



**Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el  
Movimiento**

**Licenciatura en Terapia Ocupacional**

**Asignatura: Diseño de Trabajo Final**

Equipo docente:

Prof. Adj. a cargo: Mariela Nabergoi.

JTP: Natalia Spallato y J. Manuel Zorzoli,

ATP: Mariana Amaro y Florencia Itovich

Docentes supervisores: Lic. Natalia Spallato

Dra. Mariela Nabergoi

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

Tema: *“Intervenciones de Terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”*

Grupo n° 11

Año de cursada: 2016

Alumnas:

Bressan, Vanesa – DNI 26.661.610 – bressanvanesa@gmail.com

Nicodemo, Ana Laura – DNI 36.594.130 – ana.nicodemo@hotmail.com

*12 de Diciembre de 2017*

## Agradecimientos

*Queremos reconocer y agradecer la colaboración de numerosas personas a lo largo de las distintas etapas del proyecto, sin la cual no hubiera sido posible la finalización del mismo:*

*A los profesionales que accedieron a participar de las entrevistas, destinando parte de su tiempo libre o de su horario laboral a escuchar y comprender la temática de nuestro trabajo, brindarnos información y experiencias profesionales propias, comentarnos sobre el funcionamiento del dispositivo, etc. Y a instituciones como la biblioteca de la Universidad de San Martín y la AATO (Asociación Argentina de Terapia Ocupacional) que nos brindaron información y bibliografía.*

*Al equipo docente de las cátedras de Metodología de la Investigación y Estadística de la licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad de San Martín, por transmitirnos no solo conocimiento y herramientas sino también el compromiso por la investigación en nuestro campo, y por la supervisión de este trabajo.*

*A otros docentes a lo largo de nuestra formación de grado, que han aportado a nuestra visión de la Terapia Ocupacional de manera explícita e implícita, delineando los intereses que guiaron la selección del tema de nuestro trabajo.*

*A nuestras familias, que nos acompañaron y apoyaron durante todo el proceso.*

## Índice

1-	Introducción .....	5
1.1	Área y tema .....	5
1.2	Palabras clave.....	5
1.3	Planteo del problema científico .....	5
1.4	Relevancia y justificación .....	9
1.5	Marco teórico.....	11
1.6	Hipótesis.....	21
1.7	Objetivos de la investigación.....	22
	Objetivo general.....	22
	Objetivos específicos.....	22
2-	Metodología .....	23
2.1	Tipo de diseño .....	23
2.2	Universo y muestra .....	24
2.3	Matrices de datos.....	28
2.4	Fuentes de datos .....	45
2.5	Instrumentos .....	46
2.6	Análisis de los datos .....	49
	2.6.1. Procesamiento .....	49
	2.6.2 Sistematización.....	50
	2.6.3 Análisis.....	51
3-	Resultados, discusión y conclusiones.....	53
3.1	Resultados .....	53
	3.1.1 Caracterización de la muestra de la UA 1: Personas con discapacidad en situación de pobreza que residen en CABA en 2017 (que concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional) .....	53
	3.1.2 Determinación de nivel de adherencia terapéutica de las personas con discapacidad en situación de pobreza residentes en CABA en 2017.....	60
	3.1.3 Caracterización de la muestra de la UA 2: tratamientos de Terapia Ocupacional en personas con discapacidad en situación de pobreza .....	61
	3.1.4 Tipos de intervención utilizados en el tratamiento de Terapia Ocupacional de personas con discapacidad en situación de pobreza .....	64
	3.1.5 Cruces de variables.....	67
	3.1.6 Prueba de hipótesis.....	69
3.2	Conclusiones y discusión.....	71

4-	Bibliografía .....	75
5-	Anexos .....	78
5.1	Anexo 1.....	78
5.2	Anexo 2.....	83
5.3	Anexo 3.....	84
5.4	Anexo 4.....	85
5.5	Anexo 5.....	92
5.5.1	Tablas de frecuencia – variables necesarias .....	92
5.5.2	Tablas de frecuencia- variables suficientes.....	93
5.5.3	Tablas de contingencia .....	96
5.5.4	Tablas de contingencia usadas para el test de Chi cuadrado.....	97
5.6	Anexo 6.....	98

# 1- Introducción

## 1.1 Área y tema

### Área

Servicios de salud y poblaciones vulnerables

### Tema

Intervenciones de Terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## 1.2 Palabras clave

Terapia Ocupacional – Discapacidad – Situación de pobreza – Tipos de Intervención - Adherencia Terapéutica

## 1.3 Planteo del problema científico

Este estudio pretende analizar las características de las intervenciones utilizadas por los profesionales en el abordaje de personas con discapacidad en situación de pobreza, y su relación con la adherencia terapéutica al tratamiento en servicios de Terapia Ocupacional durante el primer semestre del año 2017 en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina).

En primer lugar, el modelado del objeto se debe al interés despertado por las tendencias emergentes en Terapia Ocupacional, orientadas hacia el ámbito social-comunitario desde un punto de vista crítico, que considera no sólo los aspectos funcionales e individuales del desempeño de la persona, sino los factores estructurales (económicos, sociales, de acceso, políticos) que lo condicionan. La visión de este trabajo se funda principalmente en la producción teórica de Sandra Galheigo (2006), quien habla del Terapeuta Ocupacional (T.O.) como articulador social en el contexto real. Implícitamente la autora nos

introduce en la noción política de la terapia ocupacional. Al respecto dice por ejemplo que las condiciones de vida de las personas son de origen estructural, por lo tanto no se podrán resolver solo con terapias. (Galheigo, 2006).

Realizando un breve recorrido histórico, como resultado del surgimiento de movilizaciones sociales en contra de las prácticas psiquiátricas tradicionales y la atención institucionalizada de las personas con discapacidad, acompañadas por el crecimiento de organizaciones de personas con discapacidad, se comienzan a abordar las temáticas de discapacidad, pobreza, exclusión y desigualdad a nivel internacional. Esto se plasmó en documentos generados por distintos organismos: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se puede nombrar la Declaración de Alma-Ata de 1978, producto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud realizada en Kazajstán, como primer elemento en la determinación de los objetivos a nivel mundial en cuanto a acceso equitativo a servicios de salud, logro de calidad y niveles de vida igualitarios. Comienza a aparecer, como respuesta frente a la problemática de poblaciones vulnerables (en este caso, personas con discapacidad en situación de pobreza) la estrategia de RBC: “una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad” (OIT, UNESCO Y OMS, 2004, pág. 2).

En este contexto, la Terapia Ocupacional comienza a orientar sus intervenciones de acuerdo a los paradigmas internacionales. El Documento de Posicionamiento sobre Rehabilitación Basada en la Comunidad de la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales (WFOT, 2004) asume que los terapeutas ocupacionales, en base a los estudios y prácticas de los últimos años, están comprometidos con el avance de este tipo de estrategias y nociones teóricas relacionadas con la protección de derechos de las personas con discapacidad, la potenciación de los recursos comunitarios y la inclusión social. Es en este marco que surge la tendencia social de la Terapia Ocupacional que fundamenta la selección de la población específica objeto de este trabajo, la visión social y política desde la cual se abordarán los

conceptos, y la relevancia de sus resultados. La doble vulnerabilización sufrida por estas personas pone en riesgo, entre otras cosas, el resultado de los tratamientos relacionados con la salud.

Es así que se considera la discapacidad como una condición multidimensional de acuerdo con la concepción de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001) en la cual influyen los aspectos contextuales.

En Argentina, el concepto de discapacidad de la CIF fue tomado por el INDEC para las mediciones relacionadas a las personas con discapacidad efectuadas en el Censo 2010 (INDEC, 2014). En esta medición se comenzó a indagar sobre la situación actual de las personas con discapacidad en la Argentina, por eso se remite a los datos resultantes del mismo, recolectados en la publicación del INDEC de 2014: Personas con Dificultad o Limitación Permanente. Se sabe que el 12,9% de las personas que residen en viviendas particulares en el país tiene alguna limitación o dificultad permanente (física, sensorial o mental), y las mujeres presentan una prevalencia mayor que los varones, estando 2,3 puntos porcentuales por encima. El 44,6% de esta población de 14 años o más se encuentra ocupado. La región con mayor prevalencia de personas con discapacidad es la del Noroeste Argentino, cuyas provincias tienen valores superiores al 16%. En CABA la prevalencia es del 11,2%, inferior al promedio nacional, lo cual corresponde a un número de 316.844 personas. En cuanto a condiciones de vida, este documento utiliza indicadores basados en las características de las viviendas: en la región Metropolitana, Pampeana y Patagónica las viviendas aceptables son alrededor del 60%, mientras que en las provincias del norte y San Juan, la mitad de las viviendas no cumplen las condiciones para ser habitables. El INDEC también clasifica los hogares que contienen al menos una persona con dificultad o limitación permanente según la presencia de algún indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (N.B.I.): en el total del país el porcentaje es de un 11,1, mientras que en CABA el 7,7% de los hogares en los que reside una persona con discapacidad presenta N.B.I. Por último, en relación a la cobertura de salud, alrededor del 70% de esta población declara tener algún tipo, de los cuales el 91,5% tiene obra social

(incluye PAMI). Un 45,3% recibe algún beneficio del Sistema de Jubilación Nacional. Además, en este documento se correlacionan diferentes variables que permiten concluir que en las zonas con mayor presencia de personas con discapacidad, también es mayor la situación de pobreza (según el concepto de Necesidades Básicas Insatisfechas).

En este estudio se elige utilizar el término “situación de pobreza”, ya que se la considera como una condición estructural que no se limita sólo al factor económico sino que se tienen en cuenta los aspectos multidimensionales que hacen a la misma, en base al concepto de N.B.I. (ver Marco Teórico).

Tanto en el concepto de discapacidad como en el de pobreza se observa la influencia de las condiciones sociales e histórico- políticas que dan lugar a procesos de exclusión y marginación, con dificultad en el acceso a recursos comunitarios, sanitarios, educativos, etc. Es por este motivo que se considera que la asociación de estas dos condiciones merece la atención de los profesionales de la salud entre los que se encuentran los terapeutas ocupacionales, sobre todo desde esta visión social que está adquiriendo la disciplina, y por lo que se cree relevante proyectar una mayor producción teórica al respecto.

Teniendo en cuenta lo dicho hasta este momento, se cree relevante el resultado exitoso de las intervenciones relacionadas a la salud de esta población vulnerable. Por este motivo, se elige profundizar los conocimientos sobre la Adherencia Terapéutica, como elemento que permite conocer e incluso predecir el resultado de los tratamientos.

Se toma este concepto como aplicable no solo a los aspectos médicos, sino también al tratamiento de T.O., principalmente en cuanto a pautas trabajadas en colaboración con la persona para la vida en comunidad. La OMS (2004) indica que los aspectos del contexto, situación socio-económica y estructura del sistema de salud influyen fuertemente en la adherencia terapéutica en relación a enfermedades crónicas, y que por lo tanto es un problema de preocupación a nivel mundial dada la cada vez mayor prevalencia de este tipo de enfermedades. Por este motivo, y teniendo en cuenta todo lo desarrollado

sobre la multidimensionalidad de la discapacidad y la situación de pobreza, se puede inferir que estos factores influyen en la adherencia terapéutica y, por lo tanto, en los resultados de salud de esta población. Un estudio llevado a cabo en Johannesburg, Sudáfrica, con personas que habían sufrido un ACV, permitió concluir que la educación del cuidador, la personalización del tratamiento y la presencia de soporte familiar probablemente jugaron un rol fundamental en los resultados favorables en adherencia terapéutica a programas en el hogar (Sheetal & Mokgobadibe, 2015). En la Fundación Fundem (Colombia) se concluyó que la educación y orientación de pacientes y acompañantes o cuidadores es fundamental para el cumplimiento de los tratamientos (Álvarez Ramírez, Cuartas Martínez, & Durán Sabogal, 2012).

Acorde a la AATO (Asociación Argentina de Terapia Ocupacional) la Terapia Ocupacional interviene en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, judicial y social-comunitario, brindando servicios a personas cuyo desempeño ocupacional, calidad de vida y salud se ven afectados por situaciones de enfermedad, discapacidad u otras problemáticas (2013); por lo cual teniendo en cuenta todo lo abordado hasta el momento, la adherencia terapéutica al tratamiento en el caso de la población que se encuentra en las condiciones más desfavorables podría ser un factor importante de acuerdo con los principios de la disciplina, ya que uno de los principales objetivos de la misma consiste en la mejora de la calidad de vida de las personas.

En base a todo esto, nos preguntamos:

**¿Cuál es la relación entre los tratamientos de Terapia Ocupacional que incluyen intervenciones del tipo Educación y el nivel de Adherencia Terapéutica en personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017?**

#### **1.4 Relevancia y justificación**

El propósito que nos planteamos al realizar esta investigación consiste en modificar las situaciones de desigualdad e inequidad experimentadas por los

grupos vulnerables, en este caso las personas con discapacidad en situación de pobreza, que conllevan dificultades en el acceso y obtención de resultados exitosos en relación a los servicios de salud que necesitan, más concretamente en el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Con respecto al aporte potencial de este trabajo a nivel teórico, se pretende ampliar los conocimientos de los terapeutas ocupacionales sobre el contexto socio-político-económico en el cual se incluye su accionar y las tendencias a las cuales podría orientarse la intervención futura. A mayor escala, se persigue realizar un aporte a la comunidad científica en cuanto al conocimiento sobre la relación entre la situación de pobreza, el acceso a servicios de salud en personas con discapacidad y la adherencia terapéutica. La OMS destaca que la adherencia terapéutica deficiente multiplica las dificultades para mejorar la salud de las poblaciones pobres, y genera subutilización de recursos (OMS, 2004). Por otro lado, aportaría a la visión más amplia y multidimensional sobre la adherencia terapéutica, no sólo como el cumplimiento de prescripciones para la adquisición e ingesta de medicamentos, sino en relación a las pautas brindadas por todos los profesionales de la salud, en este caso, los de Terapia Ocupacional. En el mismo sentido, y al haber encontrado gran cantidad de trabajos científicos de esta temática referidos a enfermedades crónicas específicas (Diabetes, Hipertensión Arterial, VIH, Cáncer, Asma, etc.), consideramos relevante el aporte de este trabajo al orientarse hacia la adherencia terapéutica enfocada en otro tipo de poblaciones: las personas con discapacidad en situación de pobreza, basándonos en el modelo biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001) y otorgando importancia a los factores contextuales.

En cuanto a la relevancia práctica de esta investigación, podría ampliar la variedad de estrategias utilizadas por los terapeutas ocupacionales para favorecer la adherencia terapéutica y el consecuente éxito de los tratamientos en personas en situación de pobreza. También, aportaría información para el desarrollo de políticas públicas y programas destinados a disminuir la brecha de desigualdad en el acceso a los servicios de salud (y específicamente de TO) en la población ya mencionada, y para mejorar en forma específica la

adherencia terapéutica y la efectividad de los tratamientos. Asimismo, podría contribuir al marco de investigación referido a estas problemáticas, sobre el abordaje de poblaciones vulnerables y la posible respuesta mediante Atención Primaria de la Salud y Rehabilitación Basada en la Comunidad.

La relevancia social consiste principalmente en que los resultados de este trabajo podrían servir, más allá de la población específica a la que se refiere, para todas aquellas personas que, al encontrarse en una situación de vulnerabilidad, exclusión o marginación, vean dificultado el acceso a servicios de salud, impactando negativamente sobre su adherencia terapéutica y sus resultados en salud. Otros posibles destinatarios indirectos de los resultados serían aquellos profesionales que deseen planificar estrategias basadas en RBC, que podrían utilizar la disponibilidad de datos con respecto a necesidades y situación de la población.

## 1.5 Marco teórico

Si bien, como se explicitó en el Planteamiento del problema, se parte de una visión social y política emergente de la Terapia Ocupacional para la selección de la población del presente estudio, las herramientas teóricas en las que se basa para llevarlo a la práctica se corresponden con las visiones más generales de la OMS y la WOFT.

Para relacionar discapacidad y pobreza, se comienza por enmarcar ambos términos. Se considera, a los fines prácticos del presente estudio, el modelo bio-psico-social de la CIF (OMS, 2001), que define a la Discapacidad como el resultado negativo del funcionamiento de una persona con un determinado estado de salud en interacción con los factores contextuales (ambientales y personales), haciendo énfasis en ese ambiente que determina los facilitadores u obstáculos al desempeño.

Otra explicación concordante es la brindada por la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que define a las

personas con discapacidad como “Aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006).

A partir de esta visión de la discapacidad y las condiciones de vida asociadas a la misma, se relaciona el concepto de pobreza como situación multidimensional, y no sólo determinada por los ingresos económicos. En la Conferencia sobre Empleo Mundial (1976) se definió el concepto de necesidades básicas para hablar de pobreza, que se basa en la presencia de dos clases de elementos: requerimientos mínimos para el consumo privado de una familia, y servicios básicos para la vida en la comunidad (Martínez Ríos, 2013). Esto es tomado por el INDEC para elaborar el concepto de “Necesidades Básicas Insatisfechas” (NBI).

De acuerdo a la concepción de este organismo, se consideran hogares con NBI a aquellos que presentan al menos una de las siguientes características:

- Vivienda inconveniente (NBI 1): es el tipo de vivienda que habitan los hogares que moran en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda. Se excluye a las viviendas tipo casa, departamento o rancho.
- Carencias sanitarias (NBI 2): incluye a los hogares que no poseen retrete.
- Condiciones de Hacinamiento (NBI 3): es la relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar. Existe hacinamiento crítico cuando en el hogar hay más de tres personas por cuarto.
- Inasistencia escolar (NBI 4): hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.

- Capacidad de subsistencia (NBI 5): incluye a los hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria. <sup>1</sup>

(Datos extraídos de DINREP, 2014)

La relación entre pobreza y discapacidad es abordada en el Documento de Posición Conjunta sobre RBC: “En los países en desarrollo, donde vive la mayoría de las personas con discapacidad, las tasas de desempleo y subempleo son indiscutiblemente superiores en este grupo. La falta de acceso a la atención de salud y a la rehabilitación, a la educación, a la formación y al empleo propicia el círculo vicioso de pobreza y discapacidad” (OIT, UNESCO Y OMS, 2004, pág. 5).

Se pueden encontrar numerosas elaboraciones teóricas (artículos, investigaciones) y experiencias de terapeutas ocupacionales provenientes de Latinoamérica, que preponderan el abordaje de problemáticas relacionadas con la inequidad en el acceso a la salud, la relación entre pobreza y discapacidad, las estrategias de intervención a nivel comunitario (en las cuales se hace mención a la Rehabilitación Basada en la Comunidad), etc.

En Argentina, la accesibilidad resulta un factor crítico en poblaciones vulnerables y con mayores necesidades de atención. Esto se ve fuertemente influido por la estructura del sistema de salud disponible, lo cual es uno de los elementos determinantes de los resultados en salud y calidad de vida para estas poblaciones. A este respecto, Matías Ballesteros (2013), plantea que la desigual calidad en los servicios del sistema de salud en Argentina está dada por la fragmentación del mismo, desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial y municipal) y por tipo de cobertura (público, obras sociales y prepagas). En este sentido, la OMS plantea que la estructura del sistema de salud influye en la adherencia terapéutica (OMS, 2004).

---

<sup>1</sup> En relación a estos criterios de N.B.I., se aclara que para el presente estudio se efectuó una adecuación de los mismos de acuerdo, por un lado, a las características de la población analizada, y por otro, al contexto socio-económico actual y las exigencias del mismo. Las adecuaciones se explicitan en los criterios de inclusión de la muestra (ver pág. 24).

Se puede considerar a la Adherencia Terapéutica como un elemento útil para medir la adecuación entre el sistema de salud, el contexto social, político y cultural, las acciones de los profesionales y las características de los pacientes, teniendo en cuenta la accesibilidad a los servicios de salud como uno de los factores determinantes en el resultado de las acciones de los profesionales. En el año 2003, la OMS declara la Adherencia Terapéutica como un problema de Salud Pública Mundial, considerando a la pobreza y la accesibilidad de los servicios de salud como parte de los factores que influyen en la adherencia terapéutica y, consecuentemente, en el éxito de los tratamientos (OMS, 2004).

En la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS realizada en 2001 se definió a la misma como “El grado en que el comportamiento de una persona- tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004, pág. 3). En la reunión se destacó la importancia de la calidad de la relación entre la persona y el prestador de servicios de salud como determinante en la adherencia, siendo recomendable la exploración de medios terapéuticos, el acuerdo mutuo y la planificación del seguimiento. Se diferencia adherencia de cumplimiento/observancia. La adherencia requiere la conformidad del paciente sobre el curso que tomará el tratamiento y las indicaciones a seguir. El cumplimiento u observancia remite a una visión más pasiva de la persona. Todo esto se vio elaborado teórica y empíricamente en el texto “Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción” (OMS, 2004) donde se indica que en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en personas con enfermedades crónicas promedia el 50%, y en países en desarrollo el número es menor debido a la escasez de recursos y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Para la mejora de las políticas destinadas a aumentar la adherencia terapéutica se deben profundizar los estudios para conocer la situación de subgrupos específicos.

Durante muchos años la responsabilidad sobre la adherencia terapéutica recayó únicamente sobre los pacientes, sobre todo en el ámbito médico. Es por ello que muchos estudios e investigaciones se correlacionan con esta mirada;

en este sentido a pesar del avance en los tratamientos médicos, no se evidencia el logro del compromiso del paciente en la continuidad de su tratamiento (Martin 2006 en Díaz Porto Robles, 2014).

En *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*, la OMS clasifica los factores que intervienen en la Adherencia Terapéutica (Tapias U., 2014). Se consideran por un lado factores relacionados con el paciente: edad, sexo, expectativas, motivación, confianza, conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, actitudes negativas del paciente o familiares, falta de apoyo familiar, problemas emocionales, dificultad en la comprensión de indicaciones, falta de percepción de la necesidad del tratamiento. En segundo lugar, factores relacionados con la condición de la enfermedad: estados emocionales, malestares físicos, tiempo de evolución y velocidad de progresión, comorbilidades, grado de discapacidad. Otros aspectos son los factores relacionados con el sistema de salud y la atención: falta de recursos, sobrecarga de profesionales, falta de seguimiento de los pacientes, poca capacidad para educar a los pacientes, actitudes negativas del personal, desconocimiento sobre la adherencia terapéutica, inadecuación de los servicios, comunicación insuficiente, horarios de atención, consultas cortas y tiempos de espera prolongados, insatisfacción del paciente con el servicio. Por otro lado, los factores socioeconómicos: analfabetismo, bajo nivel educativo, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, conflictos sociales, problemas laborales que impiden asistir a los programas o seguir las recomendaciones, pobreza. Así también como factores relacionados con el tratamiento: duración, fracasos previos, cambios frecuentes de tratamiento, inminencia de efectos beneficiosos y disponibilidad de apoyo médico.

Siguiendo esta línea, Díaz Porto Robles (2014) define la adherencia terapéutica como una conducta que es influida por factores socioeconómicos y psicosociales y destaca la importancia de identificar la presencia de estos factores para poder seleccionar las estrategias adecuadas en cada paciente minimizando la conducta de no adherencia terapéutica. Este concepto enfatiza por sobre todas las cosas la participación activa del paciente en la toma de

decisiones (Gangoso, Martínez, Mateo, Morera, Pérez, Rodríguez, Saiz, Sevillano M. & Siguin, 2006 en Díaz Porto Robles, 2014).

Entre los factores que aumentan las posibilidades de adherencia terapéutica, se encuentran la disponibilidad de redes de apoyo social, la comunicación significativa entre usuario y profesional y la capacidad de este último para desplegar un rol de educador. Se considera importante este rol del profesional para la comprensión del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, generando en el paciente una conciencia sobre la importancia de la constancia en el mismo. Esto debe realizarse en forma personalizada e individualizada, adaptado a las circunstancias y necesidades del paciente, debiendo considerarse dificultades económicas, de desplazamiento, lejanía geográfica, alguna limitación sensorial, escasa red de apoyo, etc. (Montenegro, Rueda C, & Ornstein, 2015). Esto se puede relacionar con las intervenciones de Terapia Ocupacional de tipo Educación, consideradas dentro de la clasificación del Marco de Trabajo que será ampliada más adelante (AOTA, 2014). Además, en este último párrafo se observa la importancia brindada a los aspectos estructurales que rodean la situación de vida del paciente y deben ser considerados por el profesional al momento de implementar estrategias terapéuticas, orientadas no sólo a la condición patológica de la persona sino también a una red de apoyo social/comunitario. Se vuelve de este modo al desarrollo de Galheigo (2006) sobre la T.O. crítica, y el rol del terapeuta ocupacional como articulador social.

Lina María Tapias destaca la importancia del compromiso activo y voluntario del paciente para el logro de los resultados esperados para la rehabilitación, al hablar sobre adherencia en tratamientos fisioterapéuticos (Tapias U., 2014). Christensen, Wiebe, Benotsch y Lawton (1996), Dabbs, Kim, Yookyung, Hamdan-Mansour, Thibodeau & Curry (2006) y Graffeo, Cotlar, Silvestri & Lynette (2006), en el estudio de Mahmoud Loghman-Adham (2003) destacan la importancia de la percepción del paciente sobre quién tiene el control del tratamiento, por otro lado también pone de manifiesto la importancia de las creencias y actitudes del paciente como factores predictivos en la conducta de adherencia terapéutica (Díaz Porto Robles, 2014).

Por otro lado, las personas con escaso apoyo social y que viven en situación de vulnerabilidad son más propensas a no responder a las estrategias terapéuticas planteadas (Barra, 2003 en Montenegro, Rueda y Ornstein, 2015). Otros factores predictores de baja adherencia terapéutica son: falta de conocimiento de la patología y de las consecuencias del incumplimiento, percepción de falta de seguimiento por parte del profesional, creencias propias (Tapias U., 2014).

Con respecto a las consecuencias positivas de la adherencia terapéutica, contribuye a la no progresión de la enfermedad, reduce las complicaciones y mejora la salud y calidad de vida del paciente (Tapias U., 2014). De acuerdo con los estudios realizados por la OMS (2004) se sugiere que los programas educativos dirigidos al autocuidado mejoran las condiciones de salud de los pacientes, fomentando la comunicación con el equipo médico y prestando mayor atención a los síntomas cognitivos, lo que reduce significativamente los números de hospitalización y consultas, reduciendo así el costo médico (Díaz Porto Robles, 2014).

Todas las experiencias y los desarrollos teóricos sobre adherencia terapéutica destacan la influencia de las acciones de los profesionales en la misma, en interacción con la participación de los pacientes, sus creencias, valores y comportamientos. Con respecto a las acciones de los profesionales, en el caso particular de este trabajo, se pueden destacar las intervenciones de Terapia Ocupacional que se orientan no sólo hacia la persona sino también hacia el contexto y ambiente de ésta. Además, se habla de la promoción de la salud como el fin último del trabajo de los terapeutas ocupacionales, colaborando a que las personas puedan ejercer control sobre su estado de salud (OMS, 1986 en AOTA, 2010), con lo cual la disciplina requiere y valora el compromiso y participación activa del paciente, a través de las ocupaciones.

Según la segunda edición del Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional (AOTA, 2010), la intervención tiene como objetivo ayudar al “cliente” (término usado por este documento) a alcanzar bienestar físico, mental y social;

identificar y acceder a metas y aspiraciones; resolver necesidades de la persona y modificar o hacer frente al entorno en el que vive.

El compromiso con la ocupación es entendido como el resultado de la elección, motivación y significado dentro de un contexto y ambiente que lo apoyen (AOTA, 2010). Se hace visible en estas conceptualizaciones la importancia otorgada por la profesión a los aspectos contextuales que hacen al desempeño de cada persona, y los cuales, por lo tanto, deben ser tenidos en cuenta en el tratamiento. La situación de pobreza sin dudas es un factor contextual a nivel económico social que influye en el desempeño de las ocupaciones diarias y en el estado de salud general de la persona, por lo cual no debería ser pasado por alto al momento de seleccionar estrategias de intervención.

Por otro lado, y si bien aún no se cuenta con una traducción oficial al español, ya se ha publicado la tercera edición del Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2014). Se destacan algunas modificaciones en cuanto a la clasificación de los tipos de intervención, que se consideran más apropiadas para el presente estudio por incluirse categorías más relacionadas al campo social, y serán las utilizadas para confeccionar el instrumento de evaluación.

Se puede relacionar esta concepción del terapeuta ocupacional de la importancia de los aspectos contextuales (considerando los contextos cultural, personal, temporal y virtual) y ambientales (ambiente físico y social), el interés por la participación exitosa en ocupaciones significativas para el cliente, y la existencia de distintos tipos de intervención, con la relevancia concedida en la actualidad a la adherencia terapéutica como elemento multidimensional y multideterminado, en el cual influyen tanto las características de la persona como las del contexto y las estrategias de tratamiento.

Se aclara que “cliente” corresponde a la terminología genérica usada por este marco, si bien específicamente categoriza las intervenciones como destinadas a personas, grupos y poblaciones.

Los tipos de intervención propuestos en la tercera edición del Marco de Trabajo son: (AOTA, 2014)

- Ocupaciones y actividades: se trata de ocupaciones y actividades seleccionadas para clientes específicos para el logro de metas terapéuticas de acuerdo a sus necesidades. Se consideran las demandas de la actividad en relación con los factores del cliente, sus metas, contextos y ambientes. Dentro de este apartado se consideran Ocupaciones a aquellas actividades de la vida diaria que se relacionan y apoyan metas de participación del cliente y actividades a las acciones seleccionadas y diseñadas para el desarrollo de habilidades de desempeño y patrones de desempeño para incrementar el compromiso con la ocupación. Suelen ser componentes de las ocupaciones y poseer significado y utilidad según la perspectiva e intereses de los clientes.
- Métodos preparatorios y tareas: modalidades, artefactos, técnicas, estrategias y acciones que preparan al cliente para el desempeño. Pueden utilizarse durante la sesión en el momento de preparación previa o en forma concurrente con ocupaciones y actividades, o bien brindándole al cliente indicaciones para el hogar que apoyen el desempeño ocupacional cotidiano. Suelen ser “realizados al cliente”, que se encuentra en una situación pasiva. Se incluyen Ortesis: (construcción y uso de elementos para movilizar, inmovilizar y brindar soporte a estructuras corporales para favorecer el desempeño); Tecnología asistiva y modificaciones ambientales (Selección y uso de elementos de alta y baja tecnología, principios de diseño universal, y recomendaciones de modificaciones en el ambiente o las actividades para incrementar la capacidad del cliente de participar en las ocupaciones, asesoramiento, selección, provisión, educación y entrenamiento en el uso de los productos); Ayudas para la movilidad (uso de productos y tecnología que favorecen la habilidad del cliente para manejarse en el espacio, incluyendo sedestación y posicionamiento, y que mejoran la movilidad,

incrementan la participación en actividades diarias deseadas y reducen el riesgo de complicaciones a nivel físico). Por otro lado, las Tareas preparatorias son las acciones seleccionadas para el cliente que se dirigen hacia factores del cliente o habilidades de desempeño específicas. Las tareas implican participación activa del cliente, y en algunas ocasiones comprenden el uso de materiales variados para simular actividades o componentes de las ocupaciones. En sí mismas pueden no poseer significado intrínseco, relevancia o utilidad percibida como entidades independientes.

- Educación y entrenamiento: La Educación consiste en impartir conocimiento e información sobre ocupación, salud, bienestar y participación que favorece la adquisición de comportamientos útiles, hábitos y rutinas que pueden o no ser puestos en práctica durante la sesión. Por otro lado, el entrenamiento busca la adquisición de habilidades concretas para el logro de metas específicas en situaciones de la vida real. El entrenamiento se diferencia de la educación porque su objetivo es aumentar el desempeño, y no la comprensión, aunque ambos objetivos suelen ir de la mano (Collins & O'Brien, 2003).
- Promoción: Se dirige a promover la justicia ocupacional y empoderar a los clientes para buscar y obtener recursos y lograr una participación completa en la vida diaria. Los resultados de estas intervenciones apoyan la salud, en bienestar y la participación ocupacional en los niveles individuales y grupales. Los esfuerzos de promoción pueden ser llevados a cabo por el profesional ("Promoción") o por el cliente, ayudado o apoyado por el profesional ("auto-promoción").

- Intervenciones grupales: Uso de conocimientos y estrategias de liderazgo para facilitar el aprendizaje y la adquisición de habilidades a través de dinámicas grupales e interacción social. Los grupos pueden ser también usados como método de entrega de los servicios. Se incluyen grupos funcionales, grupos de actividades, grupos de tareas, grupos sociales y otros grupos usados en unidades hospitalarias, dentro de la comunidad o en escuelas, que permiten a los clientes explorar y desarrollar habilidades para la participación, incluyendo habilidades de interacción social, herramientas para la auto-regulación, establecimiento de metas y toma de decisiones positiva.

Por último, desde la disciplina se pueden hallar desarrollos teóricos y prácticos relacionados a la Adherencia Terapéutica, entre los cuales encontramos la tesis de licenciatura “Autoeficacia y su Relación con la Adherencia al Tratamiento de Neurorehabilitación en Pacientes Adultos con Accidente Cerebrovascular” (Amaro & Bernardi, 2015). Algunos de los hallazgos de la misma consisten en la relación entre baja Autoeficacia y baja Adherencia Terapéutica en pacientes adultos con ACV, y la relación positiva entre Apoyo Social Percibido y Adherencia Terapéutica. Asimismo, la tesis de licenciatura “Relación entre Adherencia Terapéutica y situación de Riesgo Ambiental en niños de Alto Riesgo Biológico” aborda esta temática, en la cual también se otorga importancia a los factores contextuales como determinantes de la Adherencia Terapéutica (Carestía & Estevez, 2015).

## 1.6 Hipótesis

A partir del marco teórico desarrollado se infiere que:

**Los tratamientos que incluyen intervenciones del tipo educación y entrenamiento se relacionan con nivel de adherencia terapéutica medio/alto en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017.**

## 1.7 Objetivos de la investigación

### Objetivo general

Explorar si existe una relación entre los tratamientos que utilizan intervenciones de tipo Educación o Entrenamiento y el nivel de adherencia terapéutica en personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017.

### Objetivos específicos

- Determinar el nivel de adherencia terapéutica al tratamiento de Terapia Ocupacional en personas con discapacidad en situación de pobreza en efectores de salud seleccionados de CABA.
- Identificar los tipos de intervención utilizados por los profesionales de Terapia Ocupacional y hacia quien/quienes se dirigen los mismos en el tratamiento de cada paciente en los efectores seleccionados.
- Identificar la presencia o no de intervenciones de tipo Educación y Entrenamiento en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en los casos en que se registre adherencia terapéutica media/alta.

De forma secundaria, se propone también:

- Determinar el conocimiento de los terapeutas ocupacionales sobre la situación contextual y socio-ambiental de sus pacientes con discapacidad en situación de pobreza.
- Conocer si las intervenciones de los terapeutas ocupacionales se dirigen hacia la red social de apoyo en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza.

## 2- Metodología

### 2.1 Tipo de diseño

Nuestro diseño es prospectivo de tipo descriptivo, ya que se pretende analizar las características de las intervenciones más utilizadas por los terapeutas ocupacionales en personas con discapacidad en situación de pobreza y su relación con la adherencia terapéutica, para lograr una descripción detallada del objeto de estudio, siendo los datos producidos en el momento de realización del trabajo de campo.

La posición tomada frente al objeto de estudio fue observacional, ya que a partir de la realización de la entrevista estructurada se obtuvieron los datos necesarios para el análisis y elaboración de conclusiones, sin participación o modificación en el proceso de intervención.

Si bien el presente estudio se enmarca claramente dentro de las Ciencias Sociales, se trata de un abordaje metodológico eminentemente cuantitativo, ya que se estudió una serie de casos seleccionados de acuerdo al cumplimiento de las características que se explicitarán a continuación, utilizando un conjunto de variables (tanto cualitativas como cuantitativas) previamente determinadas en el diseño, medibles en forma objetiva a través del instrumento elaborado a tal fin, a partir de lo cual se utilizaron herramientas de la estadística (descriptiva e inferencial) para efectuar el análisis. Entre dichas variables se pretendió establecer una relación orientada a la comprobación de la hipótesis, por lo cual se trata de un enfoque hipotético deductivo, característico del método cuantitativo. Se prioriza la cuantificación de los datos obtenidos y la condición de que los mismos sean “repetibles”, dada la estructuración de la entrevista utilizada (ver Instrumento). Sin embargo, se aclara que, como se verá en los próximos apartados, las características de la muestra no son las ideales para este enfoque cuantitativo, que prioriza el número muestral, la representatividad y el muestreo probabilístico. Esta situación se ve explicitada en las

Bressan, Vanesa y Nicodemo, Ana Laura

conclusiones y responde a las “condiciones de realización” de este trabajo, en términos de la literatura de Samaja (Samaja, 2010).<sup>2</sup>

Se indica, de todos modos, que si bien excede los objetivos planteados para este trabajo en cuanto a nivel de profundidad planificada para el análisis, el instrumento utilizado para la recolección de datos incluye preguntas abiertas que podrían prestarse al uso de un análisis de tipo cualitativo. Se aclara que el mismo no fue realizado ya que dichas preguntas fueron incluidas en la entrevista con otros fines, siguiéndose con el plan de análisis que se explicará más adelante.

El tipo de trabajo es de campo, ya que se realizaron las entrevistas en forma personal a los terapeutas ocupacionales de acuerdo al cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión de los dos universos que conforman el estudio.

Es un estudio transversal ya que las variables seleccionadas fueron medidas en una única ocasión en la muestra seleccionada.

## 2.2 Universo y muestra

Esta investigación cuenta con dos universos y dos muestras, ya que luego se explicitarán las dos unidades de análisis.

- a- El primer universo está compuesto por todas las personas con discapacidad que se encuentran en situación de pobreza por cumplir con alguno de los indicadores de NBI, que concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional en CABA en 2017.

La muestra es no probabilística, ya que no se conoce el número total de individuos que conforma el universo, es decir cuántas personas con discapacidad se encuentran en situación de pobreza y concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional en CABA, contando sólo con datos estadísticos de INDEC presentados anteriormente, que resultan parciales en cuanto a todas las características de la población seleccionada, y por lo tanto no se conoce la

---

<sup>2</sup> El autor da este nombre a los medios de la investigación, incluyendo recursos, técnicas, contextos institucionales, que el investigador interpone entre él y su objeto.

probabilidad de cada individuo de la población de ser incluido en la muestra. Además, es de tipo casual, ya que se incluyen personas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, recibiendo tratamiento de Terapia Ocupacional perteneciente al segundo universo, sin realizar otra categorización o selección para la conformación de la muestra.

#### Criterios de inclusión

- Personas con discapacidad permanente o transitoria consignada en Certificado Único de Discapacidad
- Que asistan a algún servicio de Terapia Ocupacional en CABA
- Que residan en CABA
- Que presenten al menos uno de los indicadores de NBI

*Aclaración: para la selección de la muestra, se efectuó una adecuación de los criterios de N.B.I. considerada necesaria por el equipo que lo llevó a cabo: en cuanto al criterio de "Inasistencia Escolar", no fue considerado como cumplido el criterio si el niño que no concurre a la escuela es el niño con discapacidad, y dicha inasistencia se debe justamente a esta situación. Por otro lado, con relación al criterio de "Capacidad de subsistencia", se consideró cumplido el criterio incluso si el nivel educativo alcanzado por el jefe de la familia es "Primario completo". Se tomó dicha decisión metodológica teniendo en cuenta las exigencias de acceso actuales al sistema laboral de acuerdo a los estudios cursados, y por ende las posibilidades de inserción en el mismo, y la influencia de este aspecto en la situación económica y social de la familia, lo cual consiste en un elemento relevante para el presente trabajo.*

#### Criterios de exclusión

- Personas que reciban tratamiento en domicilio
- Personas que se encuentren en internación
- Personas que se encuentren en fase aguda del proceso patológico
- Personas que hayan estado menos de 6 meses en tratamiento con el profesional de Terapia Ocupacional

Se estableció inicialmente para el presente estudio un N muestral esperado de 20 casos, lo cual se consideró suficiente para el tipo de trabajo emprendido. Sin embargo, al momento de realizar el trabajo de campo se halló mayor dificultad de la esperada para acceder a la información necesaria, por lo cual el N muestral se limitó a 11 casos. Esto se debió a se contaba con un número inicial de profesionales con los cuales fue más accesible el trabajo de campo (por motivos geográficos, por contacto o conocerlos personalmente), pero luego, otros terapeutas a los que se contactó (principalmente por correo electrónico) no quisieron participar de la entrevista, o no se obtuvo respuesta de los mismos.

- b- El segundo universo está compuesto por todos los tratamientos realizados por terapeutas ocupacionales que trabajan con personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en el año 2017<sup>3</sup>.

La muestra es no probabilística, ya que no se conoce el número total de casos que integran el universo, es decir el número total de tratamientos llevados a cabo por terapeutas ocupacionales dirigidos a personas con discapacidad, y por lo tanto tampoco se conoce la probabilidad de cada caso de la población de ser incluido en la muestra. Es de tipo casual, ya que se incluye para las entrevistas un cierto número de casos (tratamientos) de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, sin realizar otro tipo de categorización o selección previa para conformar la muestra.

#### Criterios de inclusión:

- Que el terapeuta ocupacional que realiza el tratamiento trabaje en un servicio de consultorios externos dentro del sistema de salud de CABA
- Que el T.O. tenga por lo menos un año de experiencia en el servicio
- Que el T.O. sea el profesional tratante de un paciente perteneciente al primer universo

#### Criterios de exclusión:

---

<sup>3</sup> Se aclara que la UA 2 está conformada por los tratamientos de Terapia Ocupacional llevados a cabo con personas con discapacidad en situación de pobreza, a nivel general. A los fines del presente estudio y los objetivos establecidos, se vincula dicha UA2 con los casos correspondientes de la UA 1, sin determinar esto cierta especificidad en la UA 2.

-Que el tratamiento se lleve a cabo en el domicilio del paciente seleccionado del primer universo

-Que el tratamiento se lleve a cabo dentro de un servicio de atención de agudos o internación

-Que el T.O. que realiza el tratamiento trabaje en forma exclusiva dentro de un equipo interdisciplinario sin desplegar estrategias específicas de Terapia Ocupacional

-Que el T.O. que realiza el tratamiento por algún reglamento o forma de funcionamiento institucional no pueda tomar contacto o citar a las familias

El N muestral se relaciona con el del primer universo, correspondiendo un caso del segundo universo por cada caso del primer universo. Por lo tanto, se contó con un N muestral de 11 casos.

Para la selección de los pacientes, es decir, los casos de la UA 1 (y, consecuentemente, de la UA2 correspondientes), al momento de iniciar la entrevista, se brindó al terapeuta ocupacional información sobre los criterios de N.B.I. (detallados en una hoja de información), las características más importantes del estudio y las preguntas que se realizarían. A partir de esto, se le solicitó que seleccione, dentro de sus pacientes, aquellos que cumplan con los criterios indicados (como luego debía responder una entrevista por cada paciente, se le pidió a cada terapeuta que elija entre uno y tres, dada la extensión de la misma y el tiempo que lleva responderla). Además, el instrumento elaborado para la recolección de datos permite el registro de información relacionada a la situación socio-ambiental que confirma dichos criterios.

## 2.3 Matrices de datos

Unidad de Análisis (UA)

Variable (V)

Escala de valores (R)

Indicador (I)

### UA 1:

“Cada una de las personas con discapacidad en situación de pobreza que residen en CABA en el año 2017”.

### **Variables necesarias (UA 1)**

#### V1: Adherencia terapéutica al tratamiento de Terapia Ocupacional

Definición operacional: actitud y comportamiento de la persona que demuestra el grado en que se adscribe a lo indicado por el profesional tratante, incluyendo cambios en el estilo de vida, ejecución de programas, procedimientos o ejercicios en el domicilio, asistencia y puntualidad a las sesiones. Se considerarán para este estudio los acontecimientos de los últimos dos meses de tratamiento al momento de realización de la entrevista.

R1: Alta-Media-Baja

I1: El nivel de adherencia terapéutica se determinará en base a las respuestas de la entrevista “Tipos de intervención y Adherencia Terapéutica” realizada al terapeuta ocupacional tratante de cada persona que forme parte de la muestra. No serán consideradas para el cálculo aquellas subvariables que tengan como valor “No aplicable”. Se considerará “alta” si el valor de todas las subvariables consideradas es “aceptable” o si sólo una de las subvariables consideradas tiene como valor “no aceptable”. Se considerará “media” si el 50% o más de las subvariables consideradas tienen como valor “aceptable”, y el resto de ellas tiene como valor “no aceptable”. Se considerará “baja” si el 49% o más de las subvariables consideradas tienen como valor “no aceptable”.

### *Subvariable 1: Asistencia a la sesión*

Definición operacional: concurrencia en el tiempo acordado previamente a las citas de terapia ocupacional.

R 1: Aceptable-No aceptable

I 1: Preguntar al terapeuta ocupacional en la entrevista "Tipos de intervención de terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica" la cantidad de sesiones a las que asiste la persona, respecto al total de sesiones a las que debería concurrir. Si concurre al 50% o menos se considera "no aceptable", caso contrario se considera "aceptable".

### *Subvariable 2: Cumplimiento de indicaciones*

Definición operacional: Llevar a cabo las indicaciones brindadas por el terapeuta ocupacional en el hogar, comunidad o lugar de trabajo, ya sea que se trate de la realización de ejercicios, actividades, cambios de hábitos o rutinas, o evitación de comportamientos no recomendables por la situación particular de la persona.

R 2: Aceptable-No aceptable- No aplicable

I 2: Esta subvariable dependerá en gran parte de la consideración del profesional, por la dificultad de certificar la situación real. Preguntar al terapeuta ocupacional en la entrevista "Tipos de intervención de terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica" si la persona realiza las actividades, pautas o ejercicios que le indica, de acuerdo a lo referido por la persona en las sesiones y el criterio del profesional. Las respuestas "No aplicable" no serán contabilizadas para calcular el valor de la subvariable. Si la mayoría de las respuestas de esta sección es "sí" se considerará "aceptable". Si la mitad o más de las respuestas es "no" se considerará "no aceptable". Sólo si la

totalidad de las respuestas es “No aplicable” se considerará el valor de la subvariable como “No aplicable”.

### *Subvariable 3: Uso del equipamiento*

Definición operacional: utilización de las ayudas técnicas, ortesis y/o prótesis, con la frecuencia y duración indicada por el terapeuta ocupacional.

R 3: Aceptable- No aceptable- No aplicable

I 3: Esta subvariable dependerá en gran parte de la consideración del profesional, por la dificultad de certificar la situación real. Preguntar al terapeuta ocupacional en la entrevista “Tipos de intervención de terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica” si la persona usa el equipamiento que se le prescribió (se evaluará teniendo en cuenta el tiempo de uso indicado por el terapeuta ocupacional). Si el terapeuta ocupacional considera que el equipamiento no es utilizado el tiempo correspondiente, se considerará “no aceptable”. Si considera que sí es utilizado de acuerdo a lo indicado, se considerará “aceptable”. Si no hay equipamiento indicado se considerará “No aplicable”.

### *Subvariable 4: Puntualidad*

Definición operacional: Concurrencia a las sesiones en el horario pautado.

R 4: Aceptable-No aceptable

I 4: Preguntar al terapeuta ocupacional en la entrevista “Tipos de intervención de terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica” si la persona llega a la sesión al horario pautado. Si la persona llega en el horario pautado en el 50% o menos de las sesiones, se considerará “no aceptable”. Caso contrario se considerará “aceptable”.

### *Subvariable 5: Vínculo con el T.O.*

Definición operacional: establecimiento de una relación terapéutica empática entre el paciente y el terapeuta ocupacional.

R 5: Logrado/aceptable-No logrado /no aceptable

I 5: Realizar al terapeuta ocupacional las preguntas de la entrevista “Tipos de intervención de terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica” correspondientes a la sección “vínculo con el T.O.”. Si la mayoría de las respuestas son “Sí” considerar “Logrado-aceptable”. Si la mitad o más de las respuestas son “No” considerar “No logrado-no aceptable”.

#### *Subvariable 6: Comprensión de indicaciones*

Definición operacional: Grado en que la persona entiende las indicaciones verbales, escritas y/o gráficas del terapeuta ocupacional.

R 6: Aceptable-No aceptable- No aplicable

I 6: El valor de esta subvariable dependerá del criterio del profesional, por la dificultad de contrastar la información brindada con la situación real. Preguntar al terapeuta ocupacional en la entrevista “Tipos de intervención de terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica” si la persona comprende y puede ejecutar las indicaciones que se le brindan en sesión. Las respuestas “No aplicable” no será contabilizadas para calcular el valor de la subvariable. Si la mayoría de las respuestas correspondientes a esta sección son “sí” se considerará “aceptable”. Si la mitad o más de las respuestas son “no” se considerará “no aceptable”. Solo en los casos en que todas las respuestas sean “No aplicable” se considerará el valor de la subvariable como “No aplicable”.

#### *Subvariable 7: Participación de la familia en el tratamiento*

Definición operacional: Comportamiento de la familia que consiste en acompañar al paciente a sesión o proveerle transporte si es necesario, colaborar con el cumplimiento de indicaciones en el hogar, comunidad o lugar de trabajo y concurrir a las citas del terapeuta ocupacional.

R 7: Aceptable-No aceptable- No aplicable

I 7: Preguntar al terapeuta ocupacional en la entrevista "Tipos de intervención de terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica". Las respuestas "No aplicable" no será contabilizadas para calcular el valor de la subvariable. Si más de la mitad de las respuestas de esta sección son "sí" (acompaña al paciente a las sesiones o le proporciona el transporte necesario, concurre a las citas del terapeuta ocupacional y acepta e implementa las indicaciones del T.O) se considera "aceptable". Si la mitad o más de las respuestas son "no" se considera "no aceptable". Solo en los casos en que todas las respuestas sean "No aplicable" se considerará el valor de la subvariable como "No aplicable".

### **Variables suficientes (UA 1)**

#### V2: Edad

Definición operacional: Tiempo transcurrido en años desde el momento de su nacimiento hasta el momento de la realización de la entrevista.

R2: Número de años

I2: El valor de esta variable se determinará mediante cálculo a partir de fecha de nacimiento que se obtendrá de la información de la historia clínica proporcionada por el terapeuta ocupacional.

#### V3: Género

Definición operacional: sexo de la persona

R3: Masculino

Femenino

I3: El valor de la variable se determinará según la información de la historia clínica (en la ficha de datos personales o fotocopia de Documento Nacional de Identidad, en el apartado “sexo”) proporcionada por el terapeuta ocupacional en la entrevista.

#### V4: Nivel educativo alcanzado

Definición operacional: Nivel alcanzado de educación formal al momento de realización de la investigación.

R4: Primario incompleto

Primario completo

Secundario incompleto

Secundario completo

Terciario incompleto

Terciario completo

Universitario incompleto

Universitario completo

Ningún nivel de educación formal

Información no disponible

I4: El valor de esta variable será el que se indique en la historia clínica o la conocida y aportada por el terapeuta ocupacional. Se considerará “primario

incompleto” si el máximo nivel alcanzado por la persona es 7° grado de primaria incompleto o menos (habiendo comenzado la primaria). Se considerará “primario completo” si la persona completó el 7° grado de primaria. Se considerará “secundario incompleto” si la persona comenzó el secundario pero no llegó a finalizar el 5° año o lo último que cursó fue cualquier otro año anterior. Se considerará “secundario completo” si la persona finalizó el 5° año del secundario. Se considerará “terciario incompleto” si la persona comenzó a estudiar en un instituto terciario pero no completó la carrera. Se considerará “terciario completo” si la persona completó los estudios del plan de la carrera terciaria. Se considerará “universitario incompleto” si la persona comenzó una carrera en institución universitaria pero no la finalizó. Se considerará “universitario completo” si la persona finalizó el plan de estudios de la carrera universitaria. Se considerará “ningún nivel de educación formal” si la persona no inició la educación primaria aún encontrándose dentro de sus posibilidades. Se considerará cualquier nivel con el valor “incompleto” también si se encuentra en curso actualmente (por ejemplo, en el caso de niños y adolescentes). Se considerará “No aplicable” si la persona no pudo acceder a la educación formal debido a las características de su discapacidad, si accedió a algún dispositivo del Sistema Educativo Especial ( o se encuentra en curso) o si el nivel al que accedió o accede es el Inicial.

#### V5: Situación laboral

Definición operacional: Participación en alguna actividad que le genere ingresos económicos.

R5: Ocupado

Desocupado

Inactivo

Información no disponible

I5: El valor de la variable se determinará según la información disponible en la historia clínica en la sección donde se indique “ocupación”, “profesión” o similar, o la conocida y aportada por el terapeuta ocupacional. Se considerará “ocupado” si participa de alguna actividad que le genere ingresos económicos. Se considerará “desocupado” si no realiza alguna actividad que le genere ingresos económicos pero se encuentra en búsqueda de una. Se considerará “inactivo” si no realiza ninguna actividad que le genere ingresos económicos ni se encuentra en la búsqueda.

#### V6: Nivel educativo de la familia

Definición operacional: nivel educativo alcanzado por el familiar que se encuentre a cargo del paciente, o en su defecto máximo nivel educativo alcanzado por algún miembro del grupo familiar conviviente.

R6:   Primario incompleto

          Primario completo

          Secundario incompleto

          Secundario completo

          Terciario incompleto

          Terciario completo

          Universitario incompleto

          Universitario completo

          Ningún nivel de educación formal

          Información no disponible

          No aplicable

I6: El valor de esta variable será el que se indique en la historia clínica o la información conocida y aportada por el terapeuta ocupacional. Se considerará “primario incompleto” si el máximo nivel alcanzado por la persona es 7° grado de primaria incompleto o menos (habiendo comenzado la primaria). Se considerará “primario completo” si la persona completó el 7° grado de primaria. Se considerará “secundario incompleto” si la persona comenzó el secundario pero no llegó a finalizar el 5° año o lo último que cursó fue cualquier otro año anterior. Se considerará “secundario completo” si la persona finalizó el 5° año del secundario. Se considerará “terciario incompleto” si la persona comenzó a estudiar en un instituto terciario pero no completó la carrera. Se considerará “terciario completo” si la persona completó los estudios del plan de la carrera terciaria. Se considerará “universitario incompleto” si la persona comenzó una carrera en institución universitaria pero no la finalizó. Se considerará “universitario completo” si la persona finalizó el plan de estudios de la carrera universitaria. Se considerará “ningún nivel de educación formal” si la persona no inició la educación primaria. Se considerará “no aplicable” si el paciente vive solo.<sup>4</sup>

#### V7: Situación laboral de la familia

Definición operacional: participación en alguna actividad que genere ingresos económicos del familiar que se encuentra a cargo del paciente, o del miembro del grupo familiar conviviente que cubra las necesidades económicas de la familia en mayor proporción.

R7: Ocupado

Desocupado

---

<sup>4</sup> Se considera oportuno aclarar que los indicadores correspondientes a las variables “Nivel educativo alcanzado” y “Nivel educativo de la familia” fueron confeccionados considerando el marco teórico y los supuestos ideológicos que guían este estudio, por lo cual, la clasificación no fue reproducida exactamente de aquella enmarcada en el Sistema Educativo (Ley de Educación Nacional 26.206), sino considerando también las implicancias económicas y sociales relacionadas con un determinado nivel educativo, tratándose de una población en situación de vulnerabilidad.

Inactivo

Información no disponible

I7: El valor de la variable se determinará según la información disponible en la historia clínica o la conocida y aportada por el terapeuta ocupacional. Se considerará “ocupado” si participa de alguna actividad que le genere ingresos económicos. Se considerará “desocupado” si no realiza alguna actividad que le genere ingresos económicos pero se encuentra en búsqueda de una. Se considerará “inactivo” si no realiza ninguna actividad que le genere ingresos económicos ni se encuentra en la búsqueda.

#### V8: Cobertura de salud

Definición operacional: tipo de prestadores de servicios de salud a los que accede la persona de acuerdo a los subsectores del sistema de salud argentino al que pertenecen.

R8: Pública

Obra Social

Privada

I8: El valor de la variable se determinará según la información disponible en la historia clínica o la conocida y aportada por el terapeuta ocupacional. Se considerará “Pública” si la persona accede a servicios brindados en efectores de acceso público, dependientes del Estado. Se considerará “Obra Social” si la persona accede a los prestadores del subsector obra social, por aportar (ella o la persona que la tiene a cargo) al sistema de seguridad social. Se considerará “Privada” si la persona accede a servicios de salud mediante una empresa de medicina prepaga.

#### V9: Tiempo de tratamiento de Terapia Ocupacional

Definición operacional: duración en meses del tratamiento actual llevado a cabo por el profesional entrevistado con el paciente, desde el inicio del mismo hasta el momento de realización de la entrevista.

R9: 6 a 12 meses – 13 a 18 meses – 19 a 24 meses – 25 a 30 meses – 31 meses o más

I9: El valor de la variable se determinará según la información brindada por el terapeuta ocupacional y certificada o apoyada por la historia clínica. Se agruparán las respuestas por segmentos de 6 meses en el análisis de los datos.

#### V10: Tipo de discapacidad

Definición operacional: tipo de dificultad o limitación presentada por la persona según la clasificación adoptada por el INDEC para las mediciones del Censo 2010.

R11: Una discapacidad: física

Una discapacidad Sensorial

Una discapacidad Mental

Una discapacidad Visceral

Dos o más tipos de discapacidad

I11: El valor de la variable se determinará según la respuesta del terapeuta ocupacional a la pregunta correspondiente de la sección “datos del paciente” de la entrevista “Tipos de intervención y adherencia terapéutica”, al cual se le

preguntará cuál es el tipo de discapacidad presentado por su paciente según lo indicado en el Certificado de Discapacidad, Historia Clínica o, en su defecto, el criterio del profesional ante la presentación de las opciones siguientes: física, mental, sensorial, visceral, dos o más tipos de discapacidad.

## **UA 2:**

“Cada uno de los tratamientos llevados a cabo por terapeutas ocupacionales que trabajan con personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en el año 2017”.

### **Variables necesarias (UA 2)**

#### Variable 1: uso de ocupaciones y actividades con propósito en el tratamiento

Definición operacional: Uso de ocupaciones y actividades que se relacionan con las metas de tratamiento del cliente, poseen significado para él y se corresponden con sus intereses.

R1: Sí- No

I1: El valor se determinará de acuerdo a la respuesta del terapeuta ocupacional en la entrevista “Tipos de intervenciones y Adherencia Terapéutica” en la sección correspondiente a esta variable. Si selecciona alguna/s de las primeras tres opciones se considera “Sí”. Si selecciona la última opción se considera “No”. Las opciones son:

Ocupaciones de la vida diaria del cliente relacionadas con sus metas terapéuticas.

Actividades con propósito: aquellas que son componentes de las ocupaciones y buscan desarrollar habilidades y patrones de desempeño.

Uso de ambas

No se usan ocupaciones o actividades.

### Variable 2: Métodos preparatorios y tareas

Definición operacional: acciones que preparan al cliente para el desempeño y pueden realizarse en sesión o a modo de indicaciones para el hogar.

R2: Sí-No

I2: El valor se determinará de acuerdo a la respuesta del terapeuta ocupacional en la entrevista "Tipos de intervenciones y Adherencia Terapéutica". Si selecciona alguna/s de las primeras cinco opciones se considera "Sí". Si selecciona la última opción se considera "No". Las opciones son:

Confección y uso de equipamiento

Uso de tecnología asistiva y modificaciones ambientales

Uso de ayudas para la movilidad

Acciones que simulan actividades y ocupaciones y requieren participación activa del cliente

Uso de dos o más métodos y tareas preparatorias

No se usan métodos y tareas preparatorias

### Variable 3: uso de educación y entrenamiento en el tratamiento

Definición operacional: Intervenciones que buscan incrementar tanto la comprensión del cliente como su desempeño.

R3: Sí-No

I3: El valor se determinará de acuerdo a la respuesta del terapeuta ocupacional en la entrevista "Tipos de intervenciones y Adherencia Terapéutica". Si selecciona alguna/s de las primeras tres opciones se considera "Sí". Si selecciona la última opción se considera "No". Las opciones son:

Impartir información sobre salud, bienestar y participación para aumentar el conocimiento del cliente.

Acciones para favorecer la adquisición de habilidades concretas de desempeño.

Uso de ambas

No se utiliza educación o entrenamiento

### Variable 4: uso de estrategias de promoción

Definición operacional: acciones para empoderar a los clientes y favorecer la búsqueda y obtención de recursos.

R4: Sí-No

I4: El valor se determinará de acuerdo a la respuesta del terapeuta ocupacional en la entrevista "Tipos de intervenciones y Adherencia Terapéutica". Si selecciona alguna/s de las primeras tres opciones se considera "Sí". Si selecciona la última opción se considera "No". Las opciones son:

Acciones de promoción y obtención de recursos realizadas por el profesional

Promover acciones de búsqueda y obtención de recursos realizadas por el cliente

Se realizan ambas

No se realizan acciones de promoción

#### Variable 5: Uso de intervenciones grupales

Definición operacional: uso de dinámicas grupales para favorecer la adquisición de habilidades de desempeño.

R5: Sí-No

I5: El valor se determinará de acuerdo a la respuesta del terapeuta ocupacional en la entrevista "Tipos de intervenciones y Adherencia Terapéutica". Si selecciona alguna/s de las primeras dos opciones se considera "Sí". Si selecciona la última opción se considera "No". Las opciones son:

Intervenciones grupales en las que se realizan tareas o actividades dentro del dispositivo de atención

Intervenciones grupales realizadas en la comunidad

No se trabaja en forma grupal

#### **Variables suficientes (UA 2)**

#### V6: Nivel de atención del efector

Definición operacional: clasificación de los efectores del sistema de salud de acuerdo a la complejidad médica y tecnológica de las prestaciones.

R6:

Primer nivel

Segundo nivel

Tercer nivel

I6: Se observará el tipo de servicios brindados en cada efector. Si se llevan a cabo acciones destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en modalidades básicas y ambulatorias se considera “primer nivel”. Si se brinda atención ambulatoria especializada e internación se considera “segundo nivel”. Si las acciones y servicios poseen una alta complejidad médica y tecnológica se considera “tercer nivel”.

#### V7: Subsector al que pertenece el efector

Definición operacional: Clasificación de los efectores de acuerdo a su financiación.

R7:

Público

Privado

Obras Sociales

I7: El valor de esta variable se determinará de acuerdo a la observación al momento de realizar la entrevista y/o obteniendo información del efector en internet o por consulta directa en la entrevista. Se considerará “público” a aquellos efectores cuya financiación proviene del estado exclusivamente y que brindan atención a toda persona que los solicite. Se considerará “privado” a aquellos efectores que brinden atención a personas afiliadas a una

determinada prepaga o que abonen en forma particular cada consulta o procedimiento. Se considerará “obras sociales” a aquellos efectores que brinden atención a las personas afiliadas a determinadas obras sociales.

#### V8: Conocimiento del terapeuta ocupacional sobre situación socio-ambiental

Definición operacional: conocimiento o acceso en forma independiente del terapeuta ocupacional a la información sobre condiciones educativas, laborales y de vivienda del paciente y su familia.

R8: Sí

No

I8: El valor de la variable se determinará por los entrevistadores al momento de determinar los criterios para la inclusión del paciente en la muestra de la UA1, solicitar el resumen de información socio-ambiental y la sección “Datos del paciente” de la entrevista “Tipos de intervenciones y adherencia terapéutica”. Se considerará “sí” si el terapeuta ocupacional puede responder por sí mismo a la mayor parte de las preguntas estructuradas y criterios de N.B.I., y nombrar al menos dos datos en la pregunta abierta inicial (“Observaciones de la situación socio-ambiental del paciente y su familia”). Se considerará “No” si el terapeuta debe recurrir a otro profesional o a la historia clínica para responder a la mayor parte de las preguntas y/o criterios.

#### V9: Sujetos de la intervención

Definición operacional: Persona/s hacia las cuales se dirigen las acciones realizadas por el terapeuta ocupacional en su intervención con cada paciente.

R9: Paciente

Red social de apoyo

Ambos

I9: El valor de esta variable se determinará de acuerdo a la/s respuesta/s seleccionadas por el terapeuta ocupacional en la entrevista “Intervenciones de Terapia Ocupacional”. Se considerará “paciente” si sus intervenciones sólo son hacia la persona que concurre al tratamiento (selecciona sólo la primera opción). Se considerará “red social de apoyo” si el terapeuta realiza intervenciones en las cuales participan y/o que se dirigen a las personas que apoyan y/o cuidan al paciente: familia, cuidadores, docentes, empleadores (selecciona alguna de las opciones 2 a 6). Se considerará “ambos” si el terapeuta ocupacional selecciona las opciones pertenecientes a “paciente” y alguna de las opciones pertenecientes a “red social de apoyo”.

## 2.4 Fuentes de datos

### Fuentes primarias

Consistieron en los terapeutas ocupacionales a quienes se realizaron las entrevistas semi-estructuradas (Entrevista: “Tipos de intervención y Adherencia Terapéutica”). Estas fuentes respondieron, por un lado, a las subvariables de la variable compleja Adherencia Terapéutica, observable en la UA 1 conformada por los pacientes de estos terapeutas. Por otro lado, brindaron los datos necesarios para determinar el valor de las variables correspondientes a la UA 2 (tratamientos de Terapia Ocupacional dirigidos a personas con discapacidad en situación de pobreza). También se obtuvieron de estas fuentes los datos del paciente y su familia, en la medida que dispusieran de esta información. Por otro lado, la información que conocían los terapeutas sobre la situación socio-ambiental fue empleada para determinar la inclusión o no de sus pacientes en la muestra (UA1).

### Fuentes secundarias

Las historias clínicas brindaron los datos personales de los pacientes que concurren al tratamiento de terapia ocupacional (UA 1) y sus familias, incluyendo la situación socio-ambiental, en aquellos casos en que las fuentes

primarias no pudieron otorgar la información necesaria. Además se utilizó la información de las mismas a las que pudimos acceder para determinar la existencia de alguna de las condiciones que determinan NBI, criterio necesario para la inclusión de los pacientes en la muestra, en el caso que las fuentes primarias no dispusieran de la misma. El Certificado de Discapacidad brindó información sobre el tipo de discapacidad.

Se aclara que la mayor parte de la información analizada fue obtenida de las fuentes primarias.

## 2.5 Instrumentos

Para el presente trabajo se confeccionó un instrumento que consiste en una entrevista estructurada a realizarse al Terapeuta Ocupacional, a partir de la cual se obtuvieron los datos necesarios sobre las dos unidades de análisis.

### Entrevista “Tipos de intervención y Adherencia Terapéutica”

Se confeccionó una entrevista estructurada que fue realizada personalmente por los integrantes de este grupo de trabajo a los terapeutas ocupacionales que trabajan en los servicios en los que se llevó a cabo el trabajo de campo del presente estudio y accedieron a participar del mismo.

Se la considera estructurada o directiva de acuerdo a la clasificación de Rubio y Varas (Rubio & Varas, 2004) teniendo en cuenta que dispone de gran cantidad de preguntas cerradas, en base a opciones delimitadas a seleccionar, o bien abiertas cuya respuesta es luego clasificada por el entrevistador dentro del rango estipulado de respuestas para permitir el posterior análisis de los datos. El orden y formato de la entrevista es siempre el mismo, en todas las repeticiones que se realizan. Cuenta asimismo con dos preguntas abiertas a responder por el terapeuta ocupacional sin opciones específicas, en las cuales sí se brinda una guía de temas por parte del investigador en caso de ser necesario de acuerdo a la información que se necesita recolectar.

Al inicio de la entrevista se presentó al terapeuta ocupacional una hoja con los criterios para la inclusión en la muestra del paciente sobre el cual responde las preguntas. Estos criterios corresponden principalmente a los indicadores de N.B.I., y en el caso de que el profesional no conociera todos los datos necesarios se le solicitó que recurra a la Historia Clínica para asegurar la correcta inclusión en la muestra.

La entrevista propiamente dicha comienza con una sección sobre los datos del paciente y su familia, correspondientes en su mayoría a variables suficientes del estudio y a información socio-ambiental que se considera relevante. Asimismo, permite determinar el conocimiento del terapeuta ocupacional sobre los datos sociales, familiares y contextuales importantes del paciente.

En base a la bibliografía consultada y disponible en el marco teórico, se seleccionaron una serie de comportamientos y actitudes que se consideran fundamentales para valorar la adherencia terapéutica de personas con discapacidad en situación de pobreza. Con estos elementos se diseñó la sección “Adherencia Terapéutica” de la entrevista. Se confeccionaron preguntas acordes a cada una de las subvariables (descriptas en la variable “Adherencia Terapéutica”) las cuales pueden ser respondidas por el profesional tratante. Las respuestas a las preguntas son de tipo “Sí/No/No aplicable”, lo cual permite la cuantificación de los datos para luego determinar el nivel de Adherencia Terapéutica de acuerdo al número de respuestas a cada subsección de la entrevista.

La sección “Intervenciones de Terapia Ocupacional” del instrumento se estructura en base a la descripción de los tipos de intervención de Terapia Ocupacional clasificados en la tercera edición del Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2014), cuya traducción fue realizada por los integrantes del equipo al no contar aún con la versión en español del documento. Esta sección se responde mediante la selección de las casillas que corresponden con la respuesta del terapeuta ocupacional. Se presentan las opciones al mismo durante la entrevista. Como los miembros del

equipo estuvieron presentes, pudieron aclarar dudas eventuales del terapeuta sobre la clasificación de las distintas intervenciones.

La entrevista se llevó a cabo en el encuentro pautado con los diferentes terapeutas de cada efector o servicio para el desarrollo del trabajo de campo del presente estudio.

### Pilotaje

Para la adecuación del instrumento previa al trabajo de campo, se efectuó un pilotaje con una muestra similar a las UA, mediante la entrevista a dos terapeutas ocupacionales que llevan a cabo tratamientos con pacientes con discapacidad y en situación de pobreza. Posteriormente, la entrevista fue modificada, tanto por lo observado en el pilotaje como por cambios realizados concurrentemente en las variables consideradas para este estudio. Se eliminó el ítem “tipo de dispositivo” ya que no es una variable a analizar. Se añadió al inicio una sección para colocar observaciones sobre la situación socio-ambiental y completar si el terapeuta demuestra o no conocimientos sobre la misma; esto corresponde a una variable añadida al trabajo ya que se considera un aspecto importante por la temática abordada. Se incluyeron más datos del paciente (situación laboral de la familia, tiempo de tratamiento, tipo de cobertura de salud y tipo de discapacidad) que se consideran variables suficientes para una comprensión integral de la situación de cada persona. En las preguntas de la sección “Adherencia Terapéutica” se incluyó una pauta temporal: los últimos dos meses. Posteriormente a realizar las entrevistas, se concluyó que colocar un límite de tiempo facilita y hace más confiables los resultados, eliminando variaciones que pueden producirse por considerar tratamientos de distinta longitud temporal (ya que la entrevista fue confeccionada para un estudio transversal). Se modificó la sección “Vínculo con el T.O.”, colocando preguntas que no predisponen a una respuesta “esperable y correcta”, intentando obtener información más concreta sobre el conocimiento del terapeuta sobre las creencias y valores del paciente.

En la sección “Intervenciones de Terapia Ocupacional” se añadió una pregunta abierta inicial para que el terapeuta ocupacional realice una breve descripción

del tratamiento que lleva a cabo, de lo cual se toma nota. Se realizó esto para facilitar a los entrevistados la posterior selección de los tipos de intervención especificados en la entrevista, para lo cual también los entrevistadores le brindaron una breve definición de cada uno de ellos al momento de responder. Si bien la información considerada para el análisis de los datos fue sólo la de las opciones seleccionadas por el terapeuta, se consideró oportuno contar con esta información descriptiva previa para que también la respuesta fuera realizada a conciencia por parte del entrevistado, de acuerdo a lo observado en el pilotaje.

Por último, se añadió la opción “No Aplicable” para todas las preguntas de la sección “Adherencia Terapéutica” y se modificó el indicador correspondiente a dicha variable compleja, de modo que las subvariables que tomen este valor no sean consideradas al momento de calcular el nivel de Adherencia Terapéutica, ya que se registró que esto generaba una distorsión entre el resultado final obtenido y la situación real observada.

## 2.6 Análisis de los datos

### 2.6.1. Procesamiento

Inicialmente se realizó la numeración de las entrevistas obtenidas en el trabajo de campo, las cuales se encuentran disponibles en el anexo del presente trabajo y a partir de las cuales se extraen los datos a analizar.

Luego se codificaron algunas de las variables analizadas del siguiente modo:

#### Unidad de Análisis 1

-Adherencia terapéutica: se asignó un número a cada valor de la escala de esta variable necesaria (compleja) del siguiente modo:

<u>Codificación</u> Aceptable: 1 No aceptable: 2 No aplicable: 3
---

-Género: (variable suficiente) se colocó la letra F para las mujeres y la letra M para los hombres.

-Tiempo de tratamiento: se asignó un número a cada uno de los valores de la escala de esta variable suficiente, según el siguiente esquema:

<u>Codificación: "Tiempo de tratamiento"</u> 6 a 12 meses: 1 12 a 18 meses: 2 18 a 24 meses: 3 24 a 30 meses: 4 30 a 36 meses: 5
---

-Nivel educativo alcanzado por los pacientes: En la matriz periférica (leer debajo) confeccionada para volcar los datos de los niños de la muestra, se colocó "Acorde a su edad" para aquellos que se encontraban cursando el nivel educativo correspondiente a su edad cronológica según lo establecido en la Ley de Educación Nacional n° 26.206, y "No acorde a su edad" en el caso contrario.

## Unidad de Análisis 2

-Tipos de intervención: se asignó un número a los valores de las escalas de cada una de estas variables necesarias.

<u>Codificación "Tipos de intervención"</u> Sí: 1 No: 2
---

### 2.6.2 Sistematización

Se confeccionó la base de datos con el programa informático inespecífico Excel, consistiendo en un documento con dos hojas. Las planillas correspondientes se encuentran en Anexos.

La primera de las mismas corresponde a una tabla en la que se volcaron sólo los datos de las subvariables de Adherencia Terapéutica para determinar el

valor de la variable compleja. Esta sería una primera matriz periférica subunitaria, según lo describe Samaja (2010).

Para facilitar la observación y análisis de los datos correspondientes al nivel educativo alcanzado por los pacientes (UA1), posteriormente a la sistematización inicial, se confeccionó otra matriz periférica subunitaria conteniendo sólo los datos de los pacientes del subgrupo de niños de la muestra.

La segunda hoja es una tabla en la que se volcaron todos los datos obtenidos en el trabajo de campo, incluyendo variables necesarias y suficientes de cada Unidad de Análisis. Esta es la matriz central del trabajo. En esta última sólo se incluyó el valor de la variable compleja Adherencia Terapéutica, proveniente de la primera hoja de la base de datos. Ya que los datos correspondientes a la UA 1 de cada entrevista son interdependientes con los correspondientes a la UA 2 de la misma entrevista, los datos pertenecientes a una misma entrevista se encuentran todos en la misma fila de la tabla, si bien se encuentran sombreados de dos colores distintos según la UA a la que pertenezcan.

### 2.6.3 Análisis

De acuerdo al tipo de instrumento diseñado para el presente trabajo, y los datos que arroja, se utilizaron herramientas tanto de la estadística descriptiva como inferencial.

Para una caracterización inicial de la muestra se empleó un análisis univariado (centrado en la variable) de las variables suficientes, mediante la confección de tablas de frecuencia absoluta, relativa, porcentual y acumulada (según corresponda), las cuales se vuelcan en los gráficos presentados en la sección “Resultados”.

Asimismo, se realizó este análisis descriptivo univariado con las variables necesarias, de acuerdo a los objetivos específicos de determinar el nivel de adherencia terapéutica al tratamiento e identificar los tipos de intervención utilizados por los terapeutas ocupacionales en la población seleccionada.

En relación a las preguntas abiertas de la entrevista, se realiza la siguiente aclaración. Los datos obtenidos en la pregunta “Observaciones sobre la situación ambiental del paciente y su familia” fueron únicamente cuantificados, para tenerlos en cuenta dentro del indicador de la variable “Conocimiento del T.O. sobre situación socio-ambiental”. Con respecto a la “breve descripción sobre las intervenciones”, no se efectuó análisis de la misma, ya que se agregó

a la entrevista sólo a modo de facilitar el proceso reflexivo por parte del entrevistado, como se aclara al explicar el instrumento y su pilotaje. Para dicho análisis fueron consideradas las respuestas del entrevistado en la pregunta siguiente de la misma sección, al seleccionar los tipos de intervención que utiliza de acuerdo a las definiciones brindadas por los entrevistadores.

Posteriormente se emplearon los test de Chi cuadrado y Prueba Exacta de Fisher para efectuar la prueba de hipótesis (análisis bivariado), para establecer si existe una relación estadísticamente significativa entre los tratamientos que emplean intervenciones de tipo Educación y Entrenamiento y el nivel de adherencia terapéutica medio/alto. Se empleó inicialmente el test de Chi Cuadrado, pero se observó luego que las características de la muestra y la distribución de frecuencias hacen más apropiado el uso de la Prueba de Fisher; se presentan los resultados de ambos test utilizados.

## **3- Resultados, discusión y conclusiones**

### **3.1 Resultados**

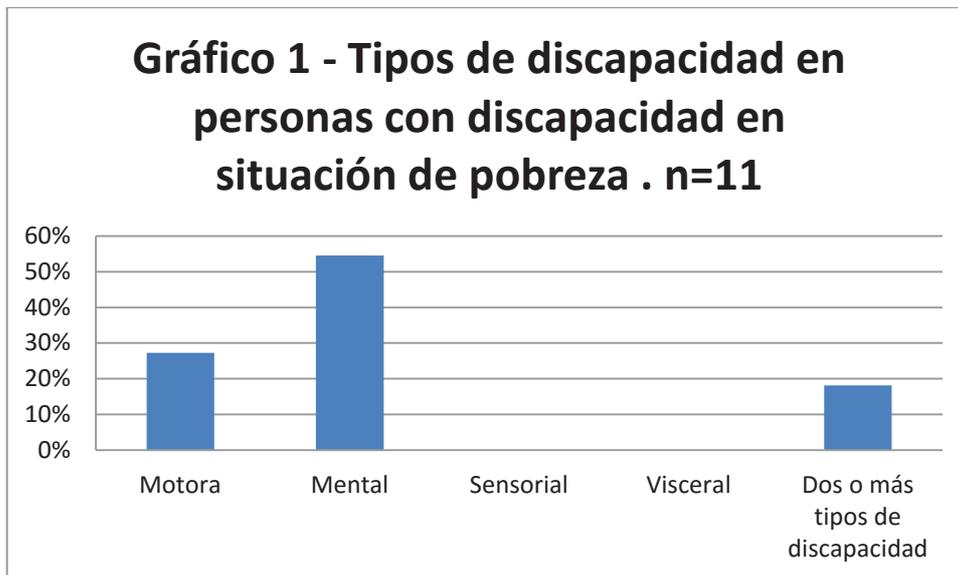
De acuerdo al material teórico presentado, actualmente se pondera que las intervenciones del profesional influyen en los resultados de adherencia terapéutica, no siendo solo responsabilidad del paciente y sus familiares. Por este motivo, se exhiben primero los resultados correspondientes a una caracterización de las muestras a partir de las variables suficientes, ya que se considera relevante comprender de forma integral y contextualizada la situación de la población seleccionada, atravesada por múltiples factores que impactan sobre la calidad de los tratamientos, la cual en este caso se analiza a través de la adherencia terapéutica. Posteriormente, se presentan los resultados obtenidos a partir del test de Chi cuadrado y la Prueba Exacta de Fisher para explorar la relación entre las intervenciones de los profesionales entrevistados y el nivel de adherencia terapéutica de cada caso. Se exponen finalmente algunos cruces de variables adicionales para explorar la posible influencia de otros factores (cuyos datos fueron recolectados) en la adherencia terapéutica.

#### **UA 1**

##### **3.1.1 Caracterización de la muestra de la UA 1: Personas con discapacidad en situación de pobreza que residen en CABA en 2017 (que concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional)**

Se realizaron 11 entrevistas. Teniendo en cuenta los datos obtenidos en las mismas correspondientes a la UA 1 (“Cada una de las personas con discapacidad en situación de pobreza que residen en CABA en el año 2017”), la muestra perteneciente a la misma está conformada por 5 niños de entre 5 y 8 años, de los cuales 3 son de género masculino y 2 femenino; y 6 adultos de entre 22 y 76 años, siendo 3 de género masculino y 3 de género femenino. Se observa amplitud en el rango de edad de la muestra, lo cual se debe a la necesidad de ampliar los grupos etáreos incluyendo a la población de niños para posibilitar el trabajo de campo. En el gráfico 1 se presentan los porcentajes de cada Tipo de Discapacidad observados en la muestra.

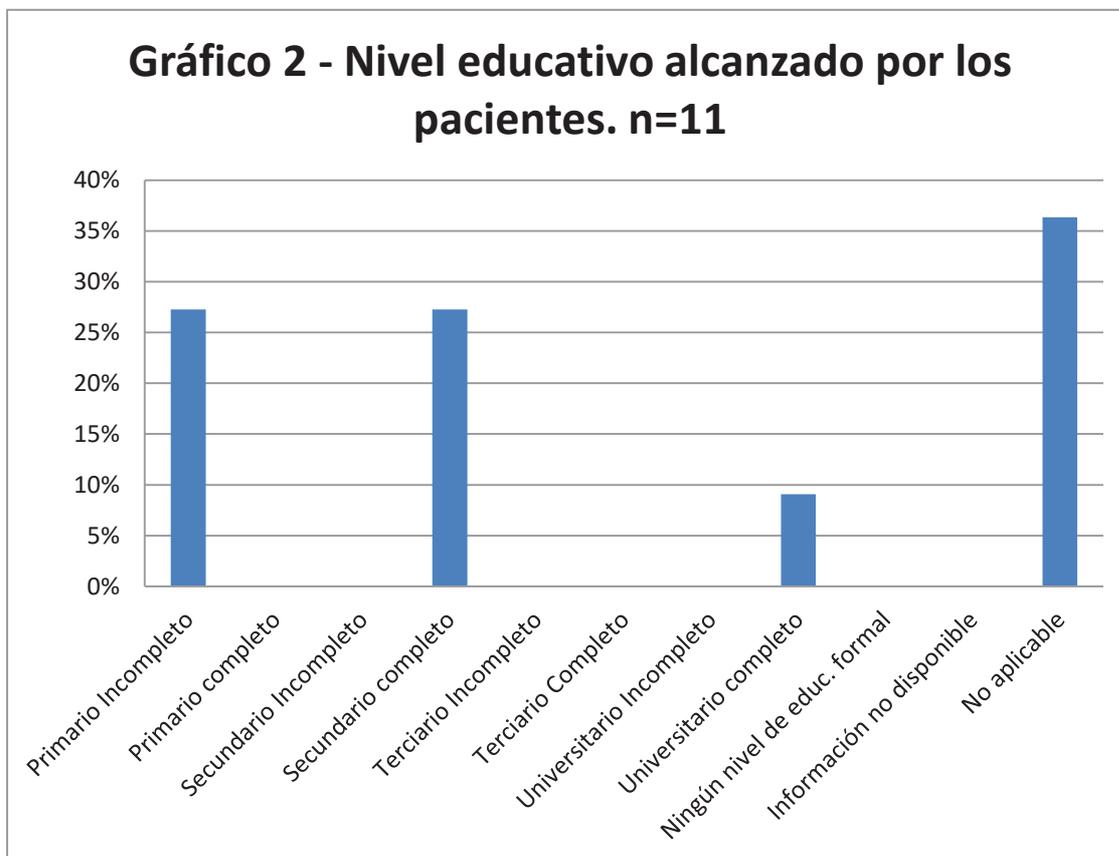
Gráfico 1 – Tipos de discapacidad en personas con discapacidad en situación de pobreza residentes en CABA en 2017. n=11



Del total de la muestra, la mayor parte presenta discapacidad mental (55%), seguido de discapacidad motora (27%) y dos o más tipos de discapacidad (18%). No se registran datos de discapacidad sensorial o visceral en la misma. Se aclara que esto podría verse influenciado por el tipo de dispositivos de donde fueron extraídos los datos correspondientes, los cuales de alguna manera definen el perfil de pacientes que reciben, por ejemplo, por edad, por tipo de patología, entre otros.

Con respecto al nivel educativo alcanzado, la mayor parte de la muestra (36%) fue clasificada dentro de “No aplicable”, debido a que por el tipo de discapacidad no fue posible el acceso a ningún nivel educativo formal. El 27 % de la muestra completó el secundario. Otro 27% posee Primario Incompleto, si bien debe tenerse en cuenta que esto incluye a quienes se encuentran cursándolo, ya que casi la mitad de la muestra está conformada por niños. Por último, el 9% de la muestra (que representa solo 1 persona) posee Universitario completo.

Gráfico 2 – Nivel educativo alcanzado por las personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=6



Dado que resulta confuso observar al mismo tiempo el nivel educativo de niños y adultos, se presentan a continuación los resultados correspondientes al mismo dividiendo la muestra en estos dos grupos.

Se observa en el gráfico 3 que la mitad de los adultos de la muestra ha alcanzado a completar el nivel Secundario. Sólo uno de los integrantes de la misma ha completado el nivel Universitario. El caso considerado “No aplicable” corresponde, como se explicó previamente, a quien no pudo acceder a niveles educativos formales debido a su nivel de discapacidad.

Gráfico 3 – Nivel educativo alcanzado por las personas con discapacidad en situación de pobreza adultas en CABA en 2017 (subgrupo dentro de la muestra). N=6

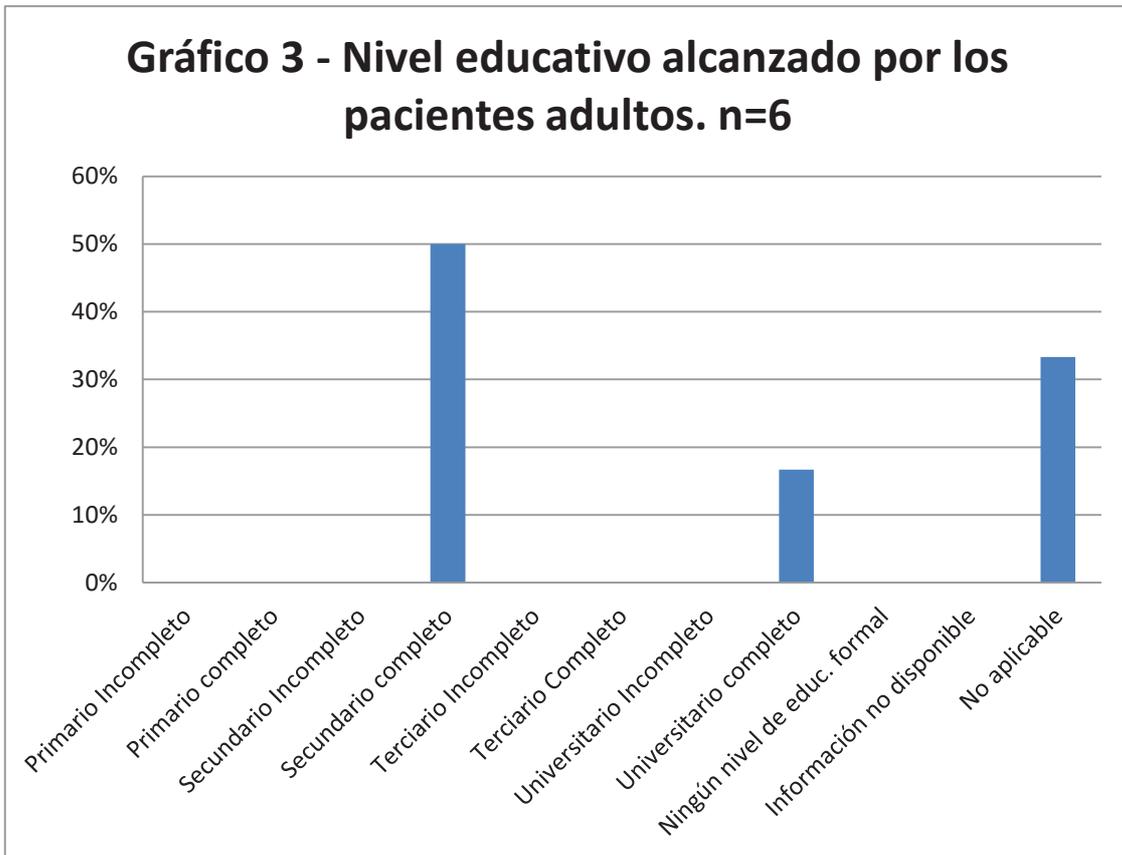
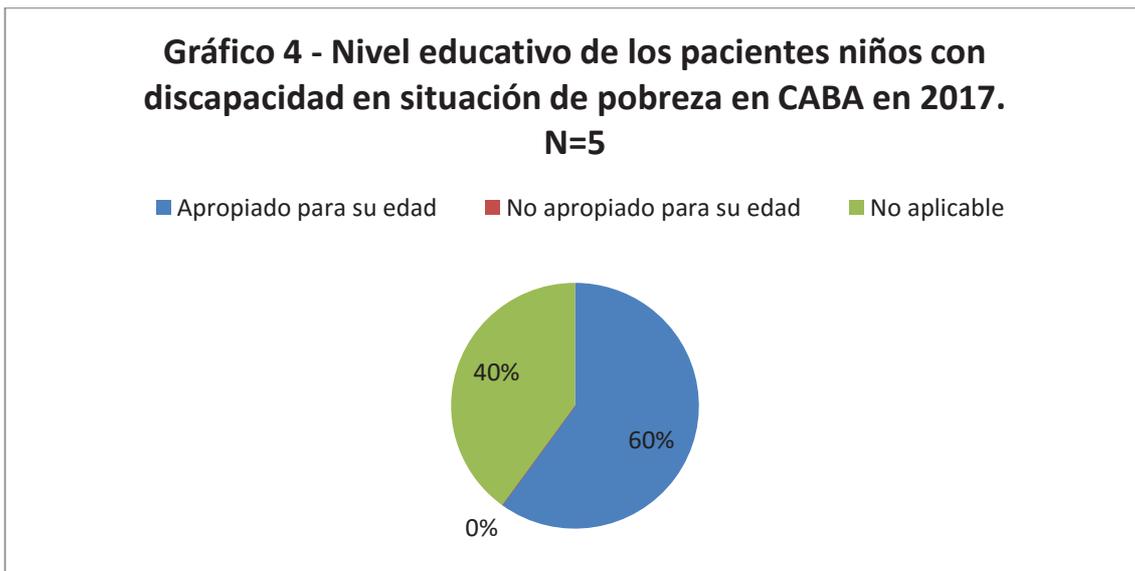
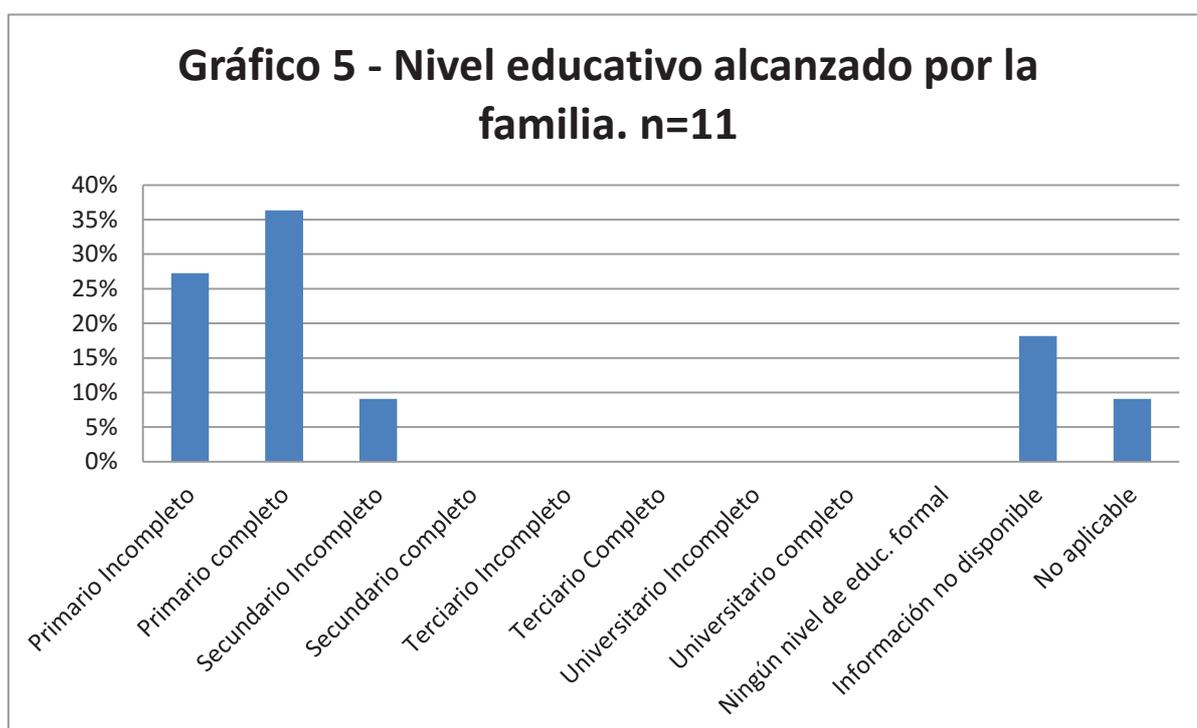


Gráfico 4 – Nivel educativo alcanzado por el subgrupo de niños con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=5



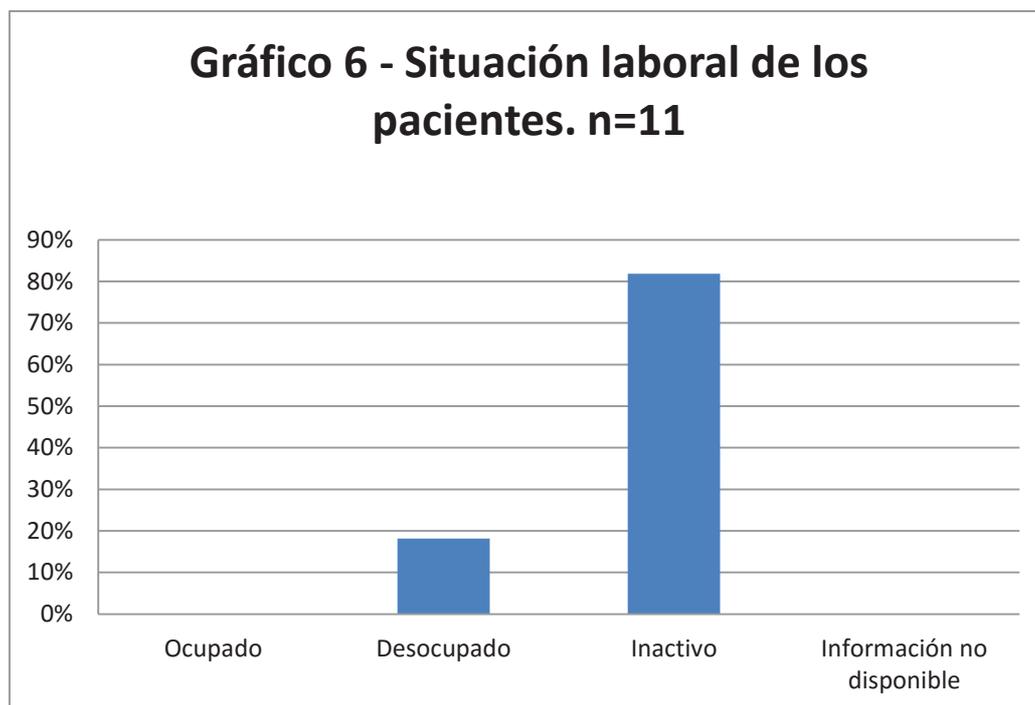
Como se observa en el gráfico 4, más de la mitad (60%) de los niños de la muestra concurre al nivel educativo formal correspondiente a su edad. Ninguno concurre a un nivel no correspondiente a su edad, ya que el resto de los niños de la muestra (40%, representado por dos casos) fueron clasificados como “No aplicable” porque no asisten a una institución de educación formal de acuerdo a los criterios de la variable empleada.

Gráfico 5 – Nivel educativo de la familia de personas con discapacidad en situación de pobreza residentes en CABA en 2017. N=11



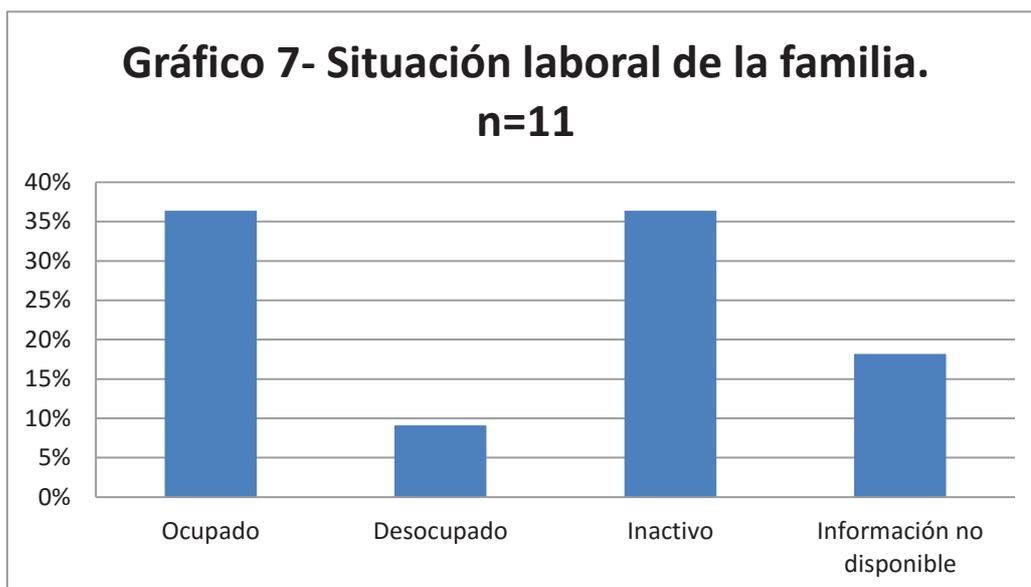
Con respecto al nivel educativo de las familias, se observa en el gráfico 5 que la mayor parte (36%) posee Primario Completo, seguido de un 27% con primario incompleto, conformando entre estos dos grupos más de la mitad de la muestra. Del total, la información al respecto no estaba disponible en el 18% de los casos. Un 9% presenta Secundario Incompleto y otro 9% tiene como valor “No aplicable” ya que la familia no reside con la persona. Estos resultados, así como el hecho de que se seleccione esta variable para caracterizar la muestra, se relacionan con el criterio N.B.I. “Capacidad de subsistencia”, ya que este ítem de la clasificación considera el nivel educativo del jefe de familia.

Gráfico 6 – Situación laboral de las personas con discapacidad en situación de pobreza residentes en CABA en 2017. N=11



En cuanto a la situación laboral, se observa en el gráfico que la mayor parte de la muestra pertenece al grupo de los Inactivos (82%), y el 18 % restante al de los Desocupados. Ningún individuo de la muestra se encuentra ocupado.

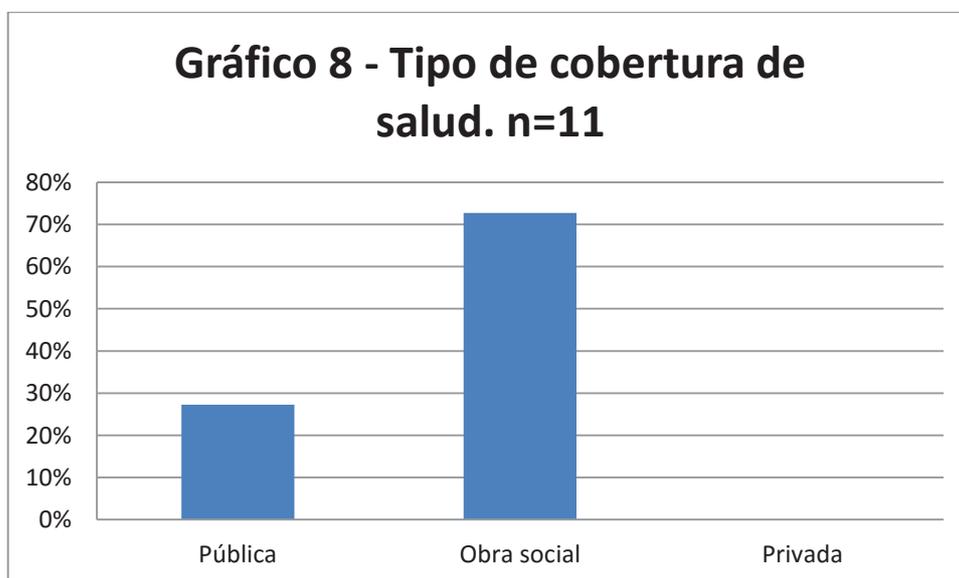
Gráfico 7– Situación laboral de la familia de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11



Se observa en el presente gráfico que la mayor parte de las familias de los individuos de la muestra pertenecen a los grupos “Ocupado” e “Inactivo” en iguales proporciones (36% del total cada uno). En el 18% de los casos la información no se encuentra disponible, y sólo el 9% pertenece al grupo de Desocupados (representado por un caso).

A partir de los datos presentados en cuanto a nivel educativo alcanzado (Gráficos 2, 3, 4 y 5) y situación laboral (gráficos 6 y 7), tanto de los pacientes como de las familias, se puede tener un acercamiento a aspectos importantes del contexto socio-cultural de esta población, que, como se expone en el marco teórico, se considera un factor influyente en los resultados de los tratamientos en salud. Se puede observar en la muestra el escaso acceso por parte de los familiares a niveles de educación formal por encima del Primario, y que menos de la mitad de dichos familiares se encuentran ocupados. Esto permitiría inferir una relación entre el nivel educativo alcanzado y la situación laboral. Así también, se puede observar a partir de todos estos datos la relación entre situación económica y discapacidad, como se explicitó en el marco teórico a partir de estudios y bibliografía al respecto.

Gráfico 8– Tipo de cobertura de salud de las personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017

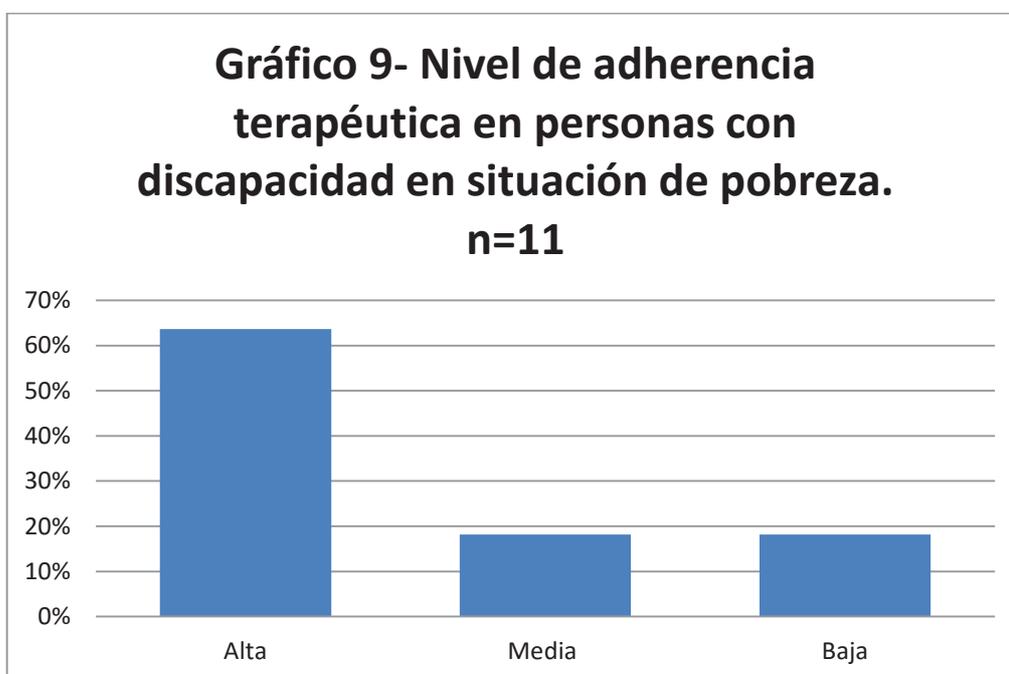


De acuerdo al gráfico, la mayor parte de la muestra (73%), presenta cobertura por Obra Social, aclarando que dentro de este grupo se incluyen aquellos cubiertos por PAMI y Profe. El resto (27%) posee cobertura Pública. Ninguno de los individuos de la muestra presenta cobertura de tipo Privada.

Con respecto a esto último, se considera oportuno aclarar que, si bien no se especificó dentro de los valores de la variable “Tipo de cobertura” y al confeccionar la entrevista, la totalidad de los pacientes que se encuentran dentro de Obra Social tienen cobertura por PAMI y Profe, de acuerdo a lo aclarado por los respectivos terapeutas ocupacionales. Este es tomado en cuenta como un factor más indicador de la situación socio-económica de los pacientes.

### 3.1.2 Determinación de nivel de adherencia terapéutica de las personas con discapacidad en situación de pobreza residentes en CABA en 2017

Gráfico 9 – Nivel de Adherencia Terapéutica en personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

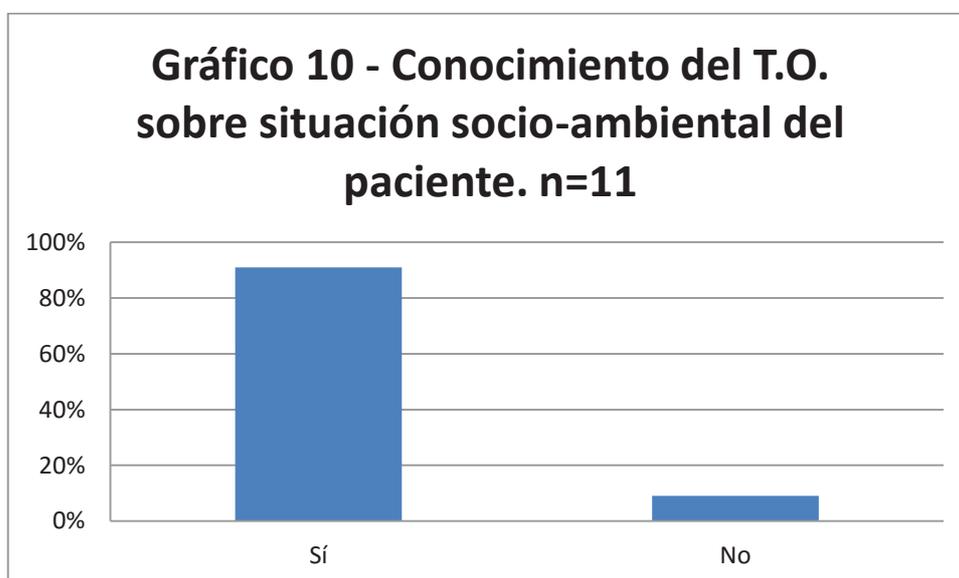


En relación al objetivo específico de determinar el nivel de Adherencia Terapéutica en personas con discapacidad en situación de pobreza, se observa en el gráfico 9 que la mayor parte de la muestra presenta una Adherencia Terapéutica alta, conformando dicho grupo un 64% del total. El resto de la misma se divide en partes iguales entre aquellos que presentan Adherencia Terapéutica Media Y Baja, correspondiendo a cada uno de estos grupos un 18% del total.

### 3.1.3 Caracterización de la muestra de la UA 2: tratamientos de Terapia Ocupacional en personas con discapacidad en situación de pobreza

Las entrevistas realizadas brindaron información sobre 11 casos de la UA 2 (“Cada uno de los tratamientos llevados a cabo por terapeutas ocupacionales que trabajan con personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en el año 2017”). A continuación se detallan algunos datos con respecto a la muestra analizada.

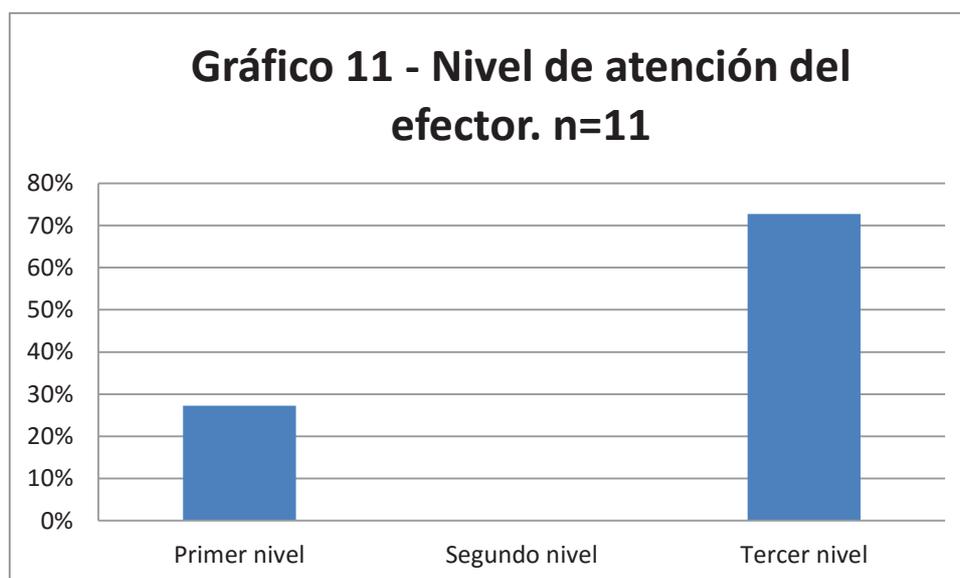
Gráfico 10- Conocimiento del T.O. sobre la situación socio-ambiental de los pacientes en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11



Del total de la muestra, prácticamente en la totalidad de los casos (91%), el T.O. conoce los principales datos sobre la situación socio-ambiental del paciente. Sólo en un caso el T.O. demuestra no conocer esta información. Este dato se considera importante, dado lo explicitado en el marco teórico sobre la importancia de que el profesional considere los aspectos contextuales del paciente a la hora de llevar a cabo el tratamiento.

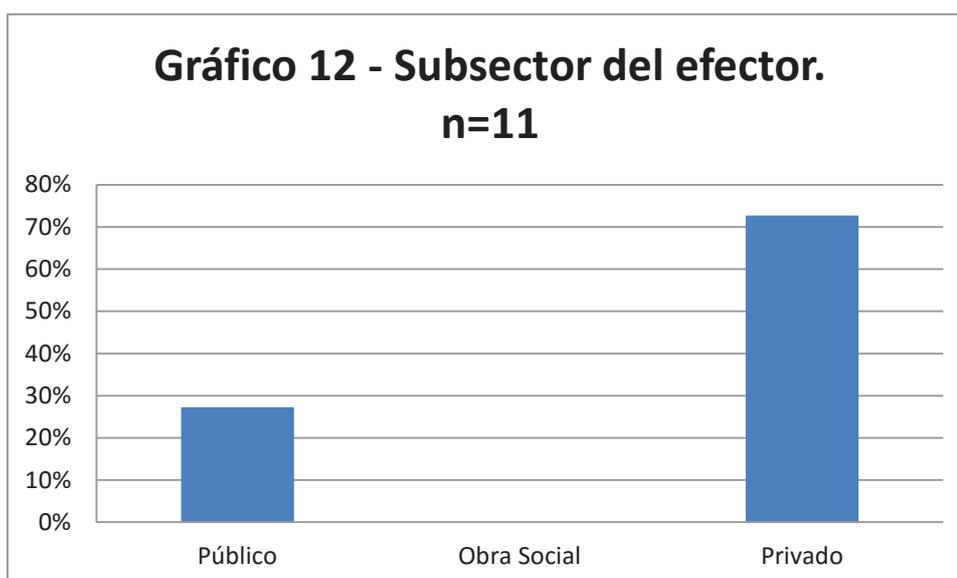
A partir de este dato (gráfico 10) y de lo observado en el gráfico 9, podría, además, a simple vista, inferirse una relación entre el conocimiento de los terapeutas sobre la situación socio-ambiental de los pacientes, y el nivel de adherencia terapéutica observado en la muestra, siendo que el 82% de la misma presenta adherencia terapéutica media/alta, como se describe más adelante.

Gráfico 11 – Nivel de atención del efector en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11



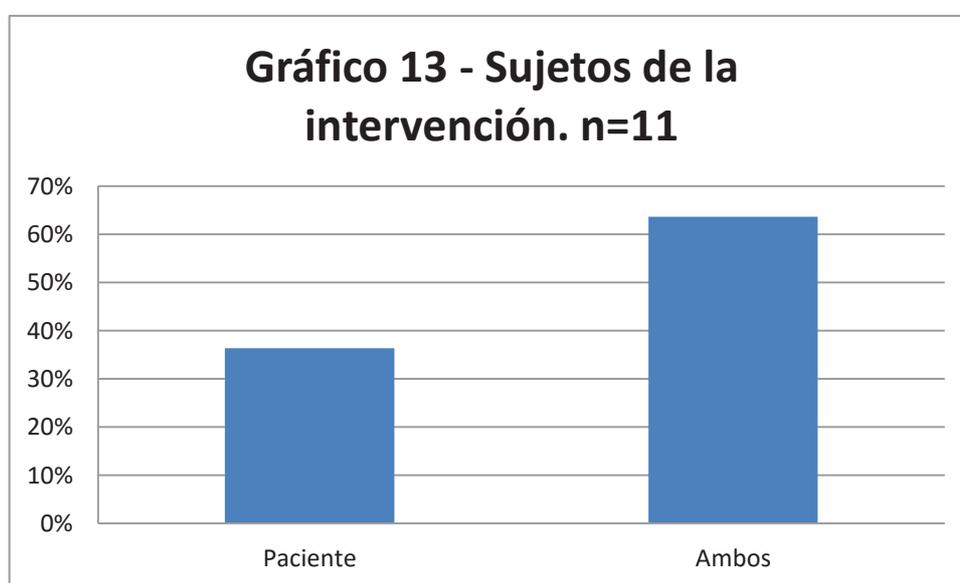
De la totalidad de la muestra, el 73% de los tratamientos se lleva a cabo en un efector de Tercer nivel. Sólo un 27% del total se lleva a cabo en un efector de Primer Nivel. Si bien podría inferirse que la mayor proporción de dispositivos de tercer nivel de atención se debe a la especificidad de los tratamientos llevados a cabo, se aclara que este resultado podría verse influido por aquellos efectores a los cuales fue posible acceder para realizar el trabajo de campo por motivos prácticos.

Gráfico 12- Subsector al que pertenece el efector en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11



Como se observa en el gráfico, la mayor parte de los efectores en los que se llevan a cabo los tratamientos pertenecientes a la muestra corresponden al subsector Privado (73%), mientras que el 27% restante corresponde al subsector Público. Se considera importante aclarar que los efectores privados son, sin embargo, prestadores de obras sociales, entre ellas PAMI y Profe, motivo por el cual los tratamientos llevados a cabo allí pudieron ser incluidos en la muestra. Con respecto al subsector público, el mismo corresponde a un CeSAC y un hospital público. Así como se comentó en otros apartados, la diferencia entre el porcentaje de efectores del subsector privado y el público se debe, en parte, a las posibilidades de acceso halladas al realizar el trabajo de campo.

Gráfico 13 – Sujetos hacia los que se dirigen las intervenciones en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11



*Referencia del gráfico 13:*

*“Ambos”: El paciente y su red social de apoyo*

Con respecto a los sujetos de la intervención, se observa en el gráfico que en la mayor parte (64%) de los tratamientos pertenecientes a la muestra, las intervenciones se dirigen tanto hacia el paciente como hacia su red social (“Ambos”). En el caso del 36% restante, las intervenciones se dirigen solo hacia el paciente.

Esta variable se analiza para responder al objetivo secundario de conocer si las intervenciones de los terapeutas ocupacionales se dirigen hacia la red social de apoyo en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza. Este dato se considera relevante ya que, como se indica en el marco teórico, se tienen en cuenta factores relacionados a familiares o personas significativas

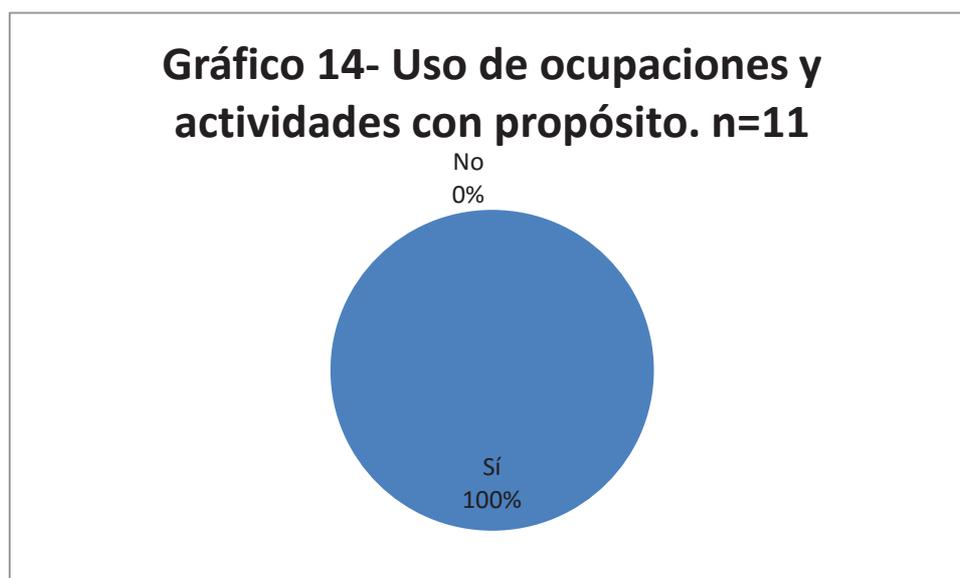
como influyentes en los resultados de adherencia terapéutica. De todos modos, se aclara como salvedad que dentro del estudio se consideró el tratamiento de niños, en el cual suele ser más esperable que las intervenciones incluyan a la familia, si bien esto no nos permite determinar que las intervenciones estén dirigidas hacia la misma específicamente, para lo cual se debería recolectar información al respecto en forma más profunda.

### 3.1.4 Tipos de intervención utilizados en el tratamiento de Terapia Ocupacional de personas con discapacidad en situación de pobreza

Se presentan a continuación los resultados correspondientes a las variables necesarias consistentes en los tipos de intervención, siendo éste uno de los objetivos específicos planteados para el trabajo. Parte de los mismos se utilizaron para los cruces de variables que se exponen más adelante.

Gráfico 14- Uso de ocupaciones y actividades con propósito en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017.

N=11



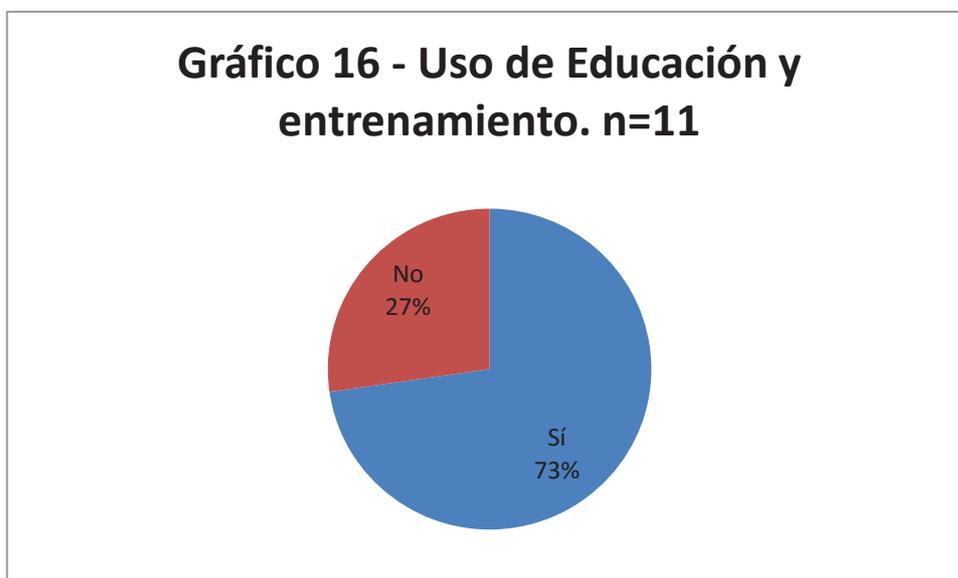
Como se evidencia claramente en el gráfico 14, la totalidad de los tratamientos pertenecientes a la muestra emplea ocupaciones y actividades con propósito. Se considera que esto se debe a que es el tipo de intervención más “característico” de la disciplina, siendo extraño encontrar algún tratamiento de Terapia Ocupacional que no la utilice. Además, se podría pensar que las respuestas se vieron influidas de algún modo por esta característica inherente a la disciplina, resultando a criterio de los terapeutas “incorrecto” responder que no utilizan este tipo de intervención. Por este motivo evidente no se analiza este dato posteriormente, al realizar cruces de variables.

Gráfico 15 – Uso de métodos preparatorios en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11



En el caso de los métodos preparatorios se observa una diferencia menor entre ambos valores, siendo que en un poco más de la mitad de los tratamientos de la muestra se utilizan estos métodos (55% del total), y en un 45% de los tratamientos, los mismos no son empleados.

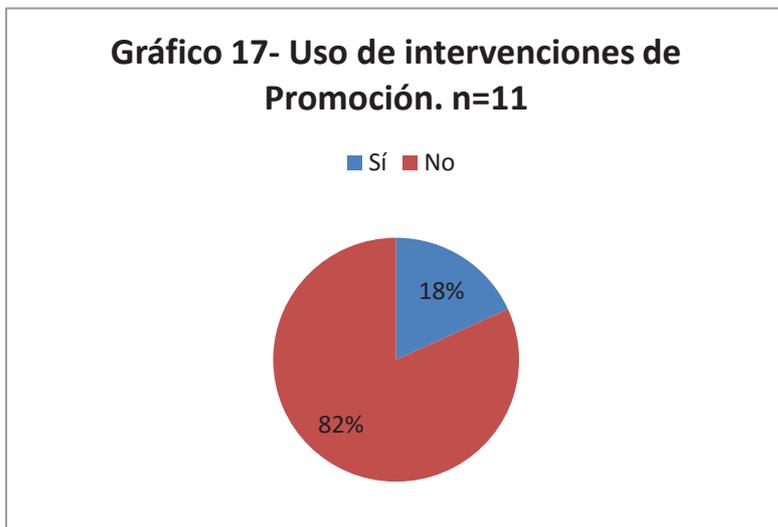
Gráfico 16- Uso de Educación y Entrenamiento en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11



Como se puede observar, la mayor parte de los tratamientos pertenecientes a la muestra incluyen intervenciones de Educación y Entrenamiento (73%). Un 27% de los mismos no utilizan este tipo de intervenciones. Se recuerda en este punto la importancia brindada al rol de educador del profesional de salud para

favorecer la adherencia terapéutica, de acuerdo a la bibliografía expuesta en el marco teórico, motivo por el cual esta variable se retoma en posteriores análisis.

Gráfico 17 – Uso de intervenciones de Promoción en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11



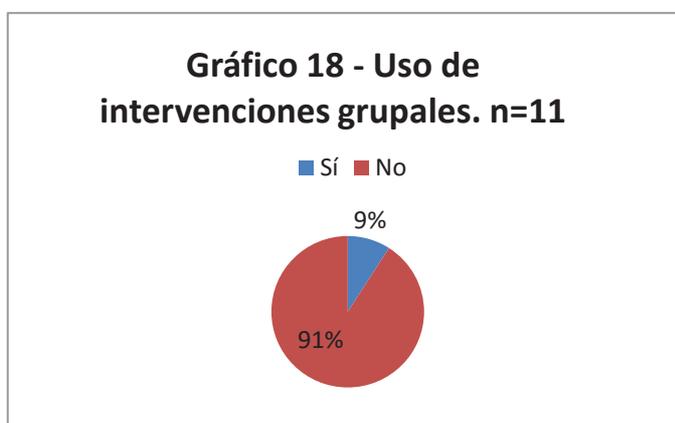
En el 82% de los tratamientos pertenecientes a la muestra no se utilizan estrategias de Promoción, siendo las mismas sólo utilizadas en un 18 % de los casos analizados (lo cual corresponde a 2 casos). Esta situación es analizada en el apartado de

conclusiones, de acuerdo a la escasa utilización de este tipo de intervención por parte de los terapeutas ocupacionales, aún más teniendo en cuenta que algunas de las entrevistas se realizaron en efectores de primer nivel del ámbito público (CeSAC).

Además se aclara que, en los dos casos en que se indicó en la respuesta el uso de estrategias de promoción, esto no se corresponde con la descripción del tratamiento realizada previamente por el entrevistado, lo cual da cuenta de algunas limitaciones del instrumento que serán comentadas en las conclusiones.

Gráfico 18- Uso de intervenciones grupales en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Se observa en el gráfico que tan solo un 9% de la muestra corresponde a tratamientos en los cuales se utilizan intervenciones grupales (es decir, solo un caso de la muestra). En el 91% restante de los tratamientos no se emplea este tipo de

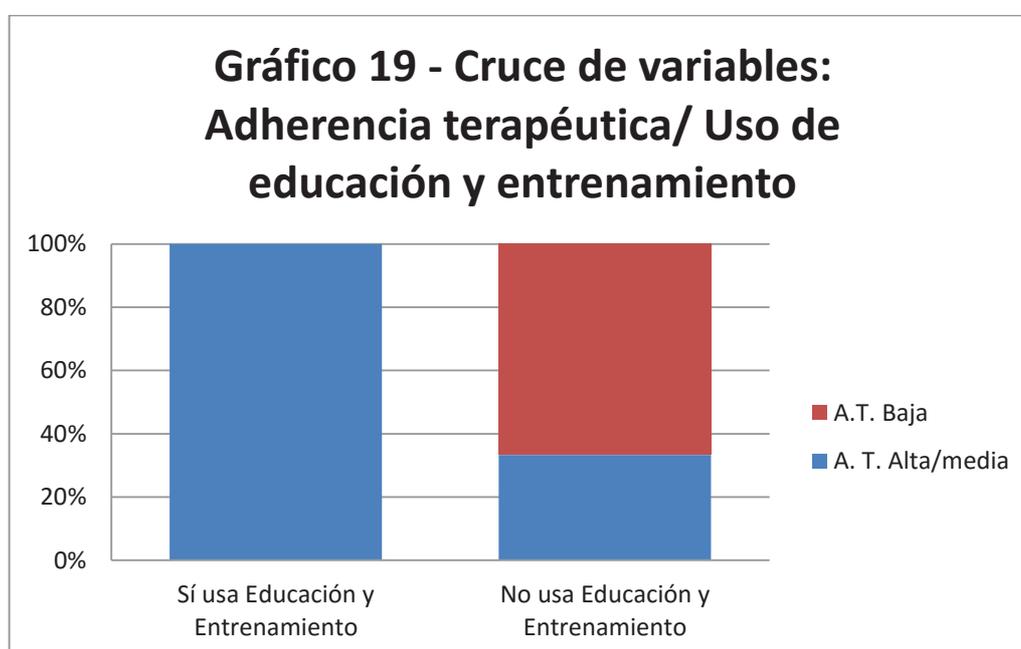


intervenciones.

Por el mínimo porcentaje en el cual sí son utilizadas estas estrategias de Promoción e Intervenciones grupales, no se lo considera un dato relevante como factor influyente para los objetivos de este estudio.

### 3.1.5 Cruces de variables

Gráfico 19– Cruce entre las variables “Adherencia Terapéutica” en personas con discapacidad en situación de pobreza y “Uso de Educación y Entrenamiento” en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza, en CABA en 2017. N=11



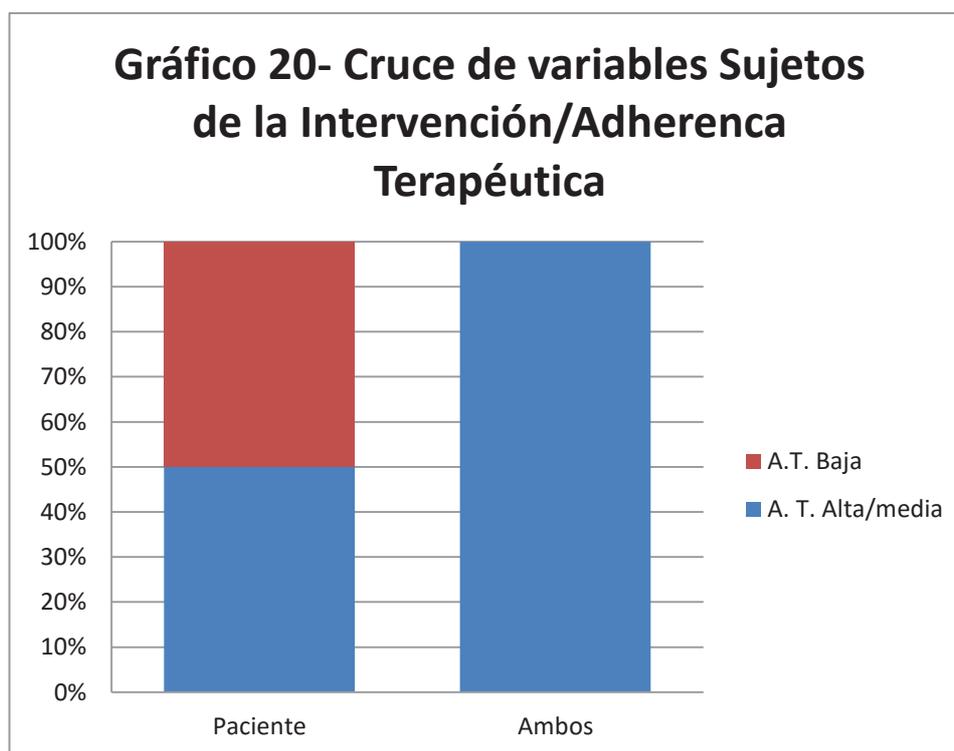
Se realizó este cruce entre variables pertenecientes a UA 1 (Adherencia Terapéutica) y UA 2 (Uso de Educación y Entrenamiento), de acuerdo al objetivo específico de identificar la presencia (o no) de intervenciones de tipo educación y entrenamiento en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en los cuales se registre adherencia terapéutica media/alta.

A los fines de este análisis, se aclara que se han unificado los grupos de Adherencia Terapéutica alta y media, siendo que un 82% de la muestra presenta Adherencia Terapéutica alta/media.

Puede observarse en el gráfico que en el 100 % de los tratamientos en los que se utilizan intervenciones de tipo Educación y Entrenamiento se observa Adherencia Terapéutica alta/media. Mientras que, en el caso de los

tratamientos en los cuales no se utiliza Educación o Entrenamiento, la mayor parte (67%) presenta Adherencia Terapéutica baja, y el 33% tiene Adherencia Terapéutica alta/media. Esto se condice con los estudios presentados en el marco teórico, en los cuales se establece la importancia de la educación del paciente y la familia como factor influyente en la adherencia terapéutica al tratamiento.

Gráfico 20 - Cruce entre las variables “Adherencia Terapéutica” en personas con discapacidad en situación de pobreza y “Sujetos de la intervención” en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza, en CABA en 2017. N=11



El presente cruce de variables se realizó teniendo en cuenta el objetivo secundario de determinar hacia quiénes se dirigen las intervenciones de los terapeutas ocupacionales, considerando pertinente de acuerdo al marco teórico planteado, observar la relación de ello con la adherencia terapéutica.

Puede observarse en el gráfico que, de los tratamientos cuyas intervenciones se dirigen sólo hacia el paciente, la mitad presenta adherencia terapéutica alta/media y la otra mitad, adherencia terapéutica baja. Mientras que, en el caso de los tratamientos cuyas intervenciones se dirigen tanto hacia el paciente como hacia su red social (“Ambos”), el 100% presenta adherencia terapéutica media/alta. Esto podría significar que la intervención dirigida hacia la red social del paciente es un factor que influye sobre la adherencia terapéutica.

De todos modos recordamos lo expuesto sobre la necesidad de profundizar y ampliar los datos obtenidos a este respecto (gráfico 13). Para esto se podría proponer la diferenciación entre tratamiento de niños y de adultos, y asimismo la diferenciación entre aquellas intervenciones hacia el paciente que incluyen a la red social de apoyo, y aquellas intervenciones planteadas como estrategias específicas hacia la red social.

### 3.1.6 Prueba de hipótesis

Para la elaboración de conclusiones predictivas en base a los resultados obtenidos en la muestra, se realizó inicialmente la prueba de hipótesis empleando el test estadístico Chi Cuadrado. Sin embargo, posteriormente se observó que, dado el N muestral y las frecuencias observadas en la tabla de contingencia, resulta más apropiada la Prueba Exacta de Fisher (como se anticipó en la sección Análisis). Las respectivas tablas de contingencia utilizadas para el cálculo del mismo se encuentran disponibles en Anexos.

#### 3.1.6.1 Test de Chi<sup>2</sup>

Este test se seleccionó inicialmente para determinar si existe una relación entre el uso de intervenciones de tipo Educación y Entrenamiento, y el nivel de Adherencia Terapéutica, teniendo en cuenta el objetivo general de este trabajo, de explorar si existe una relación entre los tratamientos que utilizan intervenciones de tipo Educación o Entrenamiento y el nivel de adherencia terapéutica en personas con discapacidad en situación de pobreza. Se recuerda que la hipótesis del presente trabajo de investigación postula que dicha relación implica la presencia de adherencia terapéutica media/alta en los tratamientos que incluyen este tipo de intervenciones.

Tabla 1 – Resultados de la prueba de Chi Cuadrado

Valor de Chi <sup>2</sup> obtenido mediante la fórmula correspondiente	6.42
Valor de corte (Valor Crítico obtenido con la función CHIINV de Excel)	3.84
P (obtenido con la función CHICUAD de Excel)	0.011

Como se muestra en la tabla 1, se obtuvo como resultado del test de Chi Cuadrado un valor de 6.42. El mismo resulta mayor que el valor crítico correspondiente, que es 3.84, al trabajar con un grado de libertad y un valor de  $p = 0.05$ . De esta manera, se puede rechazar la hipótesis nula y afirmar, a

través del uso de esta herramienta en particular de la estadística inferencial y con un nivel de confianza del 95%, que los tratamientos que incluyen intervenciones de tipo Educación y Entrenamiento se relacionan con una adherencia terapéutica media/alta en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en el año 2017.

Esto permitiría apoyar, de acuerdo a lo observado en este trabajo, la relevancia de la utilización de intervenciones de tipo educativo para favorecer los resultados de los tratamientos en personas con discapacidad en situación de pobreza, lo cual es concordante con lo expuesto en el marco teórico al respecto.

Sin embargo, se considera importante realizar una salvedad con respecto a este resultado, la cual lleva directamente a la observación del siguiente apartado. El test de Chi Cuadrado requiere, para su uso apropiado, un N muestral mayor al obtenido en este estudio, y, además, que el 80% de los valores de la tabla de contingencia sean mayores a 5. Claramente, esta situación no corresponde con lo presentado, motivo por el cual se recurrió a la Prueba Exacta de Fisher, más acorde al N muestral.

### 3.1.6.2 Prueba Exacta de Fisher

De acuerdo a lo expuesto en el apartado anterior, luego de la realización del test de Chi<sup>2</sup> se empleó este test para obtener un resultado apropiado a las características de la muestra. Para llevarlo a cabo se utilizó el programa informático específico SSPS, el cual arrojó los siguientes valores al seleccionar los estadísticos que dicha herramienta ofrece junto con la Prueba de Chi cuadrado:

Tabla 2- Resultados de Chi cuadrado arrojados por el programa SSPS

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,519 <sup>a</sup>	1	,011		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	2,807	1	,094		
Razón de verosimilitudes	6,612	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,055	,055
N de casos válidos	11				

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como se puede observar en la tabla de resultados, de acuerdo al estadístico exacto de Fisher no se observan diferencias estadísticamente significativas para rechazar la hipótesis nula de independencia, ya que el valor de P obtenido (0,055) es mayor a 0,05. A diferencia de lo que se observa en la tabla en relación al test de Chi-cuadrado de Pearson, en correspondencia con lo expuesto previamente, cuya significancia estadística sí es menor a 0,05.

Teniendo en cuenta que la Prueba Exacta de Fisher resulta más apropiada al N muestral, finalmente se indica que no se puede rechazar la hipótesis de independencia entre el uso de intervenciones de tipo educativo y la adherencia terapéutica, si bien sí puede decirse que se observan diferencias.

### **3.2 Conclusiones y discusión**

Teniendo en cuenta el objetivo principal de este trabajo de investigación, los resultados exhiben una relación existente entre las intervenciones de tipo educativo por parte de los profesionales de Terapia Ocupacional y la adherencia terapéutica. Esto concuerda con lo expuesto sobre el tema, la importancia brindada en el último tiempo a la educación del paciente, familiares e incluso comunidad, de acuerdo a las necesidades específicas, para favorecer los resultados y la calidad de los tratamientos. Podría pensarse entonces, de acuerdo también con el material teórico analizado, que la responsabilidad por el sostén, regularidad, avance y resultados no recae solamente sobre el paciente, sino que depende también de las acciones llevadas a cabo por el profesional, como representante del sistema de salud. Y nos parece interesante destacar que puede observarse la situación de vulnerabilidad de la población en base a la muestra analizada, teniendo en cuenta la situación laboral, trayectoria educativa (en especial de las familias), tipo de cobertura de salud (que habla también de una situación particular frente al sistema laboral y previsional), y aún así, observarse en la mayor parte de la muestra una adherencia terapéutica media/alta, que parecería coincidir también con el uso de estrategias educativas (obviamente, entre otros factores intervinientes, sin afirmar que la adherencia responde exclusiva o principalmente a estas estrategias de los profesionales).

Se considera, como sugerencia metodológica a futuro, que el trabajo podría verse enriquecido mediante la realización de un análisis de tipo longitudinal, que permitiría cotejar de forma específica tanto la variación de las intervenciones de los terapeutas ocupacionales, como la variación de la

adherencia terapéutica al tratamiento en el tiempo, acorde también a la situación histórica de los pacientes. De este modo, se podría establecer con una mayor cantidad de datos, la relación entre las modificaciones en uno y otro aspecto. Además, este tipo de análisis longitudinal creemos que permitiría conocer si las intervenciones de los terapeutas ocupacionales tienen en cuenta los factores contextuales sociales y económicos del paciente, los cuales se consideran fundamentales a la hora de seleccionar las estrategias para favorecer la calidad del tratamiento, de acuerdo al marco teórico presentado.

Pensamos que este trabajo realizado sirve como elemento inicial para observar, a grandes rasgos, la existencia presumible de una relación entre el modo de intervenir de los terapeutas ocupacionales y la calidad de los tratamientos llevados a cabo, específicamente en una población que se ve afectada por grandes dificultades adicionales a la presencia de discapacidad.

Se aclara que la visión inicial de este trabajo corresponde a un interés más amplio, orientado a la mirada social y política que la Terapia Ocupacional comienza a exhibir hace unos años. Si bien luego se tomaron en cuenta recursos teóricos desde una visión más tradicional, como los conceptos de Adherencia Terapéutica (que de todos modos se fue modificando a través del tiempo), Discapacidad vinculado a la definición de la CIF (que es un marco teórico funcionalista, más allá de considerar factores contextuales), intervenciones de T.O. desde el Marco de Trabajo (que, si bien presenta nuevas clasificaciones, se considera que mantiene una visión tradicional de la disciplina), esto responde a las necesidades prácticas de la realización de un trabajo de investigación de grado. De todos modos, el interés sigue siendo aportar conocimientos más allá de los paradigmas reduccionistas.

Otra de las limitaciones de este estudio podría considerarse el tamaño de la muestra, ya que contando con más unidades de análisis los datos serían más concluyentes, teniendo en cuenta la gran cantidad de variables analizadas. Se considera en relación a esto último, que la población de la UA 1 es muy diversa, especialmente en base a las variables Edad y Tipo de Discapacidad, lo cual puede influir en los resultados y podría requerir análisis más minuciosos para determinar específicamente dichas influencias.

Con respecto a la entrevista, se debe tener en cuenta que la misma fue confeccionada por los integrantes del equipo de trabajo, y a lo largo de la elaboración del mismo se le realizaron modificaciones de acuerdo a las dificultades observadas al ponerla en práctica en el pilotaje y al intentar adecuarla al máximo al marco teórico y objetivos de la investigación. Se buscó imponer un criterio de objetividad y obtener toda la información necesaria en aquellos casos en que el entrevistador debe seleccionar una respuesta

específica de acuerdo a lo expresado más ampliamente por el entrevistado (por ejemplo, cuando se realiza la pregunta sobre la situación socio-ambiental del paciente), si bien podría ser positivo hallar una forma de determinar la respuesta sin que pueda intervenir en cierta medida la valoración subjetiva de quien toma la entrevista. Por otro lado, en la sección “Intervenciones de Terapia Ocupacional” se realizaron adecuaciones que permitieron favorecer la comprensión del entrevistado sobre el significado de cada tipo de intervención y la reflexión sobre el tratamiento que lleva a cabo, considerándose de este modo más coherente con las variables la información obtenida en el trabajo de campo propiamente dicho que en el pilotaje. Se reconoce de todos modos que la confiabilidad y veracidad de las respuestas no son totalmente comprobables y podrían verse influenciadas por lo que el terapeuta entrevistado considera como aquello que no debería estar ausente en un tratamiento de Terapia Ocupacional, al exponerse a la mirada de otros colegas. Se considera que una posible solución a esta cuestión sería poder contar con otras fuentes, como ser el acceso al historial evolutivo del tratamiento, y efectuar un análisis a partir del mismo para determinar los tipos de intervención utilizados.

A este respecto, y como sugerencia metodológica, se plantea la posibilidad de abordar desde un enfoque cualitativo la información de esta sección (Tipos de intervención), a partir del discurso, más “rico y profundo” del propio entrevistado brindado en la pregunta abierta, y analizándolo luego en base a categorías o núcleos de sentido que se correspondan con la clasificación de las variables establecida en la matriz de datos: los tipos de intervención, y los sujetos a los que se dirigen las mismas, por ejemplo.

### Recomendaciones

Pensando en futuras investigaciones, así como en la implementación de proyectos y políticas para la población del presente estudio, nos parece destacable la falta de utilización de estrategias de Promoción en los casos analizados (por ejemplo, la confección de redes intersectoriales), teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad, falta de recursos y de información en la cual se encuentra gran parte de la población seleccionada y la comunidad en la que se ve inmersa, y considerando que parte de las entrevistas se llevaron a cabo en un dispositivo de primer nivel de atención del sector público (CeSAC).

Por otro lado, observando las respuestas de la sección “Sujetos de la intervención” se destaca que, incluso las intervenciones de educación, no se dirigen hacia la comunidad en sentido amplio, sino sólo hacia el paciente, su familia, docente, etc.

Teniendo en cuenta la visión social y política que se comentó previamente, así como los múltiples factores que influyen en los resultados en salud de acuerdo a la bibliografía estudiada (accesibilidad del sistema de salud, disponibilidad de recursos, educación, características de los servicios de salud y su organización, por nombrar algunos) consideramos en este punto la necesidad de implementación de intervenciones adecuadas a las necesidades de poblaciones vulnerables. Para pensar y repensar las posibles acciones y decisiones políticas del terapeuta ocupacional y desde la disciplina como constructo de conocimiento frente a la problemática desde los alcances e incumbencias de la profesión.

Por último, se hace notar también, considerando posibles investigaciones a futuro, que se podría concebir una relación bidireccional entre la adherencia terapéutica y el tipo de intervención (y tratamiento) que el terapeuta lleva a cabo. De modo que no se pensaría solo en que las intervenciones de tipo educativo modifican (o incluso favorecen) el nivel de adherencia terapéutica, sino que a su vez, dicho nivel de adherencia podría influir en el compromiso del profesional y la elección de las estrategias de intervención al respecto.

### Discusión

Destacamos que entendemos, en base a lo estudiado, analizado y observado, que en la Adherencia Terapéutica influyen gran cantidad de factores (enumerados en gran parte en el marco teórico) más allá del tipo de intervenciones de los profesionales, en este caso, de Terapia Ocupacional, y que los mismos no deben ser desatendidos. Se considera que elementos clasificatorios como el Marco de Trabajo resultan escasos en muchas ocasiones, frente a situaciones de vulnerabilidad extrema de ciertas poblaciones con las que se trabaja, que exigen una comprensión completa de la situación histórico-social de la persona con discapacidad y su familia, la cual podría limitar, o exigir una modificación de dichas intervenciones.

A modo de visión personal, se detecta la presencia de un factor no analizado ni hallado en el material teórico sobre Adherencia Terapéutica, y que tiene que ver con la Salud Mental de la familia (o red social significativa) de la persona con discapacidad. Aclaramos que esto responde a observaciones que realizamos a partir de experiencias laborales propias, y nos surge como incógnita al analizar los resultados de nuestro estudio, si bien no responde directamente al mismo. Este factor nos parece relevante para posibles estudios en el futuro sobre la calidad y los resultados de los tratamientos de Terapia Ocupacional en personas con discapacidad.

## 4- Bibliografía

- AATO. (2013). *Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales*. Recuperado el 22 de Marzo de 2016, de <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/terapia-ocupacional/>
- Álvarez Ramírez, S. P., Cuartas Martínez, H., & Durán Sabogal, R. (2012). *Mejoramiento de la adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple de la Fundación Fundem*.
- Amaro, M. B., & Bernardi, S. K. (2015). *Autoeficacia y su Relación con la Adherencia al Tratamiento de Neurorehabilitación en Pacientes Adultos con Accidente Cerebrovascular*. Buenos Aires.
- Amate, E. A. (2005). *La discapacidad en Argentina* (Primera ed.). Buenos Aires: Fundación Par.
- AOTA. (2010). *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso 2a Ed. (Traducción)*. Recuperado el 23 de Marzo de 2016, de [www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf)
- AOTA. (March/April de 2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. 3rd Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-48.
- Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. *X Jornadas de Sociología*. Ciudad de Buenos Aires.
- Bonazzola, P. (2010). *Ciudad de Buenos Aires: Sistema de salud y territorio*. Texto elaborado para la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, Dirección de Capacitación, MSGCBA.
- Carestía, Y., & Estevez, S. (2015). *Relación entre la Adherencia Terapéutica al Tratamiento de Terapia Ocupacional y los Niños con Presencia de Situación de Riesgo Ambiental en el Centro de Rehabilitación Pilares de Esperanza en el Año 2015*. Buenos Aires.
- Díaz Porto Robles, M. (2014). La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*, 7(1), 73-84.
- DINREP. (2014). *Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Información censal del año 2010*.
- Ferro García, R., García Ríos, M., & Vives Montero, M. (2004). Un análisis de la adherencia al tratamiento de fisioterapia. *Fisioterapia*, 26(6), 333-339.
- Galheigo, S. M. (2006). Terapia Ocupacional en el ámbito social. Aclarando conceptos e ideas. En F. e. Kronenberg, *Terapia Ocupacional Sin Fronteras*.
- Guajardo Córdoba, A., Recabarren Hernández, E., Asún Salazar, D., Zamora Astudillo, C., & Cottet Soto, P. (2015). Evaluación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria (RBC) desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación. *Rev. Fac. Med.*, 63(1), 41-50.

- Gutiérrez Monclus, P. (2011). Por una Terapia Ocupacional Social/Comunitaria. En P. Gutiérrez Monclus, *Tesis Doctoral. Terapia Ocupacional: una disciplina para la autonomía. Prácticas y discursos de gubernamentalidad y subjetivación en torno a una ciencia emergente* (págs. 326-334).
- INDEC. (2014). *Censo de población, hogares y viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Serie C. Población con dificultad o limitación permanente*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC.
- Kronenberg, F., Simó Algado, S., & Pollard, N. (2006). *Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lopes, R. E. (2006). Terapia Ocupacional Social e a Infancia e a juventude pobres: experiencias do núcleo UFSCar do projeto Metuia (Terapia Ocupacional Social e infancia y juventud pobres: experiencias del núcleo UFSCar del proyecto Metuia). *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR*, 14(1), 5-14.
- Martínez Ríos, B. (2013). Pobreza, Discapacidad y Derechos Humanos. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 9-32.
- Montenegro, A., Rueda C, L., & Ornstein, C. (2015). Reflexiones en torno a la adherencia a tratamiento de las personas en situación de enfermedad. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(2), 1-8.
- Morrison J., R. (2015). Recensión: Terapia Ocupacional y Exclusión. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 193-196.
- Nabergoi, M., & Botinelli, M. M. (2006). Discapacidad, pobreza y sus abordajes. Revisión de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad. *Anuario de Investigaciones*, 14, 159-165.
- Nieto Ramírez, S. (2012). Reflexiones sobre la problemática de accesibilidad de las personas con discapacidad a los servicios de salud. En L. Pantano, *Discapacidad e investigación: aportes desde la práctica* (págs. 233-250). Buenos Aires: Educa.
- OIT, UNESCO Y OMS. (2004). *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de Posición Conjunta*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- OIT, UNESCO Y OMS. (2004). RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad., (pág. 5). Ginebra.
- OMS. (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra, URSS: OMS.

- OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. (Traducción). Washington, D.C.
- OMS. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- ONU. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York.
- PNUD. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros* (Primera ed.). Buenos Aires.
- Quiroz M., C. A. (2014). Instrumento para evaluar adherencia de personas adultas a procesos de neurorehabilitación funcional basado en las dimensiones propuestas de la Organización Mundial de la Salud. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 52-61.
- Rubio, M. J., & Varas, J. (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Editorial CCS.
- Samaja, J. (2010). *Epistemología y Metodología*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sánchez, O. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-48.
- Sheetal, K., & Mokgobadibe, V. N. (2015). The Effect of a Written and Pictorial Home Exercise Prescription on Adherence for People with Stroke. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 26, 33-41.
- Siga Chile. (27 de Febrero de 2014). *Siga Chile. Ciudadanos por la accesibilidad*. Recuperado el 21 de Marzo de 2016, de <http://www.sigachile.cl/2014/02/cetram-mucho-mas-que-rehabilitacion/>
- Stolkiner, A., & al, e. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14.
- Tapias U., L. M. (2014). Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema. *Revista CES Movimiento y Salud*, 2(1), 23-30.
- WFOT. (2004). *Documento de posicionamiento sobre Rehabilitación Basada en la Comunidad de la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales*.



4- Nivel educativo de la familia

Primario incompleto..... Primario completo..... Secundario incompleto.....  
Secundario completo..... Terciario incompleto..... Terciario completo.....  
Universitario incompleto..... Universitario completo..... Ningún nivel de  
educación formal..... Información no disponible..... No aplicable.....

5-Situación laboral:

Ocupado..... Desocupado..... Inactivo..... Información no disponible.....

6- Situación laboral de la familia:

Ocupado..... Desocupado..... Inactivo..... Información no disponible.....

7- Tipo de cobertura de salud: Pública..... Obra Social..... Privada.....

8- Tiempo de tratamiento de Terapia Ocupacional: \_\_\_\_\_

9- Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_

Sección 2: Asistencia

5-¿Cuál es el total de sesiones/la frecuencia de las sesiones asignadas por mes al paciente? \_\_\_\_\_

6-¿A cuántas de esas sesiones concurre en los últimos dos meses?  
\_\_\_\_\_

Sección 3: Cumplimiento de indicaciones

7-Si fueron indicadas modificaciones en la rutina en el hogar o trabajo: ¿fueron realizadas por la persona en los últimos dos meses? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ No aplicable\_\_\_\_\_

8-Si se le indicaron actividades en el hogar: ¿fueron realizadas por la persona en los últimos dos meses? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ No aplicable\_\_\_\_\_

9-Si se le indicó que evite ciertos comportamientos o actividades perjudiciales: ¿fue realizado por la persona en los últimos dos meses? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ No aplicable\_\_\_\_\_

Sección 4: Uso del equipamiento

10-Según su opinión y lo referido por su paciente ¿La persona utiliza el equipamiento en el tiempo y forma indicados?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ No aplicable\_\_\_\_\_

### Sección 5: Puntualidad

11-De la totalidad de sesiones a las que concurreó la persona ¿llegó tarde a la mitad o más en los últimos dos meses? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### Sección 6: Vínculo con el T.O.

12-¿Considera que el paciente tiene un nivel de confianza aceptable con usted? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

13-¿Qué tipo de religión o práctica espiritual realiza su paciente? \_\_\_\_\_

El T.O. conoce la práctica religiosa/espiritual del paciente: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No aplicable \_\_\_\_

14- ¿Cree que alguno de los hábitos, rutinas o comportamientos de su paciente están relacionadas con una práctica cultural en particular?

\_\_\_\_\_

El T.O. conoce la práctica cultural del paciente: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No aplicable \_\_\_\_

15-¿Considera que la comunicación entre usted y su paciente es efectiva? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

16- ¿El paciente colabora en el establecimiento de objetivos y/o estrategias a realizarse durante el tratamiento? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No aplicable \_\_\_\_

### Sección 7: Comprensión de indicaciones

17-¿La persona comprende y ejecuta las indicaciones verbales en sesión en los últimos dos meses? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No aplicable \_\_\_\_

18-¿La persona comprende las indicaciones escritas y/o gráficas en sesión en los últimos dos meses? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No aplicable \_\_\_\_

19-¿La persona pregunta cuando no comprende sus indicaciones en los últimos dos meses? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No aplicable \_\_\_\_

### Sección 8: Participación de la familia en el tratamiento

20-¿Algún familiar lleva al paciente a sesión o le proporciona el transporte necesario en los últimos dos meses? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No aplicable \_\_\_\_

21-¿Los familiares de su paciente concurren cuando usted los cita en los últimos dos meses? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ No aplicable \_\_\_\_



No se usan ocupaciones o actividades con propósito	
--	--

Confección y uso de equipamiento	
Uso de tecnología asistiva y modificaciones ambientales	
Uso de ayudas para la movilidad	
Acciones que simulan actividades y ocupaciones y requieren participación activa del cliente	
Uso de dos o más métodos y tareas preparatorias	
No se usan métodos y tareas preparatorias	

Impartir información sobre salud, bienestar y participación para aumentar el conocimiento de su paciente	
Indicar que el paciente realice acciones para favorecer la adquisición de habilidades de desempeño	
Uso de ambas	
No se utiliza educación o entrenamiento	

Acciones de promoción y obtención de recursos realizadas por usted para beneficiar a su paciente	
Promover acciones de búsqueda y obtención de recursos realizadas por su paciente	
Se realizan ambas	
No se realizan acciones de promoción	

Intervenciones grupales en las que se realizan tareas o actividades dentro del dispositivo de atención	
Intervenciones grupales realizadas en la comunidad	
No se trabaja en forma grupal	

¿Hacia quien/quienes están dirigidas sus intervenciones en el tratamiento de su paciente?

Hacia el paciente	
Hacia la familia	
Hacia el cuidador	
Hacia el docente	
Hacia el empleador	
Hacia amigos	
Hacia otras personas del su red social	

## 5.2 Anexo 2

### Consentimiento Informado

**Equipo de diseño del Trabajo Final:** Bressan, Vanesa; Nicodemo, Ana Laura  
**Carrera:** Licenciatura de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Martín.  
**Cátedra:** Metodología de la Investigación y Diseño de trabajo Final.

**Tema:** “Terapia Ocupacional en personas con discapacidad en situación de pobreza: tipos de intervención y adherencia terapéutica al tratamiento.”

Como alumnas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín se realiza por medio del presente estudio el Trabajo de Diseño Final

Por tal motivo se realizará una serie de entrevistas a los participantes con el objeto de recabar información que permitirá aportar los datos necesarios para nuestra muestra a fin de poder analizarlos y realizar las conclusiones pertinentes.

Yo, (completar la línea punteada con nombre completo)  
....., mediante la presente acepto de manera voluntaria formar parte del estudio a realizar por las alumnas de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional ya nombradas, y doy mi autorización para el uso de la información obtenida a partir de dichos cuestionarios, con total reserva de mi identidad.

He recibido toda la información necesaria sobre dicho estudio por parte de las alumnas y he leído la hoja informativa que se me ha entregado.

He tenido oportunidad de hablar con los responsables y efectuado todas las preguntas necesarias para aclarar mis dudas recibiendo información de manera satisfactoria.

Se entiende que podré abandonar el estudio cuando así lo desee sin prestar explicaciones, y no implica ningún tipo de afectación hacia mi trabajo como profesional brindado hasta el momento, ni en ocasiones futuras.

Fecha:

Firma del participante:

Firma del responsable del estudio

Aclaración:

Aclaración:

### 5.3 Anexo 3

#### **Información para el Terapeuta Ocupacional para la inclusión del paciente en la muestra**

Para la inclusión de su paciente en este trabajo necesitamos que cumpla con una serie de condiciones, que se relacionan con el tipo de población que vamos a estudiar.

Es requisito que el paciente en base al cual responda la entrevista cumpla con uno o más de los siguientes criterios (que corresponden a los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas del INDEC):

-Vivienda inconveniente: persona o familia que alquilan habitaciones de hotel o pensión, viviendas precarias o viviendas no destinadas a fines habitacionales. Se excluyen viviendas tipo casa, departamento o rancho.

-Carencias sanitarias: hogares que no poseen retrete.

-Condiciones de hacinamiento: más de tres personas por habitación del hogar.

-Inasistencia escolar: hogares en los que al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) no asiste a la escuela. Aclaración: si el niño con discapacidad es quien cumple este criterio, y se debe a dicha situación, no será considerado.

-Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe posea como nivel educativo alcanzado como máximo "Primario Completo".

## 5.4 Anexo 4

### Pilotaje 1

#### Entrevista “Tipos de intervenciones y adherencia terapéutica” a realizarse al terapeuta ocupacional

Profesional: *E.R.*

Tipo de dispositivo: *Hospital Monovalente*

Nivel de atención al que pertenece: *3*

Subsector al que pertenece: *Público*

#### “Adherencia terapéutica”

#### **Preguntas**

##### Sección 1: Datos del paciente

1-Edad: *6*

2-Sexo: *Femenino*

3-Nivel educativo alcanzado: *Ningún nivel formal*

5-Situación laboral: *Inactivo*

##### Sección 2: Asistencia

5-¿Cuál es el total de sesiones/la frecuencia de las sesiones asignadas al paciente? *2 veces por semana*

6-¿A cuántas de esas sesiones concurreó? *4*

##### Sección 3: Cumplimiento de indicaciones

7-Si fueron indicadas modificaciones en la rutina en el hogar o trabajo: ¿fueron realizadas por la persona? Si  No  No aplicable

8-Si se le indicaron ejercicios en el hogar: ¿fueron realizados por la persona? Si  No  No aplicable

9-Si se le indicó que evite ciertos comportamientos o actividades perjudiciales: ¿fue realizado por la persona? Si  No  No aplicable

##### Sección 4: Uso del equipamiento

10-Según su opinión y lo referido por su paciente ¿La persona utiliza el equipamiento en el tiempo y forma indicados?

Si  No  No aplicable

### Sección 5: Puntualidad

11-De la totalidad de sesiones a las que concurrió la persona ¿llegó tarde a la mitad o más? Sí \_\_\_ No X\_\_\_

### Sección 6: Vínculo con el T.O.

12-¿Considera que hay el paciente tiene un nivel de confianza aceptable con usted? Sí X\_\_\_ No \_\_\_

13-¿Tiene en cuenta las creencias y valores del paciente en el tratamiento? Sí X\_\_\_ No \_\_\_

14-¿Considera que la comunicación entre usted y su paciente es efectiva? Sí X\_\_\_ No \_\_\_

### Sección 7: Comprensión de indicaciones

15-¿La persona comprende y ejecuta las indicaciones verbales en sesión? Sí X\_\_\_ No \_\_\_ No aplicable \_\_\_

16-¿La persona comprende las indicaciones escritas y/o gráficas en sesión? Sí \_\_\_ No \_\_\_ No aplicable X\_\_\_

17-¿La persona pregunta cuando no comprende sus indicaciones? Sí \_\_\_ No X\_\_\_ No aplicable \_\_\_

### Sección 8: Participación de la familia en el tratamiento

18-¿Algún familiar acompaña al paciente a sesión o le proporciona el transporte necesario? Sí \_\_\_ No X\_\_\_ No aplicable \_\_\_

19-¿Los familiares de su paciente concurren cuando usted los cita? Sí \_\_\_ No \_\_\_ No aplicable X\_\_\_

20-¿Los familiares implementan las indicaciones que usted les brinda? Sí \_\_\_ No X\_\_\_ No aplicable \_\_\_

### **“Intervenciones de Terapia Ocupacional”**

A continuación se le pedirá que indique aquellas intervenciones de Terapia Ocupacional que utiliza con su paciente.

#### Ocupaciones y actividades con propósito

Ocupaciones de la vida diaria del cliente relacionadas con sus metas terapéuticas	
Actividades con propósito: aquellas relacionadas con las ocupaciones	

y que buscan desarrollar habilidades y patrones de desempeño	
Uso de ambas	X
No se usan ocupaciones o actividades con propósito	

#### Métodos preparatorios y tareas preparatorias

Confección y uso de ortesis	
Uso de tecnología asistiva y modificaciones ambientales	
Uso de ayudas para la movilidad	
Acciones que simulan actividades y ocupaciones y requieren participación activa del cliente	X
Uso de dos o más métodos y tareas preparatorias	
No se usan métodos y tareas preparatorias	

#### Educación y entrenamiento

Impartir información sobre salud, bienestar y participación para aumentar el conocimiento de su paciente	
Indicar que el paciente realice acciones para favorecer la adquisición de habilidades de desempeño	
Uso de ambas	
No se utiliza educación o entrenamiento	X

#### Promoción

Acciones de promoción y obtención de recursos realizadas por usted para beneficiar a su paciente	
Promover acciones de búsqueda y obtención de recursos realizadas por su paciente	
Se realizan ambas	
No se realizan acciones de promoción	X

#### Intervenciones grupales

Intervenciones grupales en las que se realizan tareas o actividades dentro del dispositivo de atención	X
Intervenciones grupales realizadas en la comunidad	
No se trabaja en forma grupal	

#### ¿Hacia quien/quienes están dirigidas sus intervenciones en el tratamiento de su paciente?

Hacia el paciente	X
Hacia la familia	
Hacia el cuidador	X

Hacia el docente	
Hacia el empleador	
Hacia amigos	
Hacia otras personas del su red social	

## Pilotaje 2

### Entrevista “Tipos de intervenciones y adherencia terapéutica” a realizarse al terapeuta ocupacional

Profesional: V. Y.

Tipo de dispositivo: *Consultorios Externos*

Nivel de atención al que pertenece: 3

Subsector al que pertenece: *Obra Social*

#### “Adherencia terapéutica”

#### **Preguntas**

##### Sección 1: Datos del paciente

1-Edad: 7

2-Sexo: *Masculino*

3-Nivel educativo alcanzado: *Primario incompleto*

4-Situación laboral: *Inactivo*

##### Sección 2: Asistencia

5-¿Cuál es el total de sesiones/la frecuencia de las sesiones asignadas al paciente? 8

6-¿A cuántas de esas sesiones concurreó? 8

##### Sección 3: Cumplimiento de indicaciones

7-Si fueron indicadas modificaciones en la rutina en el hogar o trabajo: ¿fueron realizadas por la persona? Si \_\_\_ No \_\_\_ No aplicable \_\_X\_\_

8-Si se le indicaron ejercicios en el hogar: ¿fueron realizados por la persona? Si \_\_\_ No \_\_\_ No aplicable \_\_X\_\_

9-Si se le indicó que evite ciertos comportamientos o actividades perjudiciales:  
¿fue realizado por la persona? Si  No  No aplicable

#### Sección 4: Uso del equipamiento

10-Según su opinión y lo referido por su paciente ¿La persona utiliza el equipamiento en el tiempo y forma indicados?

Si  No  No aplicable

#### Sección 5: Puntualidad

11-De la totalidad de sesiones a las que concurrió la persona ¿llegó tarde a la mitad o más? Sí  No

#### Sección 6: Vínculo con el T.O.

12-¿Considera que hay el paciente tiene un nivel de confianza aceptable con usted? Sí  No

13-¿Tiene en cuenta las creencias y valores del paciente en el tratamiento? Sí  No

14-¿Considera que la comunicación entre usted y su paciente es efectiva? Sí  No

#### Sección 7: Comprensión de indicaciones

15-¿La persona comprende y ejecuta las indicaciones verbales en sesión? Sí  No  No aplicable

16-¿La persona comprende las indicaciones escritas y/o gráficas en sesión? Sí  No  No aplicable

17-¿La persona pregunta cuando no comprende sus indicaciones? Sí  No  No aplicable

#### Sección 8: Participación de la familia en el tratamiento

18-¿Algún familiar acompaña al paciente a sesión o le proporciona el transporte necesario? Sí  No  No aplicable

19-¿Los familiares de su paciente concurren cuando usted los cita? Sí  No  No aplicable

20-¿Los familiares implementan las indicaciones que usted les brinda? Sí  No  No aplicable

### “Intervenciones de Terapia Ocupacional”

A continuación se le pedirá que indique aquellas intervenciones de Terapia Ocupacional que utiliza con su paciente.

#### Ocupaciones y actividades con propósito

Ocupaciones de la vida diaria del cliente relacionadas con sus metas terapéuticas	
Actividades con propósito: aquellas relacionadas con las ocupaciones y que buscan desarrollar habilidades y patrones de desempeño	X
Uso de ambas	
No se usan ocupaciones o actividades con propósito	

#### Métodos preparatorios y tareas preparatorias

Confección y uso de ortesis	
Uso de tecnología asistiva y modificaciones ambientales	
Uso de ayudas para la movilidad	
Acciones que simulan actividades y ocupaciones y requieren participación activa del cliente	X
Uso de dos o más métodos y tareas preparatorias	
No se usan métodos y tareas preparatorias	

#### Educación y entrenamiento

Impartir información sobre salud, bienestar y participación para aumentar el conocimiento de su paciente	
Indicar que el paciente realice acciones para favorecer la adquisición de habilidades de desempeño	X
Uso de ambas	
No se utiliza educación o entrenamiento	

#### Promoción

Acciones de promoción y obtención de recursos realizadas por usted para beneficiar a su paciente	X
Promover acciones de búsqueda y obtención de recursos realizadas por su paciente	
Se realizan ambas	
No se realizan acciones de promoción	

#### Intervenciones grupales

Intervenciones grupales en las que se realizan tareas o actividades dentro del dispositivo de atención	
--	--

Intervenciones grupales realizadas en la comunidad	
No se trabaja en forma grupal	X

¿Hacia quien/quienes están dirigidas sus intervenciones en el tratamiento de su paciente?

Hacia el paciente	X
Hacia la familia	X
Hacia el cuidador	
Hacia el docente	X
Hacia el empleador	
Hacia amigos	
Hacia otras personas del su red social	

## 5.5 Anexo 5

### 5.5.1 Tablas de frecuencia - variables necesarias

Tabla de frecuencia de Adherencia Terapéutica en personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Adherencia Terapéutica	FA	F%	FR	Fac
Alta	7	64%	0,64	7
Media	2	18%	0,18	9
Baja	2	18%	0,18	11
Total	11	100%	1	

Tabla de frecuencia de uso de Ocupaciones y actividades con propósito en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Ocupaciones y actividades con propósito	FA	F%	FR	Fac
Sí	11	100	1	11
No	0	0	0	11
Total	11	100	1	

Tabla de frecuencia de uso de Métodos preparatorios en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Métodos preparatorios	FA	F%	FR	Fac
Sí	6	54,55	0,55	6
No	5	45,45	0,45	11
Total	11	100	1	

Tabla de frecuencia de uso de Educación y entrenamiento en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Educación y Entrenamiento	FA	F%	FR	Fac
Sí	8	72,73	0,73	8
No	3	27,27	0,27	11
Total	11	100	1	

Tabla de frecuencia de uso de Promoción en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Promoción	FA	F%	FR	Fac
Sí	2	18,18	0,18	2
No	9	81,82	0,82	11
Total	11	100	1	

Tabla de frecuencia de uso de Intervenciones grupales en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Intervenciones Grupales	FA	F%	FR	Fac
Sí	1	9,09	0,09	1
No	10	90,91	0,91	11
Total	11	100	1,00	

Tabla de frecuencia de Sujetos de la intervención en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Sujetos de Intervención	FA	F%	FR	Fac
Paciente	4	36,36	0,36	4
Ambos	7	63,64	0,64	11
Total	11	100,00	1,00	

### 5.5.2 Tablas de frecuencia- variables suficientes

Tabla de frecuencia de Nivel educativo alcanzado en personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Nivel Educativo Alcanzado	FA	F%	FR	Fac
Primario Incompleto	3	27%	0,27	3
Primario completo	0	0%	0,00	3
Secundario Incompleto	0	0%	0,00	3
Secundario completo	3	27%	0,27	6
Terciario Incompleto	0	0%	0,00	6
Terciario Completo	0	0%	0,00	6
Universitario Incompleto	0	0%	0,00	6
Universitario completo	1	9%	0,09	7
Ningún nivel de educ. formal	0	0%	0,00	7
Información no disponible	0	0%	0,00	7
No aplicable	4	36%	0,36	11
Total	11	100%	1,00	

Tabla de frecuencia de Nivel educativo alcanzado por la familia de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Nivel Educativo	FA	F%	FR	Fac
Primario Incompleto	3	27%	0,27	3
Primario completo	4	36%	0,36	7
Secundario Incompleto	1	9%	0,09	8
Secundario completo	0	0%	0,00	8
Terciario Incompleto	0	0%	0,00	8
Terciario Completo	0	0%	0,00	8
Universitario Incompleto	0	0%	0,00	8
Universitario completo	0	0%	0,00	8
Ningún nivel de educ. formal	0	0%	0,00	8
Información no disponible	2	18%	0,18	10
No aplicable	1	9%	0,09	11
Total	11	100%	1,00	

Tabla de frecuencia de Situación laboral de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Situación laboral	FA	F%	FR	Fac
Ocupado	0	0%	0	0
Desocupado	2	18%	0,18	2
Inactivo	9	82%	0,82	11
Información no disponible	0	0%	0	11
Total	11	100%	1	

Tabla de frecuencia de Situación laboral de la familia de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Situación laboral	FA	F%	FR	Fac
Ocupado	4	36%	0,36	4
Desocupado	1	9%	0,09	5
Inactivo	4	36%	0,36	9
Información no disponible	2	18%	0,18	11
Total	11	100%	1,00	

Tabla de frecuencia de Cobertura de salud de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Cobertura de salud	FA	F%	FR	Fac
Pública	3	27%	0,27	3
Obra social	8	73%	0,73	11
Privada	0	0%	0,00	11
Total	11	100%	1,00	

Tabla de frecuencia de Conocimiento del T.O. sobre situación socio-ambiental en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Conocimiento del T.O.	FA	F%	FR	Fac
Sí	10	91%	0,91	10
No	1	9%	0,09	11
Total	11	100%	1,00	

Tabla de frecuencia de tipo de discapacidad de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Tipo de Discapacidad	FA	F%	FR	Fac
Motora	3	27%	0,27	3
Mental	6	55%	0,55	9
Sensorial	0	0%	0,00	9
Visceral	0	0%	0,00	9
Dos o más tipos de discapacidad	2	18%	0,18	11
Total	11	100%	1,00	

Tabla de frecuencia de nivel de atención del efector en el que trabajan los terapeutas ocupacionales en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Nivel de atención	FA	F%	FR	Fac
Primer nivel	3	27%	0,27	3
Segundo nivel	0	0%	0,00	3
Tercer nivel	8	73%	0,73	11
Total	11	100%	1,00	

Tabla de frecuencia de subsector al que pertenece el efector en el que trabajan los terapeutas ocupacionales en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Subsector	FA	F%	FR	Fac
Público	3	27%	0,27	3
Obra Social	0	0%	0,00	3
Privado	8	73%	0,73	11
Total	11	100%	1,00	

Tabla de frecuencia de sujetos hacia los que se dirigen las intervenciones de los terapeutas ocupacionales en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

Sujeto	FA	F%	FR	Fac
Paciente	4	36%	0,36	4
Ambos	7	64%	0,64	11
Total	11	100%	1,00	

### 5.5.3 Tablas de contingencia

Tablas de contingencia en cifras y en porcentajes – Uso de Educación y entrenamiento y Adherencia Terapéutica en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

		Uso de Educación y Entrenamiento		Total
		Sí	No	
Adherencia Terapéutica	Alta/media	8	1	9
	Baja	0	2	2
Total		8	3	11

		Uso de Educación y Entrenamiento		Total
		Sí usa Educación y Entrenamiento	No usa Educación y Entrenamiento	
Adherencia Terapéutica	A. T. Alta/media	100%	33%	82%
	A.T. Baja	0%	67%	18%
Total		100%	100%	100%

Tablas de contingencia en cifras y en porcentajes – Sujetos de la intervención y Adherencia Terapéutica en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

		Sujetos de la intervención		Total
		Paciente	Ambos	
Adherencia Terapéutica	A. T. Alta/media	2	7	9
	A.T. Baja	2	0	2
Total		4	7	11

		Sujetos de la intervención		Total
		Paciente	Ambos	
Adherencia Terapéutica	A. T. Alta/media	50%	100%	81,81%
	A.T. Baja	50%	0%	18,18%
Total		100%	100%	100%

**5.5.4 Tablas de contingencia usadas para el test de Chi cuadrado**

Tabla de contingencia de frecuencias observadas – Uso de Educación y entrenamiento y Adherencia Terapéutica en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

		Uso de Educación y Entrenamiento		Total
		Sí	No	
Adherencia Terapéutica	Alta/media	8	1	9
	Baja	0	2	2
Total		8	3	11

Tabla de contingencia de frecuencias esperadas – Uso de Educación y entrenamiento y Adherencia Terapéutica en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en CABA en 2017. N=11

		Uso de Educación y Entrenamiento		Total
		Sí	No	
Adherencia Terapéutica	Alta/media	6,55	2,45	9
	Baja	1,455	0,55	2
Total		8	3	11

5.6 Anexo 6

**Base de datos- UA 1 (Primera parte de matriz central)**

UA	Adherencia	Edad	Género	Nivel educa	Nivel Educa	Situación la	Situación la	Cobertura	Tiempo de	Tipo de dis	Conocimier
1	Alta	24	M	Secundario C	Primario Cor	Desocupado	Inactivo	Obra Social	4	Dos o más ti	Sí
2	Alta	22	F	Secundario C	Información	Desocupado	Inactivo	Obra Social	4	Motora	Sí
3	Alta	76	F	Secundario C	No Aplicable	Inactivo	Información	Obra Social	3	Motora	Sí
4	Media	74	F	Universitario	Información	Inactivo	Información	Obra Social	3	Motora	No
5	Alta	5	F	No aplicable	Primario Inc	Inactivo	Ocupado	Pública	1	Mental	Sí
6	Alta	8	M	Primario Inc	Secundario I	Inactivo	Ocupado	Obra social	4	Mental	Sí
7	Baja	6	F	Primario Inc	Primario Inc	Inactivo	Desocupado	Pública	1	Mental	Sí
8	Baja	23	M	No aplicable	Primario Cor	Inactivo	Ocupado	Obra Social	5	Mental	Sí
9	Alta	5	M	No aplicable	Primario Cor	Inactivo	Ocupado	Obra Social	1	Mental	Sí
10	Media	24	M	No aplicable	Primario Cor	Inactivo	Inactivo	Obra Social	2	Dos o más ti	Sí
11	Alta	6	M	Primario Inc	Primario Inc	Inactivo	Inactivo	Pública	1	Mental	Sí

**Base de datos- UA 2 (parte contigua de matriz central)**

<b>UA</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Métodos y</b>	<b>Educación y</b>	<b>Promoción</b>	<b>Intervención</b>	<b>Sujetos de</b>	<b>Nivel de atención</b>	<b>Subsector del efector</b>
<b>1</b>	1	1	1	2	2	Ambos	Tercer nivel	Privado
<b>2</b>	1	1	1	2	2	Paciente	Tercer nivel	Privado
<b>3</b>	1	1	1	1	2	Ambos	Tercer nivel	Privado
<b>4</b>	1	1	1	1	2	Ambos	Tercer nivel	Privado
<b>5</b>	1	2	1	2	2	Ambos	Primario	Público
<b>6</b>	1	2	1	2	1	Ambos	Primario	Público
<b>7</b>	1	2	2	2	2	Paciente	Primario	Público
<b>8</b>	1	1	2	2	2	Paciente	Tercer nivel	Privado
<b>9</b>	1	2	1	2	2	Ambos	Tercer nivel	Privado
<b>10</b>	1	1	2	2	2	Paciente	Tercer nivel	Privado
<b>11</b>	1	2	1	2	2	Ambos	Tercer nivel	Público

### Base de datos – Matriz periférica 1 (subunitaria)

UA (1)	Cumplim	Uso del e	Puntualid	Vínculo co	Comprens	Participac	Asistencia	Adherencia	Terapéutica
1	2	1	1	1	1	1	1	1	Alta
2	2	1	1	1	1	1	1	1	Alta
3	3	3	1	1	3	3	3	1	Alta
4	2	1	1	2	1	1	1	1	Media
5	1	3	1	1	3	1	1	1	Alta
6	1	3	1	1	3	1	1	1	Alta
7	3	3	2	2	3	1	1	2	Baja
8	3	2	1	2	2	2	2	2	Baja
9	3	3	1	1	3	1	1	1	Alta
10	3	1	1	2	2	3	3	1	Media
11	1	3	2	1	1	1	1	1	Alta

Codificación  
 Aceptable: 1  
 No aceptable: 2  
 No aplicable: 3

### Base de datos – Matriz periférica 2 (subunitaria)

#### Subgrupo niños de la muestra

UA	Nivel educativo alcanzado
5	No aplicable
6	Apropiado
7	Apropiado
9	No aplicable
11	Apropiado