % (4)
No	55. 6 % (5)
Tipo de LM	
Exclusiva	11.1% (1)
Ocasional	88.9 % (8)
Consumo de FL (días/meses)	
0-29	22.2 % (2)
1-2	44.4 % (4)
3-4	22.2 % (2)
Sin consumo	11.1 % (1)
Duración de LM (meses)	
0-6	00.0 % (0)
6-11	11.1 % (1)
12-23	44.4 % (4)
24-36	44.4 % (4)

Tabla 2. Antecedentes del parto y práctica de lactancia materna
FL (fórmula láctea), LM (lactancia materna)
Fuente: Elaboración propia.

¿Qué información recibieron sobre lactancia materna?

La información sobre temas lactancia durante el embrazo y después del parto fue básica, y la mayoría de las madres no pudieron describir la información debido al tiempo transcurrido. En la tabla 3 y 4 se describe la información más a detalle.

También se identificó que el 88.8 % de las madres presentaron problemas con la lactancia materna, siendo la más común el agrietamiento, y sangrado en los pezones.

Prolongación de la lactancia materna a partir de la promoción del profesional de salud

Para el proceso de aprendizaje, se identificó tres etapas; durante el embarazo, en la sala de recuperación y en los controles postnatales. En cada variable se incluirá una cita para representar la información.

En el embarazo, temas de lactancia comenzó a mitad del embarazo o finales del octavo mes, excepto para una participante que no recibió información o ayuda.

En dicho proceso se identificó dos tipos de experiencias para las madres; en la primera, sentimientos de inconformidad por información deficiente para afrontar posibles situaciones en relación con la lactancia materna. Esto fue debido a que la duración máxima de 30 minutos de las pláticas, y la frecuencia en que se brindaba, fue considerado por las madres poco tiempo para resolver sus dudas, tal como se describe en las siguientes citas.

Información sobre lactancia materna	AE	DE
Beneficios para el lactante		
Evita el desarrollo de enfermedades	33.3%	33.3%
Contiene vitaminas, minerales, agua y anticuerpos	44.4%	11.1%
No recuerda los beneficios	11.1%	00.0%
No recibió información	11.1%	33.3%
No lo mencionó	00.0%	22.2%
Beneficios para la madre		
Reducción de peso materno	33.3%	00.0%
Previene cáncer de mama.	11.1%	00.0%
No recuerda la información		
No recibió información	44.4%	55.6%
	11.1%	44.4%
Posiciones y técnicas de amamantamiento		
Posición de cuna	33.3%	22.2%
Posición cruzada	00.0%	11.1%
Posición de cuna y cruzada	11.1%	00.0%
Posición de cuna, cruzada y biológica.	00.0%	33.3%
No recuerda la información	00.0%	00.0%
No recibió información	33.3%	11.1%
No lo mencionó	22.2%	22.2%
Agarre adecuado		
Labios completamente abiertos	11.1%	44.4%
Labios completamente abiertos y sin ruidos al succionar	11.1%	00.0%
Dar forma al pezón	00.%	11.1%
Labios completamente abiertos e identificar los gestos al succionar	000.0%	11.0%
No lo mencionó	22.2%	00.0%
No recibió información	55.5%	33.3%
No recuerda la información	00.0%	00.0%

Figura 3. Tipo de información recibida sobre lactancia materna. AE (antes del embarazo), DE (después del embarazo
Fuente: Elaboración propia

Información sobre lactancia materna	AE	DE
Extracción de leche materna		
Masajes manuales	11.1%	11.1%
Masajes manuales y consumo de agua	00.0%	11.1%
Masajes manuales y extractor automático	00.0%	33.3%
No recibió información	44.4%	44.4%
No lo mencionó	44.4%	00.0%

Figura 4. Tipo de información recibida sobre lactancia materna. AE (antes del embarazo), DE (después del embarazo)

> **Michel:** *Pues, me explicaron así para todo, así varias que iban a tener a sus bebes, creo que solo como dos veces nos explicó sobre eso, ya no volví a escuchar más, hasta que nació mi bebé no volvieron a explicar más. Tampoco duraban mucho las pláticas máximo 30 minutos.*

En la segunda experiencia se observó mayor motivación, seguridad y conformidad materna debido a su percepción de mayor compromiso por el profesional sobre los temas de lactancia, en especial cuando las pláticas se convertían menos monótonas, implementaban materiales visuales o didácticos.

> **Laura:** *La plática que tuve antes del parto fue muy amena, o sea, se notaba que realmente el profesional de salud, Como te digo, estaba comprometido con dicha causa, recuerdo que personas que no estaban embarazadas se acercaron a ver la plática.*

En sala de recuperación las madres expresaron diversas emociones con más claridad sobre la participación del profesional de la salud, en especial porque siempre fue atención variable. La ayuda práctica de forma paciente y amable siempre fue tranquilizadora para la madre después de la atención poco personalizada y agresiva por parte de otro profesional de la salud. Además, participantes no recibieron información útil, información actualizada o ayuda práctica al ser madres primerizas, incluso el comportamiento del profesional siempre fue hostil al observar que fue madre a temprana edad. Estas participantes manifestaron angustia, molestia y tristeza por tales situaciones, que se llegaron a sentir abandonadas.

> **Laura:** *Como soy primeriza, entonces si sentí como que estoy ahí sufriendo y como que ella en su mundo haciendo nada, me imagino que estaba capturando sus datos o algo, pero como que no era empática e igual entiendo que te tenga que doler o algo, pero realmente solo venían te hacían tacto y ya, a veces ni siquiera te decían nada.*

El establecimiento de confianza se reportó como complicado entre la madre y el personal de salud. Las madres fueron cuidadosas al observar el comportamiento o gestos faciales del mismo y reportaron que cuando percibían actitud poco positiva por parte del personal de salud preferían no preguntar por miedo a ser regañadas. Incluso a pesar del comportamiento del profesional, las participantes afirmaban que tenían razón por ser parte del profesional de salud que la atendía.

> **Yua:** *Las experiencias sí me sirvieron, aunque tenga el carácter que tengan, las verdades sí sirvieron, aunque al momento si te sientes como que... no sé, rara, te hacen sentir una sensación así... no sé.*

En cuanto a la alimentación del lactante para madres con complicaciones del parto (cesárea), ellas indicaron que no les pidieron autorización para darles fórmula láctea, esto dificultó el momento de brindar leche materna por primera vez porque el lactante no había aprendido a realizar las succiones.

> **Marisol:** *Él solo se quedó un día más, como no me lo dieron al instante, tampoco lo podía ir a ver, este... Mmmm le dieron fórmula, obviamente cuando agarró el pecho, hacía mucho coraje porque salía poquito, estaba acostumbrado al biberón que salía más fácil.*

La información proporcionada durante el embarazo fue de vital importancia para afrontar problemas futuros. Además, en conjunto la ayuda práctica que se proporcionó, incluso el material en sala de recuperación fue útil para que las madres se dieran cuenta

que la leche materna es esencial para el lactante. También durante la estancia hospitalaria, las participantes también identificaron que el profesional de salud más comprometido, amable y comprensivo era personal con menos tiempo de antigüedad.

> **Michel:** *Pues ahí donde yo fui, pues como había jóvenes y los que estaban creo que más tiempo me trataban bien, les decía algo, si le preguntaba algo, me trataban bien y me explicaban, ya los que tienen rato haya me decían al rato, me ignoraban o me decían que no se puede.*

En las consultas de seguimiento para los lactantes pocas veces se hablaban sobre temas de lactancia, la mayoría de las participantes indicaron que solo se realizaba mediciones de rutina (peso, talla, perímetro cefálico), una de ellas describió el compromiso del profesional de salud para que la madre realizara el destete temprano. Este médico proporcionó ayuda emocional, ayuda práctica, y resolvió dudas maternas sobre la poca producción de lactancia materna.

> **Nozomi:** *Empecé a decir 'como que se lo voy a dejar de dar, se lo voy a dejar de dar', y cuando fui a consultar me dijeron que no me sienta así, que es normal, pero que, si se puede, que yo trate de estimularme, que pegue más a la niña, o sea me empezaron a dar consejos cuando vieron que iba a dejar de dar pecho.*

La imposibilidad de la asistencia materna a las consultas de seguimiento llevó a las madres a otras fuentes de información, los más frecuentes fueron consejos de familiares o bien búsquedas en internet. La información proporcionada por la familia no siempre fue la adecuada para continuar con la lactancia, pues se aconsejaban los mitos más comunes de la lactancia materna, algo similar sucede con la información obtenida del internet.

> **Isabela:** *Leí en YouTube que si lo sigo sacando de mi pecho lo sigo produciendo y nunca voy a dejarlo. Entonces así lo dejé, un día si sufrí porque se hincharon (los senos), me dio calentura y todo, pero lo que me ayudó fue el repollo helado, lo vi en YouTube.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las madres jóvenes tienen mayor interés en seguir las recomendaciones sobre lactancia materna y la alimentación infantil, incluso se observó mayor prolongación de la lactancia materna. Sin embargo, la participación y seguimiento del profesional de salud fue deficiente, lo que no permitió establecer vías para la identificación y solución de problemas a medio y largo plazo.

Por esto, es importante planificar e implementar programas de seguimiento de la lactancia materna a través de visitas domiciliarias o comunicación vía telefónica, con la finalidad de identificar situaciones que deriven en el abandono de la lactancia materna, y la sensibilización familiar de dichos temas.

Reseña curricular

Patricia Guadalupe Kantun Sabido realizó su servicio social en el departamento de Ecología Humana, en el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados, Unidad Mérida, tesista en Universidad Vizacaya de las Américas, campus Mérida.

En el rubro académico, como apoyo a la actualización profesional, ha participado diversos cursos sobre las actualidades de la lactancia materna y alimentación complementaria.



Foto cortesía de Sora Shimazaki, Pexels.

Referencias

1. Favier Torres MA, Samón Leyva M, Ruiz Juan Y, Franco Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Rev Inf Científica [Internet]. 2018;97(1):205–14. Available from: http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1805/3517

2. Florez C, Soto V. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia [Internet]. Vol. 2, Demografía y Salud. Bogotá, Colombia; 2013. Available from: http://www.codajic.org/node/561

3. Arturo LA, Edgar VC, Abigail CM, Jesus GLC de. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017;55(2):223–9. Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71939

4. Poo A, Baeza B, Capel P, Llano M, Tuma D, Zuñiga D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev la Soc Obstet y Ginecol Infant y la Adolesc [Internet]. 2005;12(1):17–24. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-475765

5. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Publica Mex [Internet]. 2015;57(2):135. Available from: https://ensanut.insp.mx/

6. World Health Organization. Desarrollo de la adolescencia [Internet]. World Health Organization. 2020. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

7. World Health Organization. Embarazo en la adolescencia [Internet]. World Health Organization. 2020. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

8. Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Encuesta de indicadores Múltiples por conglomerados 2015. Informe Final [Internet]. Ciudad de México, Mexico; 2015. Available from: https://www.unicef.org/mexico/informes/encuesta-nacional-de-niños-niñas-y-mujeres-2015

9. World Health Organization. Lactancia materna exclusiva [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/#:~:text=La lactancia materna tiene muchos,seis primeros meses de vida.

10. Cacho NT, Lawrence RM. Innate immunity and breast milk. Front Immunol [Internet]. 2017;8(MAY):1–10. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28611768/

11. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017;88(1):15–21. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062017000100001&script=sci_arttext&tlng=e

12. Antonio L, Ciampo D, Lopes IR. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. Rev Bras Ginecol Obs [Internet]. 2018;40:354–9. Available from: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/5MnxQ6xkQfsJfwhNZ5JccTf/?lang=en

13. Aranda B. C, Pando M. M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Rev Investig en Psicol [Internet]. 2014;16(1):233. Available from: https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3929

14. Clifford J, McIntyre E. Who supports breastfeeding? Breastfeed Rev [Internet]. 2008;16(2):9–19. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18767233/#:~:text=Health professionals are more effective,often lacking in their training.

15. Hauck YL, Blixt I, Hildingsson I, Gallagher L, Rubertsson C, Thomson B, et al. Australian, Irish and Swedish women's perceptions of what assisted them to breastfeed for six months: exploratory design using critical incident technique. BMC Public Health [Internet]. 2016;16(1):1–12. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3740-3

16. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. Women and Birth [Internet]. 2017;30(6):e281–91. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28648583/

17. Kervin BE, Kemp L, Pulver LJ. Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours. J Paediatr Child Health [Internet]. 2010;46(3):85–91. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20136700/

18. Blixt I, Johansson M, Hildingsson I, Papoutsi Z, Rubertsson C. Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support" - An interview study. Int Breastfeed J [Internet]. 2019;14(1):1–12. Available from: https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-019-0247-4

19. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. Birth [Internet]. 2011;38(1):49–60. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21332775/

20. Castro Raquel José Silva; Silva EMBSDM. Perceção das mães sobre as práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno. Rev Enferm Ref [Internet]. 2015;65–73. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/3882/388241612011.pdf

21. Kohan S, Heidari Z, Keshvari M. Iranian women's experiences of breastfeeding support: A qualitative study. Int J Pediatr [Internet]. 2016;4(10):3587–600. Available from: https://ijp.mums.ac.ir/article_7435.html

22. Villaescusa Muñoz C. Experiencias de las madres atendidas en un hospital IHAN durante la instauración de la lactancia: un estudio para la mejora de la calidad mediante la técnica del incidente crítico [Internet]. Universidad de Alicante; 2017. Available from: http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/82509

23. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. Enferm Clin [Internet]. 2019;29(4):207–15. Available from: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.003

24. Pinzón-Villate GY. Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2017. Available from: http://www.bdigital.unal.edu.co/60805/1/51920531.2017.pdf

25. Mota-Castillo PJ, Hernández-Ibarra LE, Pelcastre-Villafuerte BE, Rangel-Flores YY. Experiencias y creencias de madres sobre la lactancia materna exclusiva en una región de México. J Nurs Heal [Internet]. 2019;9(1):1–14. Available from: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14499

26. Rangel-Flores YY, Martínez-Plascencia U, Rodríguez-Martínez E. Per-

ceptions and experiences of users about health limitations for the promotion of breastfeeding. Rev Salud Publica [Internet]. 2018;20(3):308–13. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000300308

27. Marine BMA. Factores selectos asociados a características de la lactancia materna en Mérida, México. Centro de Investigación y de estudios avanzados del instituto Politécico Nacional; 2017.

28. Arena Ansotegui J. La lactancia materna en la “estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.” An Pediatr [Internet]. 2003;58(3):208–10. Available from: https://www.who.int/nutrition/publicpublic/gs_infant_feeding_text_spa.pdf

29. INEGI. Natalidad y Fecundidad [Internet]. INEGI. 2019. Available from: https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/

Violencia de pareja y calidad de vida en estudiantes universitarios

Mayra Lizeth Salgado-Espinosa, Leidy Alexandra Rodríguez-Velez, Ashley Hosanna Ramírez-Neri, Dayanna Michelle Duque-Posada, Angélica Alejandra Zamarrón-Valero*



Foto cortesía de Alex Green, Pexels.

Abstract

Intimate partner violence includes various acts that can be harmful to the people involved and includes expressions of physical, psychological or sexual abuse, having the potential to negatively impact the quality of life of those who suffer from it. The university population is a risk group regarding this problem because they are in a key stage of acquiring autonomy and skills for their professional life. The objective was to identify the types of intimate partner violence experienced, to analyze the perceived severity of behaviors of this type, and to discover the relationship between intimate partner violence and the QoL of university students. 269 university students from Mexico and Colombia participated, the Violence Scale (VA) and Severity Index (SI) of Valdez-Santiago et al. (2006) and the subscale of General Satisfaction with life and well-being of the Quality of Life .

***Questionnaire:** Satisfaction and Pleasure of Endicott (2009). A higher prevalence of emotional violence was found (M=4.16, S.D.= 3.26), this form of violence also represented a greater perceived severity (M= 16.72, S.D.= 18.47). A statistically significant negative correlation was found between intimate partner violence and quality of life (rho=-3.94, p<.05), in addition to the fact that when comparing, it was found that those who experienced intimate partner violence presented a worse level of quality of life than those who did not. According to our results, it is important to notice that intimate partner violence is a problem that occurs in the university population that needs to be addressed through prevention strategies that allow the detection of expressions of violence from their partners.*

Keywords: Violence, partner, quality of life, college students.

INTRODUCCIÓN

La violencia en la pareja representa una problemática multifactorial en la que inciden aspectos sociales, personales y culturales, que comprenden diversos actos que pueden ser dañinos para las personas involucradas en el aspecto físico, psicológico o sexual (Organización Mundial de la Salud, 2013), vulnerando los derechos humanos de la víctima al obstaculizar sus oportunidades de progreso y, con ello, su Calidad de Vida (CV), por lo que ha sido considerado un grave problema de salud pública al mermar en el desarrollo de las personas implicadas en esta dinámica.

La complejidad del estudio de la violencia radica en que se ha identificado que se suelen presentar una confluencia entre los diferentes tipos de violencia en una misma relación e incluso, en un mismo período de tiempo (Sanz-Guinea et al., 2013) incrementando con ello el riesgo de presentar afectaciones en cualquiera de las dimensiones de la salud de las víctimas.

PROBLEMATIZACIÓN

La violencia puede adoptar diferentes tipos de acciones como puede ser a través de las agresiones físicas, el maltrato emocional, forzar o coaccionar para tener relaciones sexuales u otros comportamientos controladores y dominantes, tales como el aislar de amigos o familia, no permitirle tener un empleo, educación o atención médica (OMS, 2013). Estas diferentes formas de violencia pueden presentarse de manera simultánea y confluir entre sí, convirtiéndose en un ciclo interpersonal en el que una vez que se ha presentado el primer episodio de violencia existe una alta probabilidad de que se vuelvan a presentar (Echeburúa & de Corral, 1998) y donde los casos que alcanzan una mayor severidad se dan a conocer o se denuncian (Ocampo & Amar, 2011).

En la investigación de Tavares et al. (2017) realizada en 424 mujeres brasileñas con un promedio de edad de 35 años, se reportó que la violencia doméstica posee asociación con la calidad de vida de las mujeres ($p=0,017$). Al revisar a profundidad estos hallazgos se encontró que el dominio de las relaciones sociales y seguridad, así como la oferta de tratamiento médico eran variables que intervenían en dicha asociación entre violencia doméstica y calidad de vida, resaltando la importancia de las redes de apoyo en la identificación y denuncia de cualquier forma de violencia y también la necesidad de políticas públicas con perspectiva de género que incremente la accesibilidad de las mujeres víctimas a la atención para la salud.

En otro estudio (Sanz-Guinea et al., 2013) en el que se midió la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres víctimas de violencia por parte del compañero y compararla con la de la población general equivalente en edad y sexo, encontraron que las mujeres víctimas de este tipo de violencia mostraron una calidad de vida relacionada con la salud significativamente peor ($p<0,001$) que el de la población general vasca en todas las dimensiones, concluyendo que las dimensiones mentales son las que más se ven afectadas en este tipo de problemáticas.

De esta manera, la importancia del estudio de las implicaciones de la violencia de pareja sobre la calidad de vida de las mujeres víctimas se asocia a que es durante la etapa universitaria cuando se adquieren habilidades para el desarrollo profesional y la autonomía a corto, mediano y largo plazo. Esto conlleva a que, a través de las situaciones adversas asociadas a la violencia de pareja, la percepción de la satisfacción con la vida se ve disminuida abarcando con ello las diferentes esferas de la vida como salud física, estado emocional, tareas del curso o clase, actividades de tiempo libre, etc.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN



¿Cuál es el tipo de violencia dentro de la pareja con mayor prevalencia en la población universitaria?

¿Cuál es la severidad percibida de los comportamientos violentos experimentados por parte de la pareja?

¿Cuál es la relación entre las expresiones de violencia de pareja y la calidad de vida de los estudiantes universitarios?

OBJETIVO GENERAL

Identificar los tipos de violencia de pareja experimentados, analizar la severidad percibida de los comportamientos de este tipo, y conocer la relación entre la violencia de pareja y la CV de los universitarios.

MÉTODO

El diseño fue de tipo no experimental, cuantitativo, comparativo, transversal, al ser aplicado en un solo momento.

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron 269 universitarios, de los cuales el 75.5% fueron estudiantes mexicanos y el 24.2% fueron estudiantes de Colombia, con una media de edad de 23.17 años (D.E.= 5.81). El 74.7% fueron mujeres, 24.5% hombres y .4% prefirió no decirlo.

El 24.6% cumplió con el criterio de estar experimentando violencia dentro de la pareja. De la totalidad de la muestra, el 54.5% tenía un trabajo remunerado, el 25.8% vivía con su pareja y el 27.3% tenía hijos.

Se aplicó la Escala de Violencia (EV) e Índice de Severidad (IS) de Valdez-Santiago et al. (2006) a los universitarios que reportaron estar experimentando alguna forma de violencia. La EV se compone de la dimensión de violencia física (11 ítemes), emocional (5 ítemes) y sexual (3 ítemes), con un α de .89 en la presente investigación; mientras que el IS está compuesto de los mismos 20 ítemes, en las que el o la participante puntúan la severidad percibida de cada una de las expresiones de violencia del 0 al 10, en la presente investigación se obtuvo un α de .81

Se aplicó la subescala de Satisfacción General con la vida y bienestar del Cuestionario de Calidad de Vida: Satisfacción y Placer de Endicott (2009) a todos los universitarios participantes, que constó de 16 ítemes que evalúan las diferentes dimensiones de la vida con una escala de seis puntos (“Muy insatisfecho” a “Muy satisfecho”), con un α de .96

Se realizaron análisis descriptivos, al no presentar una normalidad, se optó por el análisis a través de las pruebas no paramétricas de la U de Mann-Whitney y correlación de Spearman, mediante la herramienta del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 23.

RESULTADOS

El 47% de los universitarios reportó que los comportamientos violentos de la pareja disminuyeron en el último año; el 42.4%, se mantuvieron; y en el 10.6%, aumentaron.
De las formas de violencia experimentadas, la más frecuente refiere a la violencia de tipo emocional (M= 4.16, D.E.= 3.26), seguida de la violencia física (M= 2.10, D.E.=3.45) y, en tercer lugar, la violencia sexual (M=.96, D.E.= 1.42).

En cuanto a la severidad percibida de la violencia, la violencia emocional tuvo la media más alta con 16.75 (D.E.= 18.47), seguido de la violencia sexual con 6.33 (D.E.=7.03), y en tercer lugar la violencia física, con 3.83 (D.E.=3.97).

Se encontró una correlación moderada negativa entre la vivencia de violencia y la CV (rho=-.394, p<.05).

Al realizar los análisis comparativos, se encontró que el estadígrafo de U de Mann-Whitney fue de 5 409.00 con una significancia asintótica bilateral de .021, por lo que se concluye que el nivel de CV difiere entre universitarios víctimas de violencia y los que no experimentan esta situación. Los rangos promedio de CV encontrados fueron de 115.45 para quienes viven alguna situación de violencia; y de 140.72 para quienes no la experimentan.



Foto cortesía de Rodnae Productions, Pexels.

DISCUSIÓN

El estudio de la violencia dentro de la dinámica de pareja cobra especial relevancia el último año debido a la situación de pandemia, que ha favorecido la percepción de aislamiento social y funcional, así como las prácticas de control y, con ello, violencia, disminuyendo el acceso a recursos de salud para hacer frente a esta situación (Roesch et al., 2020) y también la identificación de las redes de apoyo como los propios compañeros del curso en el caso del grupo estudiado en la presente investigación.

Por otro lado, la identificación de la violencia emocional como la más frecuente y la más severa, coincide con lo encontrado en estudios previos (Chuemchit et al., 2018; Zambrano, 2021).

> La violencia emocional representa un importante factor de riesgo de sintomatología somática, ansiedad y síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (García y Matud, 2015) que surgen a través de las diversas estrategias de manipulación y menosprecio que se presentan dentro de este tipo de violencia, afectando además la autoestima de la víctima.

A través de la presente investigación se encontró que existe una correlación negativa entre la calidad de vida y la vivencia de violencia en la dinámica de pareja, lo que se evidenció al comparar entre los universitarios que viven alguna forma de violencia de pareja y quienes no la viven, similar a lo reportado por Sanz-Guinea et al. (2013) y Tavares et al. (2017). Con lo que se demuestra que la violencia de pareja se asocia a una peor percepción de las situaciones de vida de los universitarios ya que además se encontró que quienes viven en estas dinámicas adversas también tuvieron un rango promedio menor de calidad de vida.

CONCLUSIONES

La violencia infringida por la pareja se relaciona con una menor CV en las víctimas, mermando en su funcionalidad psicosocial y física. En términos de salud pública, la violencia de pareja genera grandes consecuencias económicas para la víctima y para el sistema de salud en general, debido a la mayor probabilidad de presentar un peor estado de salud, así como de adquirir comportamientos de riesgo (Stubbs & Szoeke, 2021), con sus respectivas repercusiones a corto, mediano y largo plazo. Incluyendo dentro de las principales amenazas, el presentar alguna discapacidad o incluso la muerte. Al respecto,

> el 38% de los asesinatos a mujeres son llevados a cabo por parte de su pareja (Medina & Medina, 2020) instaurándose como la principal causa de muerte por homicidio en las mujeres (Mazza et al., 2020).

A través del presente estudio destaca que la violencia de pareja es una problemática que se presenta en la población universitaria que requiere ser abordada a través de estrategias de prevención que permitan la detección de las expresiones de violencia y, además, establecer protocolos dentro de las instituciones educativas para proporcionar información de manera continua y canalizar a las instancias correspondientes según sea el caso.

Las limitaciones encontradas fueron la cantidad de la muestra por lo que se recomienda incrementar el tamaño para el análisis comparativo entre regiones o países y sexo, así como aplicar de forma completa el Cuestionario de Calidad de Vida, para identificar con mayor detalle las afectaciones en cada dimensión de la vida de los universitarios.



Foto cortesía de Engin Akyurt, Pexels.

*Reseña curricular

Mayra Lizeth Salgado Espinosa es coordinadora del Centro de Investigación, Desarrollo e Innovación Vizcaya campus Saltillo. Licenciada en Psicología con Maestría en Ciencias con orientación en Psicología de la Salud por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Doctorante en Psicología de la Salud por la Universidad Autónoma de Coahuila.

Leidy Alexandra Rodríguez-Velez es estudiante de la Corporación Universitaria Minuto de Dios ubicada en Colombia.

Ashley Hosanna Ramírez Neri actualmente es estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Vizcaya de las Américas Campus Colima.

Dayanna Michelle Duque Posada actualmente es estudiante cursante de octavo semestre en Psicología en la Fundación Universitaria del Área Andina donde pertenece al semillero de investigación AJPU de Psicología jurídica y forense, en el cual desarrollo su investigación relacionada con las consecuencias psicoafectivas del abuso.

Angélica Alejandra Zamarrón Valero, estudiante de la Universidad Vizcaya de las Américas campus Monclova.

Referencias

Chuemchit, M., Chernkwanma, S., Rugkua, R., Daengthern, L., Abdullakasim, P., & Wieringa, S. E. (2018). Prevalence of Intimate Partner Violence in Thailand. Journal of Family Violence, 33(5), 315–323. https://doi.org/10.1007/s10896-018-9960-9

Echeburúa, E., & de Corral, P. (1998). Manual Violencia Familiar (p. 207). Siglo XXI de España.

García, M. J., & Matud, M. P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. Salud Mental, 38(5), 321–327. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.044

Mazza, M., Marano, G., Lai, C., Janiri, L., & Sani, G. (2020). Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. Psychiatry Research, 289(April), 113046. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113046

Medina, I., & Medina, A. (2020). Violencias Contra Las Mujeres En Las Relaciones De Pareja En México. Intersticios Sociales, 18, 269–302. https://doi.org/10.37572/edart_2172811203

Ocampo, L. E., & Amar, J. J. (2011). Violencia en la pareja, las caras del fenómeno. Salud Uninorte, 27(1), 108–123. https://www.redalyc.org/pdf/817/81722530013.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). Violencia infligida por la pareja. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?sequence=1

Roesch, E., Amin, A., Gupta, J., & García-Moreno, C. (2020). Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. The BMJ, 369(May), 2–3. https://doi.org/10.1136/bmj.m1712

Sanz-Guinea, A., Mar, J., Sánchez-Fernández, M., Ibáñez, M., Josune, M., & Arrospide, A. (2013). Calidad de vida de las mujeres víctimas de violencia del compañero íntimo. Gaceta Médica, 110(4). http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/99

Stubbs, A., & Szoeke, C. (2021). The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women: A Systematic Review of the Literature: Trauma, Violence & Abuse, 1–16. https://doi.org/10.1177/1524838020985541

Tavares, K. D., Pinheiro, R., Agnaldo, J., Fernandes, H., & Tórres, E. (2017). Asociación entre la violencia doméstica y la calidad de vida de las mujeres. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25. https://doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901

Valdez-Santiago, R., Hijar-Medina, M. C., Salgado, V. N., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L., & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud pública de México, 48(Sup. 2). http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31378.pdf

Zambrano, C. G. (2021). Violencia intrafamiliar en tiempos de confinamiento por COVID 19: Una revisión sistemática. Perspectivas Metodológicas, 21. https://doi.org/https://doi.org/10.18294/pm.2021.3605

Anherencia al tratamiento fisioterapéutico en adultos con lumbalgia, clínica fisiomer, Yucatán.

PLFT. Camila Fernanda Cortes Colin*



Foto cortesía de Yan Krukau, Pexels.

Abstract

Introduction: *Therapeutic adherence is one of the least studied topics in the field of physiotherapy. Among the pathologies that present the greatest lack of adherence, we find low back pain. Low back pain is one of the pathologies that reports the most hospital admissions. The lack of adherence to physiotherapy treatment in low back pain is considered a health problem, which leads to relapses, secondary diseases and greater public spending, establishing a prevalence of 70%. Correct adherence to physiotherapy treatment creates a significant change in the health of the patient and the public treasury.*

Objective: *To identify the level of adherence to physiotherapy treatment and the reason for it in patients between 40 and 65 years of age with low back pain, who attended the Fisiomer Rehabilitation Stadium Clinic in Mérida, Yucatán from November 1 to December 17, 2021.*

Material and methods: *A cross-sectional prospective descriptive study was carried out in 17 patients aged 40 to 65 who attended the Fisiomer Rehabilitation Stadium Clinic from November 1 to December 17, 2021.*

Results: *17% of the patients were high achievers, of which more than 60% were women; 100% of the patients who are dedicated to the home, were qualified as low adherents and rated with less than 87 points on the SIRAS scale, while the working patients only 58.8% are low adherents. The distance from the patient to the clinic did not prove to be a factor of lack of adherence, since 50% of the patients live 20 to 30 minutes away.*

Conclusions: *Adherence to treatment in a physiotherapeutic treatment is important because the causes of this must be known and work with patients to reduce the incidence of people who do not comply with all their therapies so that there is no recurrence.*

Keywords: *adherence, physiotherapy treatment, low back pain.*

* Es pasante de la licenciatura en fisioterapia por la Universidad Vizcaya de las Américas, Campus Mérida

INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento se define como la capacidad para cambiar estilos de vida enfocados a la buena salud, para generar un resultado preventivo/terapéutico deseado (1), lo que nos brinda beneficios a la salud del paciente y al erario evitando gastos adicionales en atención médica por negligencia del paciente en el retraso de su atención, tratamientos en enfermedades crónicas, recaídas, ingresos hospitalarios y pérdida de citas que podría aprovechar otra persona.

Para que se cumplan los objetivos del tratamiento de fisioterapia, precisamos en su mayor parte de la adherencia del paciente al tratamiento, sin embargo, completar el tratamiento fisioterapéutico en tiempo y forma como lo índica el fisioterapeuta es una problemática creciente para los pacientes, este desafío se presenta en todos los niveles de atención y debemos tomarle gran importancia (2).

La lumbalgia o dolor de espalda baja, se encuentra dentro de las enfermedades más tratadas en la fisioterapia, y a nivel global también es de los problemas de sanidad más gravosos monetariamente para el paciente, colocándose como una de las más grandes fuentes de inasistencia laboral en empleados de Norte América, entre otras naciones. Es de vital importancia saber que del 60 hasta el 90% de la población adulta, corre un riesgo latente de padecer dolor lumbar en alguna ocasión a lo largo de su vida (3).

Debido al interés en comprender las causas e incidencia de la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con lumbalgia, se les entregó a los pacientes un consentimiento informado (anexo 1), se les aplicó una encuesta de datos sociodemográficos (anexo 2) y la escala SIRAS (anexo 3) que mide la adherencia durante el transcurso de las sesiones de fisioterapia.

PROBLEMÁTICA

A lo largo del tratamiento fisioterapéutico, hay diversos componentes que pueden limitar la recuperación, estos tienen una interacción directa con el paciente o no. Una idónea adherencia al tratamiento fisioterapéutico es imprescindible para que el paciente complete las metas dispuestas en la planeación de su tratamiento y logre integrarse satisfactoriamente en los diferentes ámbitos, ya sea familiar, social, personal o económico (2).

De igual manera, cuando el paciente presenta falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico, el dolor proveniente de lesiones musculoesqueléticas aumenta significativamente, incrementando las consultas, creando un riesgo de dependencia, y cuando sus condiciones son incapacitantes, llevan a los pacientes a tratamientos innecesarios (4).

En México, la falta de adherencia terapéutica fue estudiada por la Sociedad Mexicana de Cardiología en una investigación cualitativa, este abordaje se llevó a cabo en un debate en el estado de Puebla en el 2009, determinando la fuerte necesidad de impulsar la cultura de la salud, pero también de la importancia del binomio médico- paciente dada la relevancia que tiene el paciente en su recuperación como factor activo de la misma (5), y en un estudio cualitativo sobre la tuberculosis y la adherencia al tratamiento que se llevó a cabo en Chiapas (6), concluyeron que tanto la deficiente atención médica como la inadecuada relación médico- paciente influyó en la falta de adherencia al tratamiento, esta necesidad no es propia del área médica, ya que la falta de adherencia al tratamiento se da de igual manera en la fisioterapia.

La lumbalgia es una de las patologías que actualmente figura como un problema de salud pública, con una elevada prevalencia y grandes consecuencias socioeconómicas, todo esto provocando alta demanda y saturación de consultas médicas de primer nivel, generando permisos laborales de ausencia, muchos de ellos sin paga, afectando la economía familiar (7).

Objetivo General: Identificar nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico y motivo de la misma en pacientes de 40 a 65 años de edad con lumbalgia, que acudieron a la Clínica Fisiomer Rehabilitación Estadio en Mérida, Yucatán del 1 de noviembre al 17 de diciembre de 2021.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los sujetos de estudio.
- Describir la accesibilidad geográfica de los sujetos de estudio.
- Determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes.
- Determinar el motivo de la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes.



Foto de Pavel Danilyuk, Pexels.

TEORÍAS

Hipótesis: Más del 50% de los pacientes de 40 a 65 años de edad con lumbalgia que acudieron a la Clínica Fisiomer Rehabilitación Estadio en Mérida, Yucatán del 1 de noviembre al 17 de diciembre de 2021, presentaron una falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño del estudio: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo transversal en pacientes de 40 a 65 años que acudieron a la Clínica Fisiomer Rehabilitación Estadio en el periodo del 1 de noviembre al 17 de diciembre de 2021.

Universo:
Personas de 40 a 65 años con lumbalgia que asistieron a la clínica Fisiomer rehabilitación estadio.

Muestra:
Se ejecutó un muestreo por conveniencia y tras la selección de participantes se contó con una muestra de 17 participantes que cumplieron los criterios de inclusión.

Variables Estudiadas
Variables Sociodemográficas:
- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Ocupación
- Accesibilidad Geográfica
- Nivel de adherencia al tratamiento fisioterapéutico.
- Motivo de la falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

Criterios de Selección
- Criterios de Inclusión
- Pacientes de 40 a 65 años.
- Pacientes que tengan un diagnóstico de lumbalgia.
- Pacientes que accedieron a ser parte del estudio y firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes que asistan a terapia a la clínica Fisiomer.

Criterios de Exclusión
- Pacientes post operados de columna.
- Patología cognitiva evidente que impida responder las preguntas.

Criterios de Eliminación
- No completar el cuestionario.
- Personas que se hayan mudado de ciudad.

RESULTADOS

Un total de 17 pacientes fueron atendidos por lumbalgia y cumplieron con los criterios de inclusión para participar en el estudio, en la Clínica Fisiomer Estadio, en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre y 17 de diciembre de 2021.

La mayoría de la población fueron mujeres con 70.6% y los hombres con un porcentaje del 29.4%, con una edad promedio de 53.4 años, el 52.9% vive en colonias que se encuentran de 20 a 30 minutos de la clínica seguidos por un 41.2% que viven de 31 a 60 minutos de la clínica y en último lugar un 5.9% que se tarda más de 60 minutos en llegar a la clínica, un total de 82.4% de pacientes se trasladan por medio de transporte privado en contra a un 17.6% que lo hacen en transporte público (tabla 1).

Con un índice alto encontramos a los solteros en un 52.9% en comparación con un 47.1% de casados, los pacientes refieren ser empleados con un 76.5%, y en menor cantidad dedicarse al hogar 23.5% (tabla 1).

El dolor fue la causa de asistencia del 100% de los pacientes a la clínica, sin embargo, solo 3 de pacientes fueron considerados altos cumplidores debido a su asistencia, comparado con un 11.8% de pacientes que obtuvieron un 100 de calificación en la escala SIRAS (tabla 2)



Foto de Pavel Danilyuk, Pexels.

Variables sociodemográficas	Total, n (%)
Edad	+- 53.4 años promedio
Sexo:	
• Mujer	12 (70.6%)
• Hombre	5 (29.4%)
Estado Civil:	
• Soltero	9 (52.9%)
• Casado	8 (47.1%)
Ocupación:	
• Empleado	13 (76.5%)
• Hogar	4 (23.5%)
Accesibilidad Geográfica	
• 20 a 30 minutos	9 (52.9%)
• 31 a 60 minutos	7 (41.2%)
• Más de 60 minutos	1 (5.9%)
Medio de transporte	
• Público	3 (17.6%)
• Privado	14 (82.4%)

Tabla 1. Variables sociodemográficas
Fuente: Elaboración propia con datos del grupo de estudio recolectados por medio de cuestionario (2022).

Se identificó que los 6 factores decisivos para la falta de adherencia en la terapia fueron, iniciando con el 23.52% de pacientes que refirieron haberse sentido mejor y tomaron la decisión de no regresar, 11.76% de pacientes que por razones monetarias abandonaron el tratamiento, 5.88% por razones familiares, 11.76% dada la lejanía de la clínica a su casa, se encontró que el 11.76% de pacientes refirieron no haberles gustado la técnica de punción seca utilizada en la clínica y 23.52% de pacientes que por otros motivos no enlistados en la encuesta como viajes o trabajo dejaron la terapia, por otro lado, un 11.76% de pacientes fueron calificados como no aplica por haber completado sus 10 sesiones (tabla 2).

Los pacientes identificados como bajos cumplidores son un total de 82.4% según su asistencia y basados en la escala SIRAS, 14 pacientes estuvieron debajo del 90% (tabla 3).

Revisando detenidamente los resultados de la escala SIRAS, en los cuales a mayor puntuación mayor esfuerzo y a menor puntuación menor esfuerzo, podemos observar que en el primer inciso "Intensidad con la que el paciente completó los ejercicios de rehabilitación" solo seis pacientes fueron calificados con 5 como máximo esfuerzo y de igual manera seis pacientes con un 3 en un mediano esfuerzo, tres pacientes con calificación de 2 y dos con 4. La pregunta número 2 "¿Con qué frecuencia siguió el paciente las instrucciones y consejos?" Obtuvo una puntuación muy reñida con cinco pacientes calificados en 2, cinco pacientes en la media de 3, cinco pacientes en 4 y dos pacientes en 5. En la última pregunta "¿Qué tan receptivo fue el paciente a los cambios en el programa de rehabilitación?" La calificación dada a los pacientes es de mayor a menor, ocho pacientes calificados con 4, cinco pacientes calificados con 5, tres pacientes calificados con 2 y uno con 3 (tabla 3).

Variables de adherencia al tratamiento	Total, n (%)
Motivo de asistencia a fisioterapia	
• Dolor	17 (100%)
Sesiones a las que asistió de 10	
• 1	3 (17.6%)
• 2	4 (23.5%)
• 3	0
• 4	3 (17.6%)
• 5	1 (5.9%)
• 6	3 (17.6%)
• 7	0
• 8	0
• 9	1 (5.9%)
• 10	2 (11.8%)
Nivel de asistencia a fisioterapia	
• Nulo	0
• Bajo	14 (82.4%)
• Altos cumplidores	3 (17.6%)
¿Motivo por el que no cumplió sus 10 citas de fisioterapia?	
• N/A	2 (11.8%)
• Razones monetarias	2 (11.8%)
• Razones familiares	1 (5.9%)
• Lejanía	2 (11.8%)
• Me sentí mejor	4 (23.5%)
• No me gustó la terapia	0
• No me gusta la punción seca	2 (11.8%)
• Otra	4 (23.5%)
SIRAS	
• 40 %	3 (17.6%)
• 60 %	2 (11.8%)
• 66.60 %	3 (17.6%)
• 73.30 %	1 (5.9%)
• 80 %	3 (17.6%)
• 86.60 %	2 (11.8%)
• 93.30 %	1 (5.9%)
• 100 %	2 (11.8%)

Tabla 2. Variables de adherencia al tratamiento
Fuente: Elaboración propia con datos del grupo de estudio recolectados por medio de cuestionario (2022).

CONCLUSIÓN

La edad promedio de los pacientes fue de +- 53.4 años, en su mayoría fueron mujeres con un 70.6%. El 52.9% dijeron ser casados y el 76.5% reportó ser empleados.

El 52.9% de los pacientes comunicó vivir de 20 a 30 minutos de la clínica Fisiomer y el 82.4% utilizaron vehículo privado como medio de transporte.

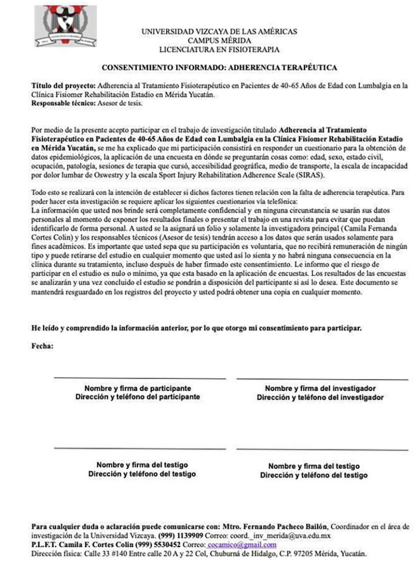
Los porcentajes de adherencia fisioterapéutica que se obtuvieron según la escala SIRAS, resultó en un empate, ya que, el 17.6% de los pacientes respectivamente fueron de 80%, 66.6% y 40%. La adherencia fisioterapéutica calificada según las asistencias, mostró que el 82.4% fueron bajos adherentes.

Se encontraron 2 motivos principales en la falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico, con un 23.5% cada uno, los cuales fueron referir haberse sentido mejor y "otros" como son viajes y el trabajo.

Escala SIRAS	Total, n (%)
Intensidad con la que el paciente completó los ejercicios de rehabilitación	
• 1	0
• 2	3 (17.6%)
• 3	6 (35.3%)
• 4	2 (11.8%)
• 5	6 (35.3%)
¿Con qué frecuencia siguió el paciente las instrucciones y consejos?	
• 1	0
• 2	5 (29.4%)
• 3	5 (29.4%)
• 4	5 (29.4%)
• 5	2 (11.8%)
¿Qué tan receptivo fue el paciente con los cambios en el programa de rehabilitación?	0
• 1	3 (17.6%)
• 2	1 (5.9%)
• 3	8 (47.1%)
• 4	5 (29.4%)
• 5	

Tabla 3.
Escala SIRAS
Fuente: Elaboración propia
Escala SIRAS con datos del grupo de estudio recolectados por medio de cuestionario (2022).

ANEXOS



UNIVERSIDAD VIZCAYA DE LAS AMÉRICAS
CAMPUS MÉRIDA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Título del proyecto: Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico en Pacientes de 40-65 Años de Edad con Lumbalgia en la Clínica Fisiomer Rehabilitación Estadio en Mérida Yucatán.
Responsable técnico: Asesor de tesis.

Por medio de la presente acepto participar en el trabajo de investigación titulado **Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico en Pacientes de 40-65 Años de Edad con Lumbalgia en la Clínica Fisiomer Rehabilitación Estadio en Mérida Yucatán,** se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario para la obtención de datos epidemiológicos, la aplicación de una encuesta en donde se preguntarán cosas como: edad, sexo, estado civil, ocupación, patología, sesiones de terapia que cursó, accesibilidad geográfica, medio de transporte, la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry y la escala Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (SIRAS).

Todo esto se realizará con la intención de establecer si dichos factores tienen relación con la falta de adherencia terapéutica. Para poder hacer esta investigación se requiere aplicar los siguientes cuestionarios vía telefónica:
La información que usted nos brinde será completamente confidencial y en ninguna circunstancia se usarán sus datos personales al momento de exponer los resultados finales o presentar el trabajo en una revista para evitar que puedan identificarlo de forma personal. A usted se la asignará un folio y solamente la investigadora principal (Camila Fernanda Cortes Colin) y los responsables técnicos (Asesor de tesis) tendrán acceso a los datos que serán usados solamente para fines académicos. Es importante que usted sepa que su participación es voluntaria, que no recibirá remuneración de ningún tipo y puede retirarse del estudio en cualquier momento que usted así lo sienta y no habrá ninguna consecuencia en la clínica durante su tratamiento, incluso después de haber firmado este consentimiento. Le informo que el riesgo de participar en el estudio es nulo o mínimo, ya que esta basado en la aplicación de encuestas. Los resultados de las encuestas se analizarán y una vez concluido el estudio se pondrán a disposición del participante si así lo desea. Este documento se mantendrá resguardado en los registros del proyecto y usted podrá obtener una copia en cualquier momento.

He leído y comprendido la información anterior, por lo que otorgo mi consentimiento para participar.

Fecha:

Nombre y firma de participante
Dirección y teléfono del participante

Nombre y firma del investigador
Dirección y teléfono del investigador

Nombre y firma del testigo
Dirección y teléfono del testigo

Nombre y firma del testigo
Dirección y teléfono del testigo

Para cualquier duda o aclaración puede comunicarse con: Mtro. Fernando Pacheco Bailón, Coordinador en el área de investigación de la Universidad Vizcaya. **(999) 1139909** Correo: coord_inv_merida@uva.edu.mx
P.L.F.T. Camila F. Cortes Colin (999) 5530452 Correo: cocamico@gmail.com
Dirección física: Calle 33 #140 Entre calle 20 A y 22 Col, Chuburná de Hidalgo, C.P. 97205 Mérida, Yucatán.

Anexo 1. Carta de consentimiento

Recolección de datos sociodemográficos "FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA" (Encerrar en un círculo la opción deseada)					
Folio:					
Edad Actual					
Sexo	Mujer	Hombre			
Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo		
Ocupación	Empleado	Desempleado	Pensionado	Jubilado	Hogar

Encuesta "FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA"							
¿Por qué asistió a fisioterapia?							
Sesiones a las que asistió de 10							
Accesibilidad Geográfica (A que distancia en minutos está la clínica de tu casa)	20 a 30 minutos	31 a 60 minutos	Más de 60 minutos				
Medio de Transporte							
¿Motivo por el que no cumplió sus 10 citas de fisioterapia?							
N/A	Razones monetarias	Razones familiares	Lejanía	Me sentí mejor	No me gustó la terapia	No me gusta la punción seca	Otra, especifique _____

Anexo 2. Encuesta sociodemográfica

Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale (SIRAS)						
Encierra el número que mejor indique el comportamiento del paciente, suma los incisos, multiplica el resultado por 100 y divídelo entre 15.						
1.- Intensidad con la que el paciente completó los ejercicios de rehabilitación:						
Esfuerzo Mínimo	1	2	3	4	5	Máximo esfuerzo
2.- ¿Con qué frecuencia siguió el paciente las instrucciones y consejos?						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
3.- ¿Qué tan receptivo fue el paciente a los cambios en el programa de rehabilitación?						
Nada Receptivo	1	2	3	4	5	Muy Receptivo

Anexo 3. Escala SIRA

Reseña curricular

PLFT. Camila Fernanda Cortes Colin
Tesista de la licenciatura en fisioterapia por parte de la Universidad Vizcaya de las Américas, diplomada en Terapia Manual Ortopédica y certificada en Punción Seca, y Punción Seca Avanzada por la Asociación Mexicana de Fisioterapia Manual e Instrumental.

Actualmente es fisioterapeuta en la Clínica Fisiomer Rehabilitación Estadio y Fisiomer Recovery Center.

Sus áreas de interés son: Terapia manual ortopédica, terapia deportiva y dermatofuncional.



Foto de Karolina Grabowska, Pexels.

Referencias

1. Pamplona Rangel LM, Uribe Guarin D, Ayala Hernandez JM. Adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión de tema. Cienc. Salud Virtual [Internet]. 30 de junio de 2018; 10(1):62-75. Disponible en: https://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/766

2. Tápias, L. M. Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema Determining individual aspects treatment adherence in population with disabilities in Medellin city: a literature review. Revista CES Movimiento y Salud CES Movimiento y Salud. 2014; 22(1), 23–30. Disponible en: https://studylib.es/doc/5403621/factores-individuales-que-influyen-en-la-adherencia-al-tr...

3. Elvir-Lazo OL. Low back pain and the use of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS). Rev Fac Cienc Méd [Internet]. 2008;51–5. Disponible en: http://65.182.2.244/RFCM/pdf/2008/pdf/RFCMVol5-1-2008-9.pdf%0Ahttp://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2008/pdf/RFCMVol5-1-2008-9.pdf

4. Martín Alfonso, L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Revista Cubana de Salud Pública. 2004; 30(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=es.

5. Chávez-Domínguez Rafael César, Ilarraza-Lomeli Hermes, Gaspar- Hernández Jorge. Apego terapéutico. Informe a la comunidad cardiológica. Arch. Cardiol. Méx. [revista en la Internet]. 2011 Sep; 81(3): 267-272. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402011000300016&lng=es.

6. Alvarez-Gordillo GDC, Alvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frisch D. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Publica Mex. 2000;42(6):520–8. Disponible en: https://doi.org/10.1590/S0036-36342000000600008

7. Pérez Irazusta I., Alcorta Michelena I., Aguirre Lejarcegui G., Aristegi Racero G., Caso Martinez J., Esquisabel Martinez R., López de Goicoechea Fuentes AJ., Mártinez Eguía B., Pérez Rico M., Pinedo Otaola S., Sainz de Rozas Aparicio R. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC. 1. Vitoria-Gasteiz. 2007. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/gpc_07-1%20lumbalgia.pdf

Evaluación de tratamiento fisioterapéutico en cervicalgia crónica en estudio de caso

Lft. Matú Sansores Mónica de Guadalupe* / correo: monicamatu98@gmail.com



Foto de Danik Prihodko, Pexels.

Abstract

Introduction: *Cervicalgia is pain located in the back of the neck area and it is usually accompanied by dysfunction. Most cervicalgias have their origin in mechanical factors: repetitive movements, work overload, static loads and postures maintained with the head and / or arms. Approximately 50% of the working population has suffered an episode of cervicalgia on occasion, in addition to affecting 70% of people at some point in their lives.*

Objective: *To describe the effect of physiotherapeutic treatment in chronic cervicalgia of mechanical origin in a case study of a female patient from Unidad Básica de Rehabilitacion Regional de Tizimín, Yucatán.*

Material and methods: *The type of study used for this work is a descriptive case study. The case of a female patient with chronic cervicalgia and who goes to Unidad Básica de Rehabilitación Regional from Tizimin, Yucatan. The instruments that were used for the evaluation of the physical examination were the clinical history in which the Numerical Scale (EN, by its acronym in Spanish) was included, the Daniels Functional Test Scale and Goniometry. In the case of EN to measure pain, the segmented version of the visual analog scale with 11 points (0-10) was used, where 0 corresponds to the absence of pain and 10 to the maximum imaginable pain. The EN presents a high reliability in patients with rheumatoid arthritis (0.95 to 0.96) and a good construct validity in patients with chronic pain, with ranges between 0.86 and 0.95.*

Results: *According to the results obtained in the post-treatment, the patient presented a decrease in pain, as well as improvement in the ranges of motion and muscle strength of the neck. Although the patient did not show improvement in its entirety, the results obtained were functional enough for her to be able to return to her activities of daily living as before the injury.*

***Conclusion*:** *Multimodal therapeutic exercise is fundamental key to improving the patient's health conditions; however, it is necessary that there is a psycho-social analysis in the assessment to act from where the musculoskeletal injury could be generated.*

Keywords: *Cervicalgia, chronic pain, therapeutic exercise, treatment, physiotherapy.*

* Es egresada de la licenciatura en fisioterapia de la Universidad Vizcaya de las Américas, Campus Mérida.

INTRODUCCIÓN

La cervicalgia o dolor en las vértebras cervicales es un problema que afecta a todo tipo de personas, más aún a quienes realizan trabajos o actividades que conllevan tener el cuello en una misma posición mantenida durante largo tiempo, y por ende adoptan malas posturas tratando de compensar la molestia con otras partes del cuerpo.

Cuando se adopta una mala postura o se ejercita mal el cuerpo, se producen adaptaciones en la musculatura débil, que hace que se debilite aún más y deba soportar mayor carga y tensión de lo normal; esta a su vez se vuelve más rígida, corta y comienza a aparecer el dolor. Se presenta un círculo vicioso que empeora y agrava la actitud corporal con incremento del dolor, la rigidez y la falta de fuerza. (1)

La mayoría de las cervicalgias tienen su origen en factores mecánicos: movimientos repetitivos, sobrecarga de trabajo, cargas estáticas y posturas mantenidas con la cabeza y/o los brazos. Por ello, la cervicalgia mecánica es la más frecuente en dolor cervical, provocado por espasmos musculares. Generalmente, el dolor de tipo mecánico es fuerte e intermitente, suele empeorar con la movilización o una mala posición, y se relaciona con el uso. (2, 3)

Entre los signos y síntomas de la cervicalgia, se encuentra la limitación de la movilidad cervical hacia el lado sintomático, hipersensibilidad y/o precipitación del dolor por presión sobre determinadas zonas occipitales o cervicales, y alivio tras el tratamiento adecuado. (4)

Se sabe que la fisioterapia es una manera favorable de tratar este problema a menos que haya alguna complicación. Sin embargo, la recuperación puede que sea tardada y puede llegar a volverse un problema crónico afectando la autonomía e independencia del paciente, y por ende deteriorando su calidad de vida. Es de importancia destacar que los profesionales sanitarios debemos ser cuidadosos a la hora de abordar esta patología y ver por el bienestar de nuestros pacientes, ya que engloba aspectos económicos y/o laborales que son una barrera ligada a bajas por enfermedad, indemnizaciones, invalideces, entre otros, repercutiendo en el entorno del paciente. (5)



PROBLEMÁTICA

En la literatura internacional se reporta que hasta el 50% de la población puede presentar dolor cervical en algún momento de la vida. Alguna literatura española lo refleja entre un 28 y 34% y según la labor que realiza como un problema de trascendencia social. Otros autores publican que es característico de la sociedad y su presencia ocasional oscila entre el 40 y el 80%. (6)

Es importante mencionar que la carga física y los factores de riesgo psicosociales son posiblemente las exposiciones más perjudiciales para la salud en la población trabajadora, ya que entra en juego la naturaleza biomecánica en que desempeñan sus actividades, así como también el estrés laboral que demanda de manera psicológica y emocional. (7)

Diferentes estudios muestran que la prevalencia del dolor crónico en nuestro país se encuentra entre el 20 y el 40% de la población. La lumbalgia y la cervicalgia (síndrome doloroso cervical y lumbar) siguen ocupando los primeros lugares de atención en los diferentes servicios de rehabilitación. Más del 50% de las personas que sufren dolor crónico ingieren analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos por tiempo prolongado, y sólo algunas pocas asisten a los servicios de Medicina Física y Rehabilitación para su atención.

Hay que recalcar que las personas que han acudido a fisioterapia responden satisfactoriamente a los programas rehabilitatorios que se les indican de acuerdo al tipo de lesión o patología que presentan. Por lo tanto, una vez que se ha realizado la valoración, principalmente lo que se busca con el tratamiento rehabilitador es suprimir el dolor, mantener los rangos de movilidad, mejorar la fuerza muscular, aumentar la capacidad funcional, lograr la independencia en las actividades de la vida diaria y mejorar la calidad de vida del paciente. (8)



OBJETIVO

Objetivo general
Describir el efecto del tratamiento fisioterapéutico en cervicalgia crónica de origen mecánico en estudio de caso de paciente femenina de la Unidad Básica de Rehabilitación Regional de Tizimín, Yucatán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el caso de la paciente femenina de la Unidad Básica de Rehabilitación Regional de Tizimín, Yucatán.
- Describir la intensidad del dolor, rangos de movimiento y fuerza antes del tratamiento del caso de cervicalgia.
- Establecer el tratamiento fisioterapéutico individualizado de acuerdo con los datos obtenidos en la exploración física, y en cuanto a la evidencia científica reciente encontrada.
- Describir la intensidad del dolor, rangos de movimiento y fuerza después del tratamiento del caso de cervicalgia.

TEORÍAS Y METODOLOGÍAS UTILIZADAS:

Tipo de estudio: Descriptivo
Diseño de estudio: Estudio de caso.
Población y muestra: Paciente que presente cervicalgia crónica, con edad mayor a 30 años y que acuda a sus terapias a la Unidad Básica de Rehabilitación Regional de Tizimín, Yucatán.

RESULTADOS:

Caracterización del caso clínico

Paciente femenina de la Unidad Básica de Rehabilitación Regional de Tizimín, Yucatán de 50 años de edad, con un grado de escolaridad superior, su ocupación laboral es ejercer como enfermera. Procura comer saludable y llevar una vida activa.

Descripción del dolor, rangos de movimiento y fuerza pre-tratamiento

Al momento de realizar la exploración física antes de aplicar el tratamiento fisioterapéutico, la paciente refirió tener un dolor con un puntaje de 8/10 según la Escala Numérica (EN); respecto a los arcos de movimiento de la cabeza se destacó que se encuentran limitados y la fuerza de la musculatura relacionada con el cuello se encuentra disminuida. Tal como se puede observar en la tabla 1.

			Valores de la paciente
Dolor (0 - 10)			8/10
Rango de movimiento	Flexión (0° - 45°)		35°
	Extensión (0° - 45°)		30°
	Rotación (0° - 60°)	Derecha	50°
		Izquierda	40°
	Lateralización (0 - 45°)	Derecha	28°
		Izquierda	25°
Fuerza muscular	Flexión		3/5
	Extensión		2/5
	Rotación	Derecha	3/5
		Izquierda	3/5
	Lateralización	Derecha	3/5
		Izquierda	3/5

Tabla 1. Descripción del dolor, rangos de movimiento y fuerza pre-tratamiento



Foto de Kindel Media, Pexels.

Establecimiento del tratamiento fisioterapéutico

Una vez realizada la exploración física y de acuerdo con los datos que se describieron anteriormente, se procedió a realizar y aplicar el protocolo de tratamiento en la paciente.

A continuación, en la tabla 2 se explican los objetivos a trabajar y la manera en que se abordó cada uno de ellos.

Objetivos	Modalidad	Dosificación	Evaluación
1. Disminuir el dolor de cuello	Termoterapia: compresa húmedo caliente y electroterapia.	• Colocar en la zona posterior del cuello. • Se utilizó corriente TENS tipo convencional bifásica simétrica. • Duración de impulsos: 120 ms. • Frecuencia: 80 Hz. • Tiempo de aplicación: 15 minutos.	Escala Numérica (EN)
2. Aumentar el rango de movimiento del cuello	Cinesiterapia activo-asistida.	Realizar cada movimiento de cuello de manera activa.	Goniometría
3. Fortalecer la musculatura del cuello	Ejercicio terapéutico	1. La paciente en decúbito prono con una toalla enrollada en la frente. 2. La paciente de pie con la espalda pegada a la pared y con una toalla enrollada en la nuca. *Mantener la contracción de cada ejercicio durante 5 segundos.	Escala de Fuerza Muscular de Daniel´s

Tabla 2. Descripción de los objetivos



Foto de Yan Krukau, Pexels.

Descripción del dolor, rangos de movimiento y fuerza post-tratamiento

Posterior a las 10 sesiones en que se aplicó la intervención fisioterapéutica con la paciente, se realizó una revaloración para comparar los datos obtenidos antes del tratamiento y después de él. Para ello, se realizó nuevamente la exploración física en donde la paciente refirió que su dolor había disminuido notablemente, por lo tanto lo calificó con un puntaje de 3/10 según la Escala Numérica (EN); en relación a los arcos de movimiento de la cabeza hubo un aumento en el rango articular, así como también al evaluar la fuerza muscular con la escala de Daniel´s se obtuvo una mejoría en el aumento de fuerza de los músculos del cuello con un 4/5, lo que quiere decir que tuvo un puntaje de Bien dentro de lo Normal.

			Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Dolor (0 - 10)			8/10	3/10
Rango de movimiento	Flexión (0° - 45°)		35°	40°
	Extensión (0° - 45°)		30°	38°
	Rotación (0° - 60°)	Derecha	50°	55°
		Izquierda	40°	50°
	Lateralización (0° - 45°)	Derecha	28°	40°
		Izquierda	25°	35°
Fuerza muscular	Flexión		3/5	4/5
	Extensión		2/5	4/5
	Rotación	Derecha	3/5	4/5
		Izquierda	3/5	4/5
	Lateralización	Derecha	3/5	4/5
		Izquierda	3/5	4/5

Tabla 3. Descripción del dolor, rangos de movimiento y fuerza post-tratamiento.

Reseña curricular

Mónica de Guadalupe Matú Sansores, tiene 24 años y es recién egresada de la Universidad Vizcaya de las Américas, Campus Mérida de la licenciatura en fisioterapia. Durante su pasantía impartió de manera virtual una plática titulada “Dolor lumbar crónico” a personal auxiliar de Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR’s) y a pasantes de otras universidades del estado de Yucatán; así como también durante su año de servicio social en la Unidad Básica de Rehabilitación Regional (UBRR) de Tizimín, participó en la impartición de la plática “Actividad física y ejercicio para el dolor crónico en adultos” y con el taller “Reaprendizaje motor orientado a la tarea”, enfocado a adultos con secuelas de Evento Vascular Cerebral.

Actualmente se encuentra laborando como fisioterapeuta en la Unidad Básica de Rehabilitación Regional de Tizimín, institución pública perteneciente al DIF Yucatán.

Referencias

1. Prendes Lago E, García Delgado JÁ, Bravo Acosta T, Martín Cordero J, Pedroso Morales I. Cervicalgia. Causas y factores de riesgo relacionados en la población de un consultorio médico. Rev Cuba Med Física y Rehabil [Internet]. 2016; 8(2):202–14. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfr162f.pdf

2. Gregoletto D, Cendán Martínez CM. Efectos de la manipulación vertebral en pacientes con cervicalgia mecánica. Artículo original [Internet]. 2014; 13(4):6. Disponible en: http://www.plataformainterativa2.com/coluna/html/revistacoluna/volume13/coluna_v13n4_p269-274.pdf DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512014130400415

3. Pérez Castro D, Rojas Del Campo LH, Hernández Tápanes S, Bravo Acosta T, Delgado Sánchez O. Actualización sobre cervicalgias mecánicas agudas. Rev Med Fam [Internet]. 2011; 1(1):26–31. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2011/cfr112f.pdf

4. Martín Molina MC, Camarero Valverde I. Terapia manual en Cervicalgia asociada a Cefalea Cervicogénica. A propósito de un caso. Enferm Docente [Internet]. 2012; 96:4–6. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-96-03.pdf

5. Antúnez Sánchez LG, Almeida MC, Rebollo Roldan J, Ramírez Manzano A, Martin Valero R, Suarez Serrano C. Eficacia ante el dolor y la discapacidad cervical de un programa de fisioterapia individual frente a uno colectivo en la cervicalgia mecánica aguda y subaguda. Elsevier [Internet]. 2017; 49(7): 417-25. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716305650

6. Prendes Lago E, García Delgado JA, Bravo Acosta T, Martin Cordero J, Pedroso Morales I. Comportamiento de la cervicalgia en la población de un consultorio médico. Rev Mex Med Física y Rehabil [Internet]. 2017; 29(1–2): 6–13. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf- 2017/mf171-2b.pdf

7. Ballester Arias AR, García AM. Asociación entre la exposición laboral a factores psicosociales y la existencia de trastornos músculoesqueléticos en personal de enfermería: Revisión sistemática y meta-análisis. Rev Esp Salud Pública. 2017; 91: 7: e1-e27. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/REVISIONES/RS91C_201704028.pdf

8. Devesa Gutiérrez I. Abordaje del dolor en Medicina Física y Rehabilitación. Rev Mex Med Fis Rehab [Internet]. 2019; 31(1-2): 4-5. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2019/mf191_2a.pdf

Criminalidad contemporánea y políticas preventivas: construcción y legitimización del discurso de securitización

Elizabeth Castañón García*

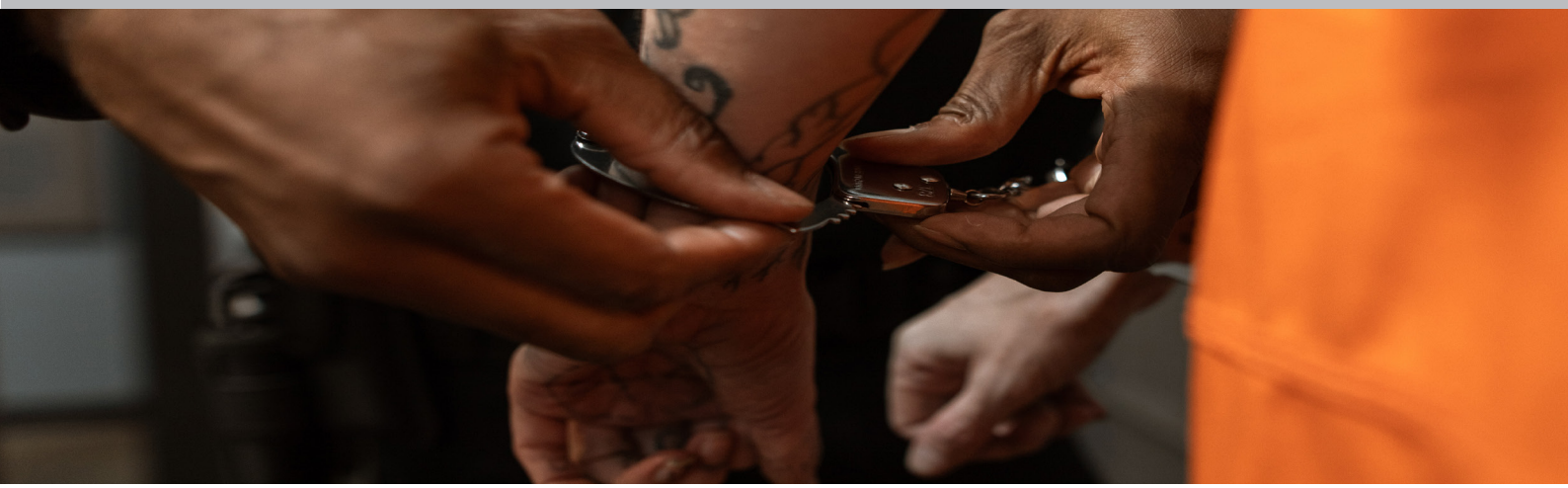


Foto cortesía de Rodnae Productions, Pexels.

Resumen

La inseguridad, la violencia y el delito son términos que caracterizan a la sociedad actual, en los discursos de políticos reiteradamente se escuchan las estrategias propuestas en relación a la intervención jurídico, social y económica consideradas para enfrentar el fenómeno y las consecuencias que de estos se desprende, sin embargo, aun con todas estas políticas la percepción del delito que los ciudadanos viven a partir del incremento de los delitos de orden común y de la delincuencia organizada, se caracterizan por el miedo y la amenaza constante, lo cual dio origen a la securitización como propuesta en los años 90´s que expone ante los organismos internacionales el apoyo a todos aquellos estados que muestren la inseguridad de su sociedad como una necesidad de orden mundial.

Con ello, es importante analizar el como la delincuencia común, organizada y transnacional a partir de los delitos y la construcción mediática que se realiza de ella construye una sensación de seguridad e inseguridad que amenaza la estabilidad y se presenta como tema de interés en múltiples agendas políticas del mundo, donde las prioridades para enfrentar y prevenir se convierten en el discurso oportuno de los políticos y gobernadores de estado, con la estrategia que reditúa ganancias materiales y económicas por organismos internacionales, donde la prevención es el medio legitimador de la seguridad/inseguridad mundial.

Palabras clave: *Prevención, Seguridad, securitización, discurso legitimador.*

* Maestra en Ciencia Penales con especialización en criminología, Docente-Investigadora de la Universidad de Ixtlahuaca+ CUI, Facultad de Criminología

INTRODUCCIÓN

La prevención, en la actualidad, es un tema de gran interés para instituciones gubernamentales, no gubernamentales y sociedad en general, se considera como el antídoto primordial para la reducción del delito trasnacional, local así como de las múltiples problemáticas presentes en la vida cotidiana, es la excelente herramienta para la mejora de la calidad de vida que se ve amenazada por estos fenómenos; se propone desde enfoques diversos con finalidades múltiples que van dirigidas desde las estrategias reactivas, así como las preventivas.



Organismos internacionales como la Organización de las Naciones unidas ONU, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH), entre otros, han creado mecanismos para salvaguardar la paz del mundo así como crear una seguridad internacional y proteger los derechos humanos, conduciendo a una serie de legislaciones y documentos internacionales propuestos para que los Estados parte, los pongan en práctica y en ellos se incluyan una serie de elementos para el desarrollo social.

Considerando que la criminalidad contemporánea simboliza una de las amenazas más significativas a ese desarrollo anhelado en los discursos políticos y, por lo tanto, en la seguridad de las sociedades y del mundo; la prevención se ha convertido en ese medio idóneo para justificar acciones militares y no militares dirigidas a anticiparse, a intervenir como reducir la urgencia inminente que se ha declarado de forma global.

Sin embargo, es importante, reflexionar

¿las políticas preventivas realmente van dirigidas a crear una calidad de vida y atender las necesidades sociales importantes para evitar al delito? ¿Será la prevención solo un discurso legitimador que permita a un Estado que requiere politizar y controlar a una sociedad y convencer? ¿Las políticas preventivas se convertirán en una herramienta para lograr los beneficios de esa securitización?

Las políticas preventivas

Ante la realidad que se enfrenta en la actualidad, el estado crea alternativas de solución llamadas prevención y que se ha convertido en tema de interés desde el siglo pasado, avalado por la ONU en sus diversas modalidades planteadas en los congresos de prevención y consideradas dentro de los presupuestos requeridos para atender eso que se llama delito.
Las políticas preventivas durante décadas estaban dirigidas totalmente a la represión del delito, al ideal de readaptación como se manejó en el primer congreso de la ONU en Ginebra Suiza en el año de 1955, estas políticas le apostaban a la policía, a las penas, la prisión, la militarización para las amenazas nacionales. Conforme evolucionan los discursos en relación con la seguridad, se movilizan también los modelos de enfrentamiento al delito.

> Las reformas neoliberales no sólo introdujeron cambios a nivel económico, sino que también significaron un cambio en la lógica de creación de políticas públicas, introduciendo nuevos criterios administrativos. En el campo de la política criminal, considerada como una política pública, en general se describe en un desplazamiento hacia las estrategias de prevención ex – ante del delito, ligadas al concepto de nueva prevención" (Ayos y Pa, 2007, p. 5).
> Es decir, a partir de la década de los 90´s, se abandonan los modelos militares de la seguridad, y se orientan los estudios estratégicos, haciendo referencia a la fuerza que por siglos se empleó, y que ha llevado a la modificación a través de temas de "baja política" donde los instrumentos se modifican a fin de implementar estrategias diferentes y con ello agregar conceptos, permitiendo términos como la seguridad, la paz, el poder, alianzas, crisis, terrorismo (Sisco y Chacón, 2004).

Es decir, políticas publicas dirigidas a la sensibilización, responsabilidad social y compromiso comunitario como parte fundamental, pero también a partir de las oportunidades Dando la posibilidad de emplear discursos diferentes como son los actuales modelos de prevención que se dirigen también a esta paz, a la seguridad dando la posibilidad de continuar con modelos militares ante las "amenazas" externas y modelos comunitarios de una seguridad humana que "se orientan al respeto" de los derechos humanos y buscan la transformación de la sociedad construyendo compromisos y cambios

esenciales en la libertad de elección, reforzando el ideal "demócrata".

Es decir, si la seguridad se transforma, permite visualizarlo como un constructo movible y no determinado que facilita el analizarlo desde los argumentos funcionalistas de aceptación en una sociedad, pero también como "un concepto subjetivo, atemporal, abstracto que puede ser aplicable a cualquier contexto y circunstancia" (Sisco y Chacón, 2004, p. 128). De esta manera, si es un concepto subjetivo, construido en el momento y de acuerdo a interés y necesidades, la prevención, el delito, la amenaza se convierte en ese mismo constructo requerido para controlar.

> Bazán analiza la teoría de los complejos de la seguridad, y señala que la "amenaza" surge desde los subsistemas donde hay interdependencia, y se declara un problema de seguridad cuando las élites emiten que es así, y se relaciona a la securitización al ser enunciado y aceptado por la opinión pública (Yépez, 2018).



Foto de Anete Lusina, Pexels.

Los delitos del crimen organizado transnacional

Hablar de la sociedad moderna, se traduce a una serie de características positivas como es el desarrollo social que las tecnologías han permitido como uno de los medios de comunicación de mayor transcendencia, a la ciencia y sus alcances en conocimiento e innovación, pero también hace referencia a una dinámica social, económica y política diferente, donde las condiciones de pobreza y marginación se han extendido por diferentes países.



Foto cortesia de Pexels

Haciéndose más visibles en algunas partes del mundo donde las condiciones económicas no son iguales, como lo es áfrica, algunos países europeos y americanos "En la vida cotidiana de la población latinoamericana, se ha ido acentuando la crisis y la descomposición social de los grupos más vulnerables" (Dávila, 2008, p. 52). Visibilizandose ambientes de violencia latentes, donde la delincuencia organizada en busca del poder y la competitividad han encontrado en el ser humano la fuente de acrecentamiento económico ilicito que ocasiona temor e inseguridad, acompañado de los altos indices de impunidad a partir de la corrupción que caracterizan a estos sectores económico-sociales, impactando en la percepción de la inseguridad y calidad de vida que se generaliza en el mundo a partir de las características cualitativas y cuantitativas que la delincuencia común y transnacional generan en la sociedad.

Múltiples delitos económicos son cometidos por estos grupos de estructura amplia y diferente a la delincuencia organizada, donde se pierde la organización jerárquica vertical u horizontal para transformarse en conexiones meramente comerciales, haciendo que sea más difícil la identidad de los integrantes y la desintegración de dichos grupos, aunado a los delitos cometidos, la forma y la ejecución que los hace ser diferentes a todos adicionado con la corrupción derivada de alianzas con grupos y sobre todo con las autoridades de gobierno; generando una erosión en la creencia de las instituciones democráticas resultan ser la mayor amenazas a corto y largo plazo.



Foto de Ricardo Martínez, Pexels



Foto cortesía de Damilare Adeyemi, Pexels.

Securitización

Precisamos que la sociedad que se nos presenta como una realidad con dinamismo, modificaciones y una serie de condiciones políticas, sociales, culturales y delictivas se van moviendo en esa era globalizada mundializada, donde el interés de poder y de control de las transnacionales, así como de quien tiene el dominio va rigiendo el movimiento o los lineamientos de los estados que se adhieren a esta ideología.

Con ello, voy reflexionando respecto a los discursos de delincuencia trasnacional como una necesidad de crear una realidad construida para que se acepte y legitime las estrategias que para ella se preparan, como es, por una parte, crear el miedo suficiente que también es una forma de control, pero, además de una privatización, donde los recursos que se logren obtener permiten una sostenibilidad en esos estados que no tienen recursos por la independencia de las trasnacionales.

Por otra parte, la securitización es un término que nace de la escuela de Copenhague con el objetivo de crear la posibilidad de los estados de obtener apoyos económicos a través de construir un acto en algo de interés mundial y por ello incrementar y emplear el miedo y la amenaza constante como un discurso de negociación-beneficio económico que termina afectando a la sociedad.

> Por esta razón, la securitización pasa así, al adoptar la perspectiva sociológica, del mero acto discursivo a convertirse en un "acto pragmático", relacional, un "fenómeno colectivo de práctica intersubjetiva", que contempla efectos tales como el bandwagoning, la reacción de rebaño que se produce en los momentos de toma de decisiones, cuando las dialécticas de persuasión encuentran el "ambiente político" –political mood– idóneo, gracias a esa predisposición receptiva, calan en los dirigentes con capacidad de mando. Se abre entonces lo que el modelo de la triple corriente del experto en agenda-setting y procesos políticos John W. Kingdon llamó en 1984 una "ventana de oportunidad", por la que se articula el cambio en política (Tello, 2011, p. 194).

Con ello visualiza, las políticas preventivas como ventanas de oportunidad, discursos que permiten justificar acciones dirigidas a una intervención, a un cambio social a través de todas esas premisas construidas como lineamientos internacionales dirigidas a una sociedad desarrollada, con finalidades del respeto a los derechos humanos, pero también de control y dominación, donde el objetivo real no es el cambio, sino la construcción de discursos convencedores para el rebaño.

La securitización es un medio empleado en la construcción de la sociedad moderna a traves de una serie de discursos que llegan a un grupo al que se desea dominar, y pastorear hacia los interes de control necesarios, que ha roto los limites geográficos para convertirse en usos politicos comunes y globalizados. Además es un medio de beneficio empleado para la sostenibilidad mediada por los Organismos Internacionales para alcanzar recursos financieros que permitan alcanzar dicho objetivo, haciendo que la seguridad se transforme hacia un proceso privatizado de interes globalizados a una gobernanza unificada.

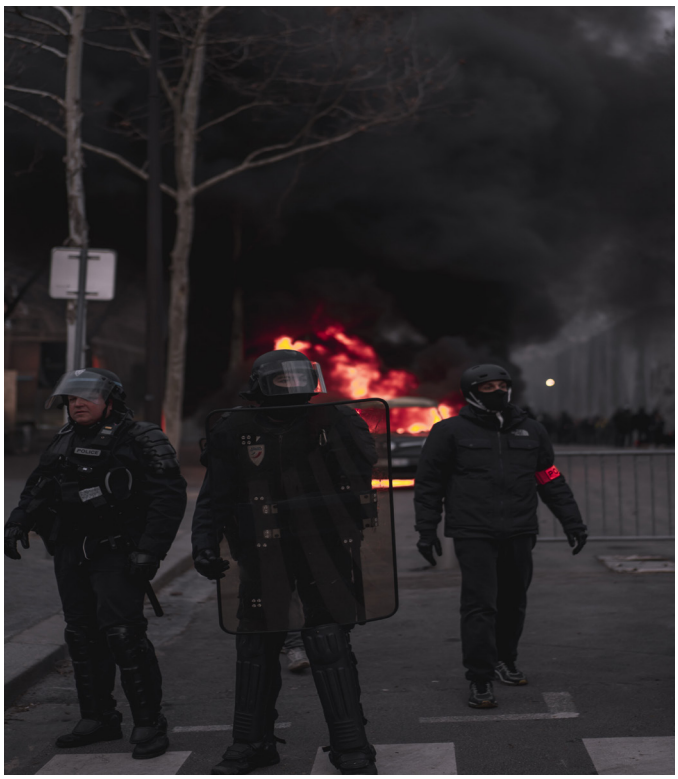


Foto cortesía de Alotrobo, Pexels

CONCLUSIÓN

La teoría de la securitización aparece como una alternativa a los países benefactores sin recursos para su "funcionamiento", y con ello tener una alternativa a la obtención de medios financieros de índole internacional, se han convertido en toda una estrategia de construcción de discurso de emergencias mundiales y prioridades internacionales, pero además es un medio discursivo que juega con el miedo y la amenaza constante generando una sociedad con riesgos inminentes y permanentes que merman una vida.

Es decir, la delincuencia entonces aparece como un fenómeno necesario para el estado, por una parte, tener a una sociedad donde el delito se refleja en la incidencia del comportamiento y por otra parte en la percepción social de inseguridad, se presentan como el sustento primordial de todo político para justificar una necesidad de emergencia como es la seguridad de un país. Esta técnica securitizadora que nace del interior de sociedad europeas va creando ordenes de vida a través de la cultura, de la ideología, economía y política, complicando las dinámicas sociales y su propia significación.

Por ello, la prevención, es un discurso idóneo que nace de esas mismas sociedades, y que legitima la ideología dominante y permite construir un discurso securitizado para obtener los beneficios económicos necesarios, por tanto, al ser un discurso de interés de los poderosos, las políticas preventivas abandonan sus significados y entran en ese proceso de construcción, pierden los simbolismos de anticipación, de interés y de modificación cognitiva que lleve a una sociedad a lograr la cohesión esperada por la seguridad humana.



Foto cortesía de Pizabay, Pexels

FUENTES DE CONSULTA

Ayos, E., & Pa, J. (2007). Politicas de prevención del delito: nuevo escenario social, teoría social y condiciones de posibilidad. Jornadas preparatorias del XXVI Congreso Alas: “Sociología y Ciencias Sociales: conflictos y desafíos transdisciplinarios en América Latina y el Caribe”.

Dávila, A. F. (mayo-diciembre de 2008). América Latina y la globalización. Revista de relaciones internacionales de la UNAM (101-102), 33-56.

Sisco, M. Claudia y Chacón M. Olaguer. (2004) Barry Buzan y los complejos de la teoría de Seguridad. Revista Venezolana de Ciencia Política. Número 2.

Tello, S. (octubre de 2011). Revisión a la securitización de la agenda internacional: La normalización de las políticas del pánico. Relaciones Internacionales (18).

Yépez, Moreno Fabián. (2018). Las teorías de la seguridad. Revista de la academia de Guerra del ejército Ecuatoriano. Volumen 2, Número 1.

Uso de corrientes interferenciales, fortalecimiento muscular y artrocinemática para la recuperación del rango de movimiento del síndrome de hombro congelado

Ángel Gabriel Santos López*



Foto cortesía de Pixabay, Pexels.

Abstract

Shoulder pain is one of the main causes for which people usually seek medical or physiotherapeutic care, usually in a chronic stage because these types of conditions are gradual onset, causing them to go for help late. Among these conditions is Adhesive Capsulitis, also known as frozen shoulder, which among its main characteristics is progressive pain and progressive decrease in range of motion. This condition has a prevalence of between 69-260 cases per 1,000 inhabitants that, despite existing studies and trials, there is still no treatment or formal approach to this pathology without counting in the majority of it has a limited efficacy in addition to the record of successful cases is scarce.

Methodology: *It is an experimental study design of a pre-experimental type whose type of study is of a descriptive quantitative type, which sample was carried out with a non-probabilistic character*

Keywords: *shoulder pain, movement limitation, frozen shoulder, adhesive capsulitis, muscle strength, eccentric contraction.*

* Egresado de la licenciatura en fisioterapia de la Universidad Vizcaya de las Américas Campus Mérida.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de hombro congelado, también llamado como capsulitis adhesiva, capsulitis fibrótica o periartritis escapulo-humeral, es un problema médico que afecta a un 2 - 5% de la población general y cuya etiológica es desconocida o poco clara. Es una afección que perjudica a personas de alrededor de los 40 a 70 años de edad y cuya característica es el dolor difuso y la limitación en los arcos de movimiento del hombro, así como rigidez en algunos casos 2, 3, 4.

El síndrome de hombro congelado no tiene una etiología clara, por lo que debe investigarse sobre lesiones en el hombro o alrededor de este como fracturas, tendinopatías, tendinitis calcificante o ruptura del manguito rotador, luxaciones, enfermedades óseas, tumores, dolores irradiados, entre otras patologías.

De acuerdo al conocimiento de estos antecedentes clínicos, el origen del síndrome de hombro congelado se clasifica como primario, es decir que no hay condiciones precipitantes o bien, se considera secundario al factor predisponente 2,3.

Entre las principales sintomatologías que se presentan en el hombro congelado se encuentra el dolor e incapacidad funcional en los movimientos del hombro, aunque la sintomatología puede variar un poco de acuerdo al estadio en que se encuentre cursando el paciente6,18.

- **Fase dolorosa o inflamatoria:** Dolor intenso al realizar el movimiento, comienza a ver pérdida gradual del movimiento del hombro siendo dolores principalmente nocturnos.
- **Fase de congelamiento o rigidez:** Disminución de la sensación dolorosa con aumento de la rigidez. De diferencia a la etapa anterior porque la incapacidad de la movilidad es directamente por la rigidez más que por el dolor, se genera una sensación dura.
- **Fase de recuperación o descongelamiento:** La presencia de sintomatología como dolor y rigidez desaparecen de forma gradual.

PROBLEMÁTICA

Existen diferentes tratamientos de eficacia limitada. La intervención médica y fisioterapéutica tiene el enfoque de manejar del dolor y recuperar el rango de movimiento2,3,6. Entre estos tratamientos están los agentes físicos como el uso de compresas caliente, ultrasonido, electroestimulación analgésica, y movilizaciones pasivas. Estos agentes físicos se enfocan en la disminución y manejo del dolor2,4.

No existe un consenso en cuanto al tratamiento óptimo, aunque se suelen aplicar diferentes modalidades en combinación. Sin embargo, a pesar de la gran cantidad de estudios de investigación existentes sobre el tema parecen enfocarse en la disminución del dolor y la inflamación, mientras que, por otro lado, los estudios no han logrado determinar la efectividad debido a que la evidencia no es significativa o suelen ser muy homogéneas o contradictorias. De acuerdo a Díez Rodríguez2 "no hay evidencia científica clara sobre los beneficios de la fisioterapia en el tratamiento de la capsulitis adhesiva sobre todo debido a la mala calidad de los estudios clínicos, la dificultad de realizar un diagnóstico preciso lo que determina una población heterogénea en los estudios, poblaciones de estudios pequeñas y medidas de los resultados muy variables en las formas y en el tiempo".

La Journal of Physical Therapy Science (J Phys Ther Sic.)7 "Se han descrito varios métodos de fisioterapia para tratar el hombro congelado; sin embargo, ninguno se ha establecido como un programa de tratamiento formal".

OBJETIVO

El presente trabajo se elaboró con el objetivo de demostrar que las corrientes interferenciales en técnica de liberación articular, movilizaciones, movilizaciones articulares pasivas y fortalecimiento muscular alivian el dolor y aumentan el rango de movimiento para mejorar la calidad de vida del paciente con diagnóstico de hombro congelado/capsulitis adhesiva. .

TEORÍA

Con respecto a las teorías que se han sugerido para describir la posible etología del síndrome de hombro congelado/capsulitis adhesiva, por un lado, se menciona la posibilidad de que sea un problema autoinmune; sin embargo, las pruebas serológicas no han logrado confirmar esta teoría. Otra teoría que se ha mencionado es la posibilidad de ser

una variante de una distrofia simpática refleja, aunque este no ha sido aceptado del todo debido a que, al tratarse de una distrofia, no cabría margen de mejora del hombro congelado/capsulitis adhesiva3.

METODOLOGÍA

La metodología del estudio consistió en un tipo de estudio cuantitativo descriptivo cuyo diseño de investigación es de tipo pre-experimental: prueba/posprueba de un solo grupo/caso. La población fue pacientes que haya sido diagnosticado con el síndrome de hombro congelado cuya muestra tipo no probabilística fue pacientes diagnosticadas con esta patología entre los 40 a 65 años de edad y que cumplan los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos y descritos a continuación:

Criterios de inclusión.

1. Pacientes de 40 a 65 años, de ambos sexos, con diagnóstico de hombro congelado y/o capsulitis adhesiva.
2. Con limitación del movimiento en flexión, extensión, abducción y aducción mayor a 6 meses.
3. Y con fuerza muscular mínima de 3 según la escala Daniel's.

Criterios de exclusión

1. Limitación causada por espasticidad o daño neurológico.
2. Haber recibido tratamiento externo previo al estudio.
3. Presencia de artrosis moderada en la articulación del hombro.
4. Tener alguna prótesis o material de osteosíntesis en la articulación.
5. Personas con marcapasos.
6. Alteraciones de la sensibilidad (hipersensibilidad o hiposensibilidad).
7. Rotación, abducción y aducción no tengan limitación.
8. Luxación del húmero tratado menor a 6 meses.
9. Fracturas del humero menores a 8 meses.
10. Pacientes con lesión del manguito rotador.
11. Pacientes que hayan recibido algún tipo de tratamiento o intervención.

Criterios de eliminación

1. Faltar a dos sesiones de las terapias programadas.
2. Recibir tratamiento externo o intervención adicional a las implementadas en el estudio.
3. Sufrir alguna lesión durante el estudio (fracturas, luxaciones).
4. Ser diagnosticado con alguna enfermedad (sistémica) durante el estudio.
5. No siga las indicaciones o procedimientos establecidos en las sesiones de terapia.
6. El paciente no realice los ejercicios o indicaciones dadas para su casa.

Con respecto al tratamiento se implementó las corrientes interferenciales en técnica de liberación articular con método tetrapolar usando electrodos auto adheribles en patrón cruzado y colocados sobre la interlinea articular. Se configuro con un AMF de 0 y especto de 100 subiendo la intensidad hasta tolerancia del paciente por 20 minutos.

Posterior a la implementación de las corrientes se aplicaron las movilizaciones artrocinemática, específicamente movilizaciones articulares tipo pasivas de forma lenta y mantenida haciendo énfasis a deslizamiento hacia anterior, posterior, caudal y movimiento articular circular por un total de 15 minutos.

Al final, se implementa el fortalecimiento muscular, el cual, se puede implementar cualquier tipo de ejercicio que el terapeuta considere más adecuado para el paciente siempre y cuando se repiten los puntos mencionados anteriormente en el apartado "Fuerza muscular", es decir, que sean ejercicios de fortalecimiento muscular de contracción isotónica, específicamente de una contracción excéntrica.

Cabe a resaltar que el nivel de resistencia de la banda dependerá de lo que pueda aguantar, es decir, bandas que por lo general se dividen en 5 niveles será el terapeuta en base a lo que observe que pueda resistir el paciente determinara que grado implementar.

> Todos los ejercicios se realizarán bajo la siguiente dosimetría: Se realizarán 4 series de 5 repeticiones donde en cada repetición se sostendrá con la resistencia de la banda por 10 segundos. Entre cada serie se tendrá 15 segundos de descanso y entre cada repetición se tendrá 3 segundos de descanso.

De igual forma, se vio dejar pequeñas actividades que el paciente deberá realizar en casa:

- **Primeras 5 sesiones:** Realizar dos veces al día 2 series de a 10 repeticiones con un descanso de 15 segundos. Debe realizarse los movimientos de flexión, extensión, abducción, rotación interna y rotación externa siempre partiendo de la posición neutra del brazo pegado al cuerpo. Realizado a una velocidad regular, es decir no tan lento ni tan rápido y siempre tratando de alcanzar la mayor amplitud de movimiento de cada uno.
- **De 6.ª a 10.ª sesión:** Realizar dos veces al día 3 series de a 5 repeticiones teniendo un descanso de 15 segundos. Con ayuda de un palo de escoba,

tomados con ambas manos con una apertura a nivel de hombro. Realizar los movimientos de flexión, extensión, abducción y las rotaciones internas y externas en la cual, con la ayuda de la fuerza del hombro sano trasmitido por medio del palo, impulsando los movimientos para llegar a un movimiento más amplio, siempre cuidando a que no llegue al punto que genere un dolor insoportable.

- **De la 11.ª a la 15.ª sesión:** Parado a un lado de una mesa donde dicha mesa quede del lado del hombro a trabajar. La mesa debe quedar a nivel de la cadera y con ayuda de un trapo que ayude a deslizarse de mejor forma sobre la mesa, colocar la mano sobre la mesa y el trapo siendo la cara palmar la que esté haciendo contacto. El paciente debe trasladar el trapo lo más hacia adelante posible, posteriormente regresar, luego llevar el trapo hacia un lado lo más lejos posible, seguidamente regresar a la posición inicial para luego llevar el trapo lo más hacia atrás posible. Esto se repetirá dos veces al día en un total de 3 series a 5 repeticiones teniendo un descanso entre cada serie de 15 segundos.

RESULTADOS

Valoración del dolor

Base a los resultados arrojados se obtuvo una media de dolor de 3.50 en la medición pre-tratamiento por 1.50 en la medición pos-tratamiento, mostrando así una diferencia de 2 puntos demostrando una disminución del dolor.

Los resultados individualizados en cuadro de pre-tratamiento y pos-tratamiento mostraron como resultado una ausencia de dolor sin movimiento mientras que al movimiento se logró una disminución de hasta el 50%.

Nivel de dolor del paciente		
Pretratamiento		
Sin movimiento	3/10	30%
Con movimiento	6/10	60%

Nivel de dolor del paciente		
Postratamiento		
Sin movimiento	0/10	0%
Con movimiento	3/10	30%

Valoración de los rangos de movimiento

Tomando como base los rangos de movimiento normales del hombro dados por la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos (AAOS por sus siglas en inglés) y los rangos de movimiento obtenida por los pacientes se logró observar una mejoría en los movimientos tanto activos como pasivos con respecto a los datos arrojados antes de iniciar con su tratamiento, siendo el movimiento de flexión el que mostró mayor ganancia tanto activo como pasivo, mientras que por otro lado, la rotación interna mostró menor ganancia tanto activa como pasivamente.

Media de los movimientos		
Movimiento del hombro	Pretratamiento	Postratamiento
Flexión	22	83
Extensión	13	20.5
Abducción	10	47.5
Rotación interna	28	28.75
Rotación externa	-3	7

Grados de movimiento			
Movimiento del hombro	Pretratamiento	Postratamiento	Diferencia
Flexión	Activo: 21°	60°	39°
	Pasivo: 23°	106°	83°
Extensión	Activo: 12°	19°	7°
	Pasivo: 14°	22°	8°
Abducción	Activo: 10°	32°	22°
	Pasivo: 10°	63°	53°
Rotación interna	Activo: 28°	28°	0°
	Pasivo: 28°	30°	2°
Rotación externa	Activo: -6	5°	5°
	Pasivo: 0	9°	9°

Valoración de la fuerza

En base a los resultados se logró observar una minina diferencia sin poder mostrar resultados claros sobre la diferencia entre la medición pre-tratamiento con respecto al pos-tratamiento.

Fuerza muscular		
Movimiento	Pretratamiento	Postratamiento
Flexión	3-	3-
Extensión	3-	3-
Abducción	3	3-
Rotación interna	3	3-
Rotación externa	1	3-

CONCLUSIÓN

Frente a la evidencia recopilada, es evidente que el conjunto de técnicas implementadas en la investigación como las corrientes interferenciales, las movilizaciones articulares y la fuerza muscular lograron proporcionar beneficios en el paciente. Esto nos indica, que, aunque solo se pudo implementar en un paciente con hombro congelado, dado al resultado que mostraron una mejoría tanto en la disminución del dolor y aumento de los rangos de movimiento pasivo y activo bastante aceptable, dejando la posibilidad de continuar con su implementación con más pacientes y con un mayor número de sesiones y así recabar más información dado a los resultados aparentan ser prometedores. Con respecto a la fuerza muscular no se encontraron diferencias significativas, que, hasta cierto punto, pueda mostrar un retroceso en algunos movimientos, sin embargo, esto puede ser explicado debido a que la ganancia de los rangos de movimiento fue más rápida a comparación de la ganancia de la fuerza muscular.

En primeras instancias, él estudio muestra ser eficaz, aunque faltaría implementarlo en un mayor número de pacientes para dar una mayor fiabilidad.

Referencias

1.Díez Rodríguez C. Tratamiento de fisioterapia de la capsulitis adhesiva primaria de hombro: revisión bibliográfica. FisioGlía [Internet]. 2014 [enero 19 2022]; 1(3): pag. 56-62. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4859845.

2. Serrano Ardila AM, Bush Torton S. Capsulitis Adhesiva. Medigraphic. [Internet]. Febrero 24 del 2017 [noviembre 9 del 2020]; Vol. 62 (1): 37 – 43. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2017/bc171h.pdf.

3. Rodrigo Vargas. Hombro Rígido Idiopático. Revisión de Conceptos Actuales. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. Febrero 6 del 2019 [diciembre 15 del 2020]. 32(4):221- 222. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-pdf-S0120884519300069.

4. Versoza Castro KW, Zambrano Sánchez CA, Massache Gálvez LK, Sánchez Ortiz BM. Hombro congelado. Diagnóstico y tratamiento. RECIAMUC. 01/2020; 4 (1): 267-275. Disponible en: https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/432/698.

5. Tlatoa Ramírez HM, Morales Acuña FJ, Ocaña Servin HL. Actualización en traumatología deportiva: hombro congelado. Elsevier. 2014; 2 (2): 132-137. Disponible en : https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-actualizacion-traumatologia-deportiva-hombro-congelado-X2214310614603783.

6. 7. Alptekin HK, Aydın T, İflazoğlu ES, Alkan M. Evaluación de la eficacia del tratamiento del hombro congelado en los lados derecho e izquierdo. NJ Phys Ther Sci [Internet]. 2016 [Enero 19 del 2022]; 2016;28(1):207-212. doi:10.1589/jpts.28.207. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756005/.

PERFIL DE EGRESO

- Aplicación del marco jurídico vigente.
- Aspectos teórico – metodológicos en el área de finanzas públicas.
- Conceptos generales en materia de técnicas legislativas y administración pública.
- Conceptos y leyes que conforman los mecanismos de participación ciudadana
- Estudios específicos en materia de macro y microeconomía.
- Función general de las empresas paraestatales, descentralizadas, desconcentradas, fideicomisos, empresas de participación estatal mayoritaria y minoritaria, y organismos autónomos de gobierno.
- Diseño y evaluación de políticas públicas.
  Funcionamiento normativo del Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).
- Etapas del procedimiento penal acusatorio.
- Ramos generales y administrativos.
- Nuevas tendencias y técnicas de un gobierno abierto.
- Micrositios en materia de parlamento abierto.
- Diferentes recursos para el diseño de una política pública.
- Plan Nacional de Desarrollo.
- Naturaleza y procedimientos de políticas públicas transversales.
- Funcionamiento de la matriz del marco lógico.
- Planteamiento, planificación, realización y evaluación de proyectos.



PLAN DE ESTUDIOS

PRIMER SEMESTRE
- Introducción a las políticas públicas
- Microeconomía
- Seminario de investigación I
- Administración pública

SEGUNDO SEMESTRE
- Gobierno y parlamento abierto
- Diseño de políticas públicas
- Seminario de investigación 2
- Macroeconomía

TERCER SEMESTRE
- Evaluación de políticas públicas
- Marco legal de la administración pública
- Seminario de investigación 3
- Sistemas electorales contemporáneos

CUARTO SEMESTRE
- Técnicas y procesos legislativos
- Mecanismos de participación ciudadana
- Seminario de investigación 4
- Gobernanza y sistema de rendición de cuentas

OBJETIVO GENERAL

Interpretar, aplicar, comparar, evaluar y sustentar los postulados, principios y técnicas, especializadas y de diseño y evaluación de las políticas públicas que puedan profundizar y ampliar las destrezas que requiere el ejercicio profesional en el ámbito de la gobernanza y establecimiento de un mejor gobierno.

PERFIL DE INGRESO

- Saber leer, y escribir haciendo uso de las reglas ortográficas y gramaticales.
- La claridad en la redacción de documentos oficiales.
- El diseño, su concepto y su objeto de estudio.
- Las matemáticas en sus derivados, lógica matemática, estadística y descriptiva.
- Los elementos de un equipo de cómputo, ya sea de escritorio, laptop, o Tablet.
- El internet, sus componentes y el uso académico del mismo.

DIRIGIDO A:

Titulados y pasantes de la Licenciatura en Derecho.

REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN

Título de Licenciatura en original y 3 copias
Cédula profesional en caso de contar con ella (3 copias)
Carta pasante en caso de ser opción de titulación (original y 3 Copias).

Acta de nacimiento (original y 3 copias).
CURP (3 copias).
4 Fotografías tamaño credencial en blanco y negro.
4 Fotografías tamaño infantil en blanco y negro.
Curriculum vitae en original









Porque Estudiar en UVA

Porque se trata de ti, de tu educación, y de tu futuro, estamos preparados para ofrecerte los conocimientos y habilidades necesarias para lograr tu éxito profesional.

Académicos

Aprende cómo desempeñarte con éxito en el mundo laboral, gracias a la experiencia profesional de nuestros académicos quienes se encuentran activos en su campo y tienen la misma dedicación, y pasión por su profesión que tú.

› **MÁS DE 3000 DOCENTES VIZCAYA**

Apoyo Financiero

Porque creemos en la ambición de lograr tus sueños, y en lo que puedes llegar a ser, contamos con apoyos de financiamiento en tu educación, por medio de nuestro programa de becas que contribuirán al fortalecimiento de tu potencial profesional.

Áreas Especializadas

Sabemos que los conocimientos deben cimentarse con la práctica, por ello te prepararás en nuestros laboratorios de alta calidad, tecnología y vanguardia que garantizarán tu aprendizaje complementario.

Espiritu de Expansión

Hablar de Vizcaya, es hablar de crecimiento, es hablar de un espíritu fortalecido por su valor para expandirse sin descanso en México y el mundo, con la finalidad de ofrecerte nuevas posibilidades para ampliar tus conocimientos. Hoy después de 20 años decimos con orgullo que, de acuerdo a Reader´s Digest, estamos posicionados como una de las 100 mejores universidades de México

31 CAMPUS EN TODO EL PAÍS, 1 CAMPUS CADA 8 MESES, 1 UNIVERSIDAD EN LÍNEA, PRESENCIA EN 14 ESTADOS DE LA REPÚBLICA, 20 AÑOS DE TRAYECTORIA EDUCATIVA.

Más de 40,000 Egresados

VIZCAYA POR EL MUNDO

Más de 300 embajadores Vizcaya en los últimos 2 años.

Más de 100 convenios en el mundo en los que podrás:

Realizar un verano de investigación
Hacer tus prácticas profesionales
E irte de intercambio académico

Conoce más en: WWW.**UVA**.EDU.MX