

**ANALISIS DE LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS KINÉSICOS**

**Fernando Adrián González**

**Licenciado Kinesiólogo Fisiatra – U.B.A.**

**Instructor de Concurrentes**

**Unidad de Kinesiología**

**Hospital J. M. Ramos Mejía**

**Autor responsable:**

Fernando Adrián González

Juan de Ayolas 2760 (1678) - Caseros, Pcia de Buenos Aires

4-758-2885 / 15-5-697-6280

fgonzalez@ineba.net

**Apoyos:**

*No existió financiamiento ni asociación comercial directa o indirecta (becas, subsidios, sponsors, etc) con ninguno de los participantes de este trabajo, el mismo fue realizado con los recursos propios de la unidad.*

**Resumen:**

**Objetivos:** Analizar el grado / características de la adherencia al tratamiento kinésico.

**Sujetos y método:** Estudio corte transversal, pacientes ambulatorios ingresados al turno vespertino en el período un año. Se registró el presentismo / abandono, y las causas del mismo (entrevista telefónica tipo abierta).

**Resultados:** 384 casos. Porcentaje / razón abandono: 43,7% / 0,8; mujeres: 47,2% / 0,9; 40-49 años: 56%; empleadas domésticas: 63%, residentes bonaerenses: 46%. 63% abandonó antes de cumplir 5 sesiones. 38% abandonó refiriendo factores socioeconómicos. Presentismo: 80.8%.

**Conclusiones:** Notable nivel de abandono e inasistencia diaria, con características demográficas definidas. Las condiciones socioeconómicas determinaron la no continuidad del tratamiento.

**Palabras clave:** Tratamiento kinésico - Adherencia - Abandono- Presentismo

**Abstract:**

**Objective:** To analyze degree / characteristics of the physical therapy adherence.

**Subjects and method:** descriptive study, ambulatory patients went into physical therapy unit (evening timetable) during one year. Attendance / abandonment and reasons of the same one were registered, (opened telephonic interview).

**Results:** 384 cases. Abandonment percentage / reason: 43,7% / 0,8; women: 47,2% / 0,9; 40-49 years old: 56%; domestic employees: 63%, Buenos Aires residents: 46%. 63% retired before fulfilling 5 appointments. 38% of the patients abandoned told socioeconomic factors. Attendance: 80.8%.

**Conclusions:** Important abandon level and daily nonattendance, with characteristics demographic definite. Socioeconomic conditions determined treatment abandon.

**Key words:** Physical therapy - Adherence – Attendance - Abandonment

### **Introducción:**

El objetivo básico de la kinesiología como parte del equipo de rehabilitación es el de disminuir la discapacidad y aumentar el grado de participación socio-económica del individuo afectado por una enfermedad (1) a través de la aplicación de agentes y técnicas adecuadas al cuadro disfuncional y a las necesidades del individuo (2). Este último punto es fundamental a tener en cuenta para lograr la indispensable participación del sujeto con un rol activo, redefiniéndose entonces el concepto clásico de relación terapéutica que involucraba al paciente como receptor pasivo en el proceso terapéutico (3).

Un medio útil para evaluar la calidad de este pacto terapéutico es el analizar las características con que se desarrolla, o sea el nivel de participación de la persona enferma, definida en términos de adherencia al tratamiento: la adecuación de la conducta del paciente a las recomendaciones del profesional de la salud sobre un programa terapéutico (ya sea farmacológico, psicoterapéutico, normas higiénicas, exploraciones complementarias o incluso la asistencia a citas) (4-7), la implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado (4).

Para la kinesiología, el concepto de adherencia se refiere a la adecuación de la conducta del paciente a las recomendaciones del kinesiólogo sobre un programa terapéutico-kinefiláctico (cumplimiento de indicaciones) y la asistencia a citas (presentismo /continuidad o abandono) (8).

Se la reconoce como un fenómeno multifactorial relacionado no solo con condiciones inherentes al paciente, sino a su efecto interrelacionado con las características del tratamiento, con el comportamiento de la enfermedad que motivó la derivación, a la dinámica del equipo de salud y del medio socioeconómico en que el paciente se desarrolla (6,9).

Desde el punto de vista terapéutico sabemos que su falta o poco desarrollo modifica el curso y resultado del tratamiento; así como las drogas no son efectivas cuando los pacientes no las toman adecuadamente, esta comprobado que una elevada frecuencia de abandono de los programas kinésicos comprometen los beneficios clínicos o / y funcionales de la intervención (10-13).

En definitiva, los tratamientos efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos con el paciente, se negocia el régimen, se planifica el seguimiento, o sea se trabaja

sobre la adherencia terapéutica, siendo esta una variable más que analizar a la hora de evaluar la eficiencia-efectividad de un abordaje kinésico (4,14).

En la práctica asistencial las características de la adherencia son percibidas y frecuentemente no valoradas ni tenidas en cuenta por los profesionales del sector. Si bien existen estudios que describen parcialmente este fenómeno, lo hacen en función del abordaje de una patología determinada (4,5,7,10-17) y no desde el punto de vista de la adherencia al agente sanitario que interviene.

**Objetivo:**

Evaluar el grado y características de la adherencia al tratamiento kinésico, puntualmente en lo que se refiere a la asistencia diaria o presentismo y al abandono del mismo, en la unidad de kinesiología de un hospital público.

### **Sujetos y método:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con pacientes ambulatorios derivados a la unidad de kinesiología en el período de un año: agosto de 2005 – julio de 2006, ingresados en el turno vespertino a la franja horaria de 15 a 17 horas. Se tomó como criterios de exclusión: inasistencias a 1º sesión y derivaciones a otros servicios del propio hospital o centros especializados.

De los 576 casos registrados para ingresar a tratamiento en la unidad en el lapso del estudio, 164 no asistieron a la primera sesión, 28 fueron derivados.

Esto definió una población de estudio compuesta por el ingreso consecutivo de 384 casos. El perfil demográfico de esta población mostró un predominio neto del sexo femenino, habitantes de la ciudad de Buenos Aires, transitando la cuarta década de vida y por lo tanto un importante volumen de personas laboralmente activas. La mayor parte de los casos asistieron a la unidad a consecuencia de enfermedades o síndromes de origen traumatológico u ortopédico en período subagudo. Los detalles demográficos de esta población se muestran en la tabla 1.

Se registró el grado de presentismo de acuerdo a las consultas que positivamente se efectivizaban diariamente del total de citas registradas en la planilla de turnos del servicio. Se analizó la frecuencia y razón de abandono al tratamiento por sexo, edad, actividad laboral al momento del inicio del tratamiento, lugar de residencia, cantidad de sesiones recibidas hasta el momento del abandono. Los datos demográficos surgen de la ficha kinésica confeccionada al momento del ingreso; el número de sesiones al momento del abandono se obtiene del registro de turnos diarios de la unidad, en donde figura el número de sesión de cada paciente.

Las causas del mismo se indagaron a través de entrevista telefónica de tipo abierta en donde se le consultaba a la persona sobre el motivo por el cual dejó de concurrir a tratamiento en la unidad, en este proceso se evitó cualquier tipo de cuestionamiento ni tono intimidatorio al formular la pregunta. No fueron consultados las personas a quienes se tuviera que comunicar a teléfonos celulares, implicaría llamadas interurbanas o no registrarán un teléfono donde ubicarlos, debido a limitaciones técnicas que impedían concretar estos llamados.

Con los datos obtenidos respecto al abandono se confeccionaron tablas de contingencia generales, utilizándose el mismo procedimiento para el análisis del nivel de presentismo diario y de las causas de abandono. Se confeccionaron tablas de contingencia específicas para cada subgrupo analizado: sexo, ocupación, edad, procedencia.

Para la clasificación de las causas de abandono se utilizaron los criterios de agrupabilidad definidos al respecto por la Organización Mundial de la Salud como factores de adherencia terapéutica:

- Factores relacionados con el paciente.
- Condición de la enfermedad.
- Sistema de salud y de atención médica.
- Factores socioeconómicos.
- Factores relacionados con el tratamiento.

Los componentes de cada factor se detallan en la tabla 2.

El análisis de la variable categórica nominal: abandono del tratamientos se basó en el establecimiento del los porcentajes de estas observaciones en la población estudiada y en los subgrupos: edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, momento de abandono. Se calculó la razón de abandono general y por cada subgrupo. Se calculo el porcentaje correspondiente al nivel de ausentismo diario y al de las causas notificadas de abandono del tratamiento.

Se aplicó como estadístico comprobatorio la prueba  $\chi^2$ , con un valor de  $\alpha$  igual a 0,05.

## **Resultados:**

Eliminando del estudio los casos que en los que se aplicaron los criterios de exclusión, la población a estudiar se limitó a 374 casos. La frecuencia de abandono registrada fue de 168 casos, definiendo un nivel de abandono del 43,7% y una razón de abandono de 0,8. *Gráfico 1*

De 254 mujeres, 120 abandonaron el tratamiento, significando un 47,2%; la razón de abandono femenino fue de 0,9 ( $p<0,05$ ). El hombre mostró una tendencia menor a dejar el tratamiento: de 130 casos, 48 lo hicieron, lo que representa un 36,9% y una razón de 0,6 ( $p<0,05$ ). *Gráfico 2*

Las edades con mayor nivel de abandono fueron las correspondientes a los 40-49 años, 56% y una razón de 1,27 ( $p<0,05$ ); otro grupo con un porcentaje elevado respecto al observado en el nivel de abandono general fue el de los mayores de 70 años, donde se registró un abandono del 50% y una razón de 1 ( $p<0,05$ ). El porcentaje y razón más bajos se vio en el grupo de 0-9 años (31% y 0,44) ( $p<0,05$ ). *Gráfico 3*

Las empleadas domésticas fueron el grupo con mayor nivel de abandono, 63% y una razón de 1,71 ( $p<0,05$ ); jubilados y pensionados junto con las amas de casa fueron los otros grupos con porcentajes y razones elevadas (52% / 1,12 y 48% / 0,9 respectivamente) ( $p<0,05$ ). *Gráfico 4*

Los pacientes provenientes del conurbano bonaerense tuvieron un 46% de abandono y una razón de 0,85 ( $p<0,05$ ), frente al 43% y 0,66 de los residentes en la ciudad de Buenos Aires ( $p<0,05$ ). *Gráfico 5*

El 63% del total de abandonos se dio durante las primeras 5 sesiones ( $p<0,05$ ), y el 95% de los casos de abandono se dieron antes de cumplir 10 sesiones ( $p<0,05$ ). *Gráfico 6*

Al investigar las causas del abandono no se obtuvo respuesta al llamado o este no pudo realizarse en el 53,6% de los casos, pudiendo ser consultados 78 casos que no concluyeron el tratamiento.

Dentro de los factores ya mencionados que potencialmente pueden determinar el abandono del tratamiento, los socioeconómicos representaron el 38% del total de causas referidas, sobre todo los componentes: problemas laborales y familiares, 22% y 13% respectivamente. Los factores relacionados con el paciente significaron el 33% de las causas, sobre todos los puntos referidos a complicaciones en la salud de los pacientes, 21%. Los problemas estrictamente económicos, definidos como falta de dinero para concurrir al hospital fueron argumentados en el 3% de los casos.

Es interesante destacar que la autopercepción de una mejora del cuadro que motivó la derivación definió el abandono del tratamiento en el 8% de los casos. Gráfico 7

Para un promedio de 14.2 pacientes citados diariamente, 2,72 no concurrieron a la misma determinando una inasistencia del 19.2% ( $p < 0,05$ ), no encontrándose un patrón que defina periodos del mes con mayor o menor ausentismo. Gráfico 8

**Conclusiones:**

Considerables niveles de abandono al tratamiento e inasistencia diaria, con un perfil poblacional en donde se identifica al sexo femenino, pacientes cuádragenarios, trabajadores que desarrollan su actividad en casa de familias y con residencia lejos del centro asistencial.

El abandono precoz fue una constante para quienes no terminan los tratamientos.

Las condiciones socioeconómicas fueron determinantes a la hora de definir la continuidad de un tratamiento.

### **Discusión:**

En una sociedad altamente tecnificada la solución de las dificultades involucran al hombre no se solucionan exclusivamente con la ayuda de la ciencia, por muy sofisticados que sean los avances que en ella se producen. La solución a dichas contrariedades se encuentra en un ámbito distinto: el del comportamiento humano (7). Esta conceptualización de la problemática del hombre actualiza la estructura de la relación la relación médico – paciente definiendo una nueva denominada asistente – asistido, en donde se hace hincapié sobre la necesidad de la elaboración positiva del pacto terapéutico con el asistido con un objetivo básico: la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente para su cumplimiento efectivo, establecido éste conjuntamente con el profesional de la salud, articulando una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado (4).

Se entiende entonces el por qué adherencia es más que cumplimiento: Es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de diferentes factores tabla 2 en donde los relacionados con el paciente son solo una parte del fenómeno y cuyo peso específico fundamentalmente varía en cada contexto socioeconómico (6).

Adherencia es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado (4). Sin embargo son pobres los conocimientos sobre este fenómeno en la kinesiología, ya sea en sus características intrínsecas, en las particularidades de su dinámica, ni en la utilidad que tiene su conocimiento.

La falta de referentes bibliográficos con los que comparar los resultados obtenidos en el presente trabajo solo permite desarrollar una moderada aproximación con las características de la adherencia referidas en otros trabajos, limitándolos a los aspectos de esta referidos al abandono del tratamiento.

Nuestra población se comporta globalmente de manera similar al de otras reseñadas en diferentes trabajos, destacándose por un nivel de abandono sensiblemente superior al de por si alarmante detectado en países desarrollados (6). Por ejemplo los valores de abandono en rehabilitación cardiaca marcan un 20-25% dentro de los 3 primeros meses y un 40-50% antes de finalizar el año (15). Se vio que la adherencia sigue una curva negativa que expresa relativamente un mayor abandono inicial seguido por

una disminución a medida que pasa el tiempo (11). Esta tendencia a un abandono temprano se repitió en este trabajo pero los tiempos en que esta deserción se registró fueron marcadamente inferiores.

Más mujeres que hombres tienden a abandonar los programas de rehabilitación cardíaca (15), relacionándose esto con la función tradicional de la mujer como coordinadora del hogar, supeditada a las necesidades diarias de la familia (6), a lo que se agrega (a partir de la situación socioeconómica actual) el papel de proveedor económico junto a la figura masculina o de principal sostén del grupo familiar, cuestiones que la conducen a supeditar su cuidado en el tema salud para continuar cumpliendo sus actividades.

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre otras prioridades, dirigiendo los limitados recursos disponibles hacia las necesidades íntimas del círculo familiar (6). Tal parece ser la posición de la población asistida en el hospital público, con personas mayoritariamente sin cobertura en salud, desocupada, sub-ocupada o bajo un sistema de inestabilidad laboral. Justamente la población con trabajo en relación de dependencia encubierta es la que definió el menor nivel de adherencia, en donde el personal doméstico asistido se suscribía en su totalidad a esta forma de trabajo informal.

El factor socioeconómico refuerza la falta de adherencia de la mujer en cuanto a su nuevo papel socioeconómico, determina la edad de mayor abandono en función a su potencialidad laboral y la imposibilidad de cumplir con los regímenes terapéuticos ante la labilidad de los lazos laborales.

La edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. La adherencia se consolida con una actitud responsable de los padres en la población pediátrica, y de los hijos de pacientes añosos. En ambos casos la necesidad de asistencia derivada en la inmadurez de los niños y de los problemas cognitivos y la discapacidad (secundaria a la patología de base y la propia de la edad) (6) en los gerontes define el grado de adherencia. En nuestra casuística esto solo tuvo un desarrollo relativo, en donde la influencia directa del tema socioeconómico en los responsables de estos grupos limitó la continuidad del tratamiento.

La falta de redes de apoyo social efectivos, la disfunción familiar como sostén condicionó la continuidad del tratamiento, definiendo los índices de adherencia en los polos cronológicos extremos de los pacientes estudiados.

Los factores relacionados con el paciente, como ser las expectativas del paciente, el olvido, falta de efecto percibido del tratamiento, caracterizaron la mayor parte de la responsabilidad del paciente en el abandono.

Las condiciones del sistema en cuanto a la falta de asistencia personalizada, desarticulación entre la atención clínica, quirúrgica y la de rehabilitación, definió la falencia del mismo a la hora de mantener el vínculo con el paciente y por ende su respuesta al tratamiento.

No se registraron prácticamente abandonos derivados de efectos no deseados del abordaje kinésico como ser dolor u otro tipo de inconvenientes.

El estatus funcional de los pacientes no definió continuidad, si bien este dato esta sesgado por ser pacientes en atención ambulatoria, lo que implica un grado de discapacidad en general leve.

La lejanía del centro de tratamiento determina una mayor tendencia a la discontinuidad (6), ya sea por lejanía directa (distancia real entre domicilio-hospital) o por lejanía indirecta (la falta de medios de transporte directos), definieron un mayor nivel de abandono en la población del conurbano bonaerense, caracterizada por viajes prolongados y el consecuente encarecimiento del transporte.

Frente a esta realidad sabemos que la adherencia terapéutica es un modificador importante de la efectividad del sistema de salud, que los resultados de salud no pueden evaluarse con exactitud si se miden solamente los indicadores de eficacia y eficiencia de las intervenciones. La falta de adherencia implica un alto costo debido a la mala utilización de los recursos, de por si limitados, del sistema.

En cuanto a los resultados, la ausencia de esta da lugar a un potencial fracaso terapéutico (6) cuyas dimensiones están por cuantificarse.

Por lo pronto podemos decir que el análisis de la adherencia es una justa medida de la calidad asistencial brindada por el sistema de salud y sus componentes dentro del contexto socioeconómico en el que la actividad terapéutica se desarrolla. Es claro que el desarrollo de una imagen completa de la magnitud del problema es fundamental para crear políticas de respaldo efectivos para los esfuerzos encami-

nados a mejorar la adherencia terapéutica (6) y el mejor aporte que se puede hacer en lo inmediato es contribuir a estudiar este fenómeno.

**Agradecimientos:**

• **Juan Osuna**

Licenciado Kinesiólogo Fisiatra – U.B.A.

Concurrente 2º

Unidad de Kinesiología - Hospital J. M. Ramos Mejía

- *Recolección de datos intramuros*

• **Aleida Pabón**

Secretaria

Unidad de Kinesiología - Hospital J. M. Ramos Mejía

- *Recolección de datos extramuros*

• **Rodolfo González**

- *Corrector*

**Referencias Bibliográficas:**

1. Schilling S: *Programa provincial de rehabilitación. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires, 1999.*
2. Bravo Ortiz M: *Grupo de trabajo sobre calidad asistencial. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1996.*
3. Ricón L: *La relación terapéutica. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2003. p 14.*
4. Alfonso L: *Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30 (4).*
5. Cáceres F: *Adherencia al tratamiento en Esclerosis Múltiple. Rosario: XLII Congreso Argentino de Neurología; Octubre 2005.*
6. Sabaté E: *Definición de la adherencia terapéutica; Modo en que la adherencia terapéutica deficiente influye sobre los formuladores de políticas y los gerentes sanitarios; Lecciones aprendidas; Hacia la solución. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles); 2004. p 3-6; 11-46.*
7. Utrilla B, Lérida A: *Seguimiento de prescripciones. Cáceres: Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Extremadura; 1992.*
8. González F, Osuna J: *Adherencia a los tratamientos kinésicos. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación. XVIII congreso Argentino SAMFyR, XII Jornadas del Cono Sur, IV Congreso Hispano Argentino; mayo 2006.*
9. Brandani L: *Medicina basada en la adherencia, jornada de actualización. Buenos Aires: Universidad Favaloro; abril 2006.*
10. American Thoracic Society: *Pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care 1999; 159: 1666-1682.*
11. Estany E: *Fase de mantenimiento de la rehabilitación cardiaca, características. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1999; 13 (2): 149-157.*

12. *Kerbage S. Programa para la prevención y rehabilitación cardiovascular. Bureau de Informaciones Libanesas para América Latina 2004.*
13. *Monsalve D, Sarmiento J, Garzón M, Camargo D, Merchán A, Navia J et al: Impacto del seguimiento sobre la modificación de factores de riesgo en pacientes con enfermedad arterial coronaria. Rev Col Cardiol 2004; 11: 237-245.*
14. *Pinson Guerra G: Educación del paciente cardiovascular en los programas de rehabilitación cardíaca. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 2000; 8 (1-4): 25-30.*
15. *Bonzheim KA, Franklin B: Rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio. Cardiopatía de la mujer adulta. Entre Ríos: Bioingeniería UNER; 2005.*
16. *Kolt G, McEvoy J: Adherence to rehabilitation in patients with low back pain. Man Ther. 2003; 8(2):110-6.*
17. *Sluijs E, Kok GJ Van der Zee J: Correlates of exercise compliance in physical therapy. Phys Ther 1993; 73(11):771-82; discussion 783-6.*

**Tabla 1- Características demográficas**

<b>Población</b>	<i>384</i>
<b>Sexo</b>	<i>254 mujeres 130 hombres</i>
<b>Media edad (años)</b>	<i>46,3 (0,24-88)</i>
<b>Moda evolución (días)</b>	<i>60</i>
<b>Procedencia</b>	<i>CABA 297 Gran BS AS 87</i>
<b>Servicio derivante</b>	<i>79,7% OyT 8,9% neurología 7,3% pediatría 2,9% reumatología 2% otros</i>
<b>Ocupación</b>	<i>39% asalariados 28% amas casa 11% desocupados 22% otros</i>

**Tabla 2: Factores determinantes de la adherencia al tratamiento**

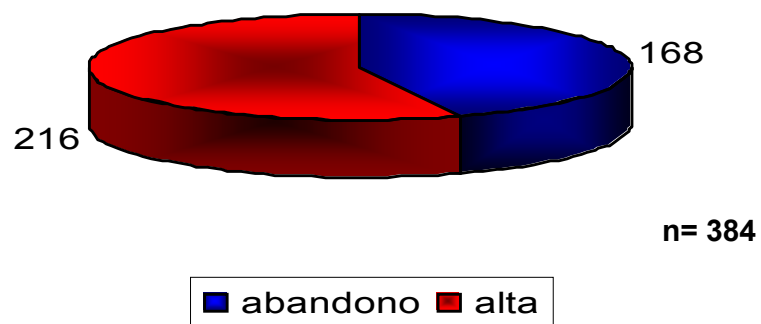
<b>Factores relacionados con el tratamiento (1,5,6,15)</b>	Grado de compromiso con tratamiento. Existencia de contrato previo. Feedback positivo. Resultado inmediato del tratamiento desagradable. Aumento del dolor con el tratamiento. Tratamiento grupal / individual / personalizado. Grado de percepción de los beneficios de la rehabilitación. Relación eficacia / eficiencia / efectividad. Adaptación del paciente al tratamiento. Complejidad de las consignas. Características del reemplazo de conductas compensatorias útiles pero nocivas. Características educativas del tratamiento. Falta de modulación de la dosificación de las cargas de trabajo. Tiempos prolongados de los tratamientos físicos. Tiempo de sesión que supera los estándares médicos.
<b>Sistema de salud y atención médica</b>	Características del vínculo con el equipo

<p><b>(1,5-7,11)</b></p>	<p>de salud.</p> <p>Características del profesional.</p> <p>Contención al paciente.</p> <p>Mensajes inconsistentes del equipo de salud / contradicciones.</p> <p>Grado de seguimiento del paciente.</p> <p>Barreras percibidas/reales encontradas por el paciente.</p> <p>Falta de ayuda.</p> <p>Horarios.</p> <p>Lejanía del centro de salud respecto al domicilio.</p> <p>Falta de evaluación periódica.</p> <p>Falta de profesional preparado.</p> <p>Falta de pedagogía/social del equipo.</p> <p>Pobre desarrollo infraestructura / tecnología / servicios.</p>
<p><b>Factores socioeconómicos</b></p> <p><b>(5,6,11,15)</b></p>	<p>Características de la familia / entorno.</p> <p>Falta de apoyo familiar.</p> <p>Co-dependencia.</p> <p>Grado de soporte social / red.</p> <p>Situación laboral.</p> <p>Tipo de trabajo desarrollado.</p> <p>Acceso a los medios de transporte.</p>

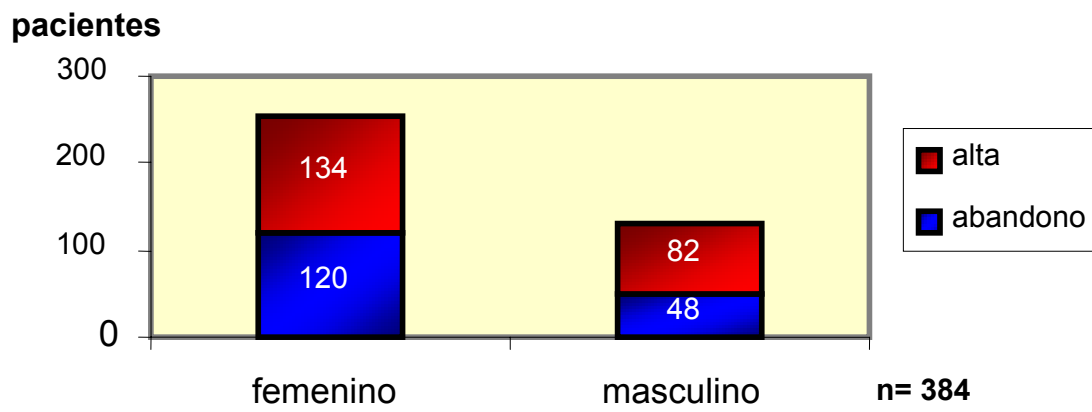
<b>Factores relacionados con el paciente (5-7,11,15)</b>	Sexo.  Estilo de vida.  Experiencias negativas de tratamientos anteriores.  Alteraciones cognitivas.  Alteraciones psiquiátricas.  Problemas físicos.  Inseguridad acerca con la eficiencia del tratamiento.  Motivación.  Conocimiento sobre la patología.  Temor a la patología.  Negación.  Desesperanza.  Nivel de expectativas.  Nivel educativo.  Nivel de demanda del paciente.  Hábitos / conductas nocivas ya establecidas.  Falta de hábitos de actividad física.  Rol familiar (cuidador de personas).
<b>Factores relacionados con la enfermedad (5-6)</b>	Características evolutivas / predictibilidad de la enfermedad / pronóstico.  Estado de salud general.  Fatiga.



**Gráfico 1: Alta y abandono general**



**Gráfico 2: Abandonos y altas por sexo**



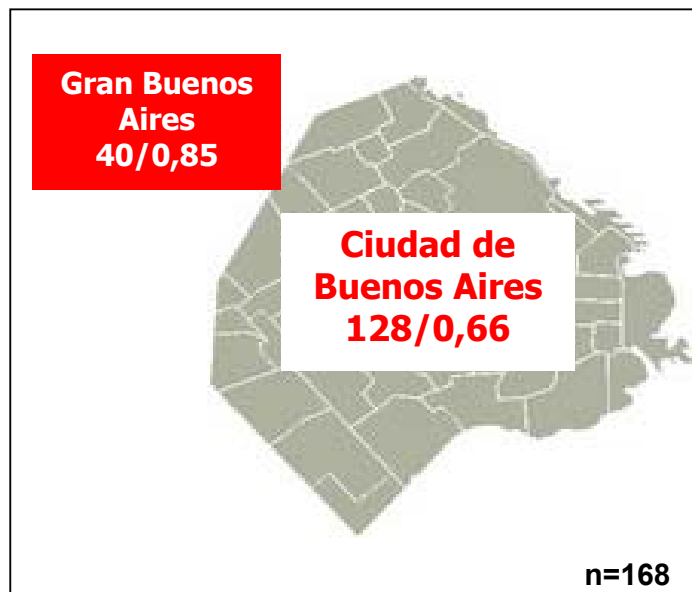
**Gráfico 3: Abandonos por edad**

EDAD	FRECUENCIA	RAZON
0-9	8	0,44
10-19	6	0,75
20-29	13	0,65
30-39	19	0,68
40-49	38	1,27
50-59	39	0,71
60-69	28	0,7
>70	17	1

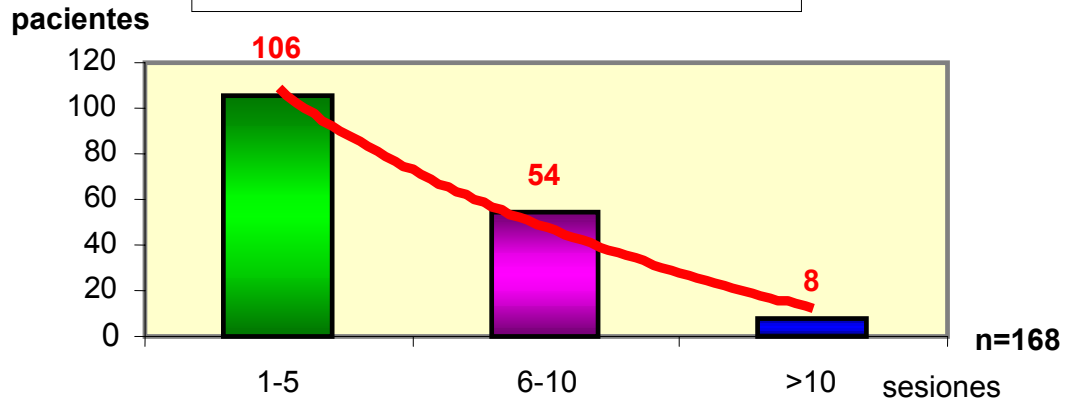
**Gráfico 4: Abandonos por ocupación**

OCUPACION	FRECUENCIA	RAZON
oficinas y negocios	22	0,56
oficios manuales con carga peso	13	0,87
amas de casa	52	0,94
cuidado de personas	5	0,5
bebés y niños	8	0,4
domésticas y afines	12	1,71
desocupados	19	0,82
docentes y estudiantes	10	0,77
pasivos	18	1,12
otros	9	0,5

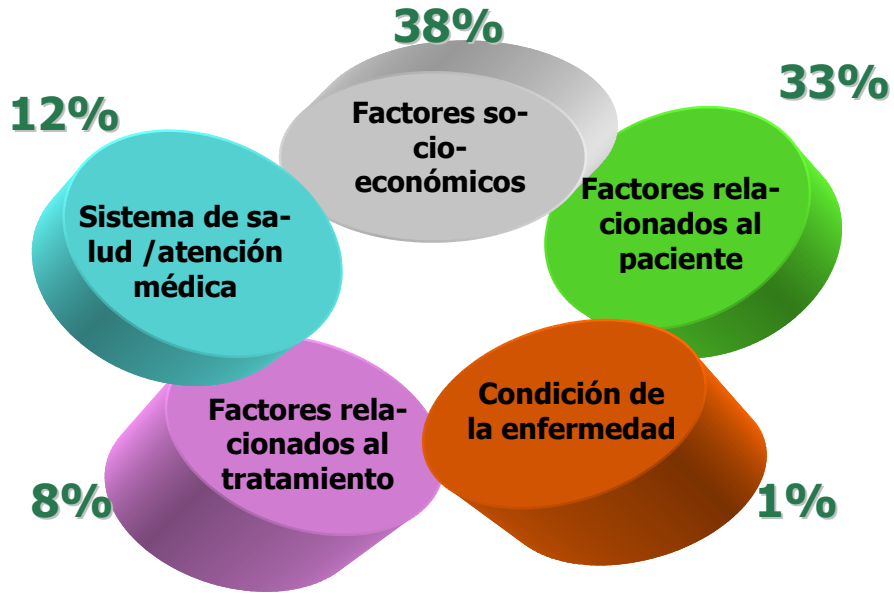
**Gráfico 5: Abandonos por lugar de residencia  
Frecuencia / razón**



**Gráfico 6: Abandono por sesiones**



**Gráfico 7: Factores condicionantes del abandono**



**Abandono por buena evolución auto percibida 8%** n= 78

**Gráfico 8: Asistencia diaria**

