

ISSN: 2518-4857



Revista Utesiana de la Facultad
CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajos de investigación

Volumen IV, número IV

WWW.UTESA.EDU

REVISTA UTESIANA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

COMITÉ EDITORIAL

Director: Francisco Orgaz Agüera

Vicerrector de Producción e Investigación Científica
Universidad Tecnológica de Santiago (República Dominicana)
E-mail: franorgaz@utesa.edu

CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR Y REVISOR

Danilo Ricourt Coronado, Universidad Tecnológica de Santiago

Zunilda Núñez, CIMBIOCLI (República Dominicana)

Mario Castellanos Verdugo, Universidad de Sevilla (España)

Laura Blomer, Universidad Tecnológica de Santiago

Ouel Sosa, Universidad Tecnológica de Santiago

Tomás López-Guzmán, Universidad de Córdoba (España)

Salvador Moral Cuadra, Universidad Tecnológica de Santiago

Juan Antonio Jimber del Río, Universidad de Córdoba

Pablo Cañero Morales, Investigador-Doctor

José Castillo Jáquez, Universidad Tecnológica de Santiago

Brinia Cabrera, Universidad Tecnológica de Santiago

Roberto Gómez, Ministerio de Medio Ambiente (Rep. Dom.)

Deyanira Andújar, Universidad Tecnológica de Santiago

Dulce M. Alcántara, Universidad Tecnológica de Santiago

Víctor Guillermo Rodríguez, Universidad Tecnológica de Santiago

José. F. Domínguez, Universidad del Caribe (México)

Radhamés Abinader, Universidad Tecnológica de Santiago

Enrique A. Valdez, Universidad Tecnológica de Santiago

REVISTA UTESIANA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ISSN: 2518-4857

Revista de distribución web (Edición Digital)

Edita:

Vicerrectoría de Producción e Investigación Científica
Universidad Tecnológica de Santiago (República Dominicana)
809 582 7156, Ext. 365
investigaciones@utesa.edu
www.utesa.edu

Periodicidad:

Anual (febrero)

Bases de datos:

La Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud se encuentra indexada en el Directorio de Latindex y en Google Académico. Actualmente está en evaluación en otras bases de datos.

GUÍA PARA AUTORES

El contenido de la Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud versará sobre temas de investigación originales vinculados a las siguientes carreras: Bioanálisis, Enfermería, Fármaco-Bioquímica, Medicina, Odontología y Veterinaria y Zootecnia. La estructura del artículo debe constar, como mínimo, de las siguientes partes: título; nombre, afiliación y correo electrónico de los autores; resumen y palabras clave en español e inglés; introducción; materiales y métodos; resultados y discusión; conclusiones; y bibliografía.

Las comunicaciones enviadas deberán cumplir con las siguientes normas y estructura:

- Extensión del artículo: 5.000 – 7.000 palabras.
- Resumen: no superar las 500 palabras.
- Palabras clave: 5 – 8 palabras.
- No hay máximo de autores.
- Márgenes: 2.5 cm en todos los lados.
- Interlineado: Simple.
- Fuente: Arial, 10 puntos (el título en tamaño 12).
- Títulos de la estructura del texto: Mayúscula y negrita.
- Las tablas, gráficos y figuras deberán ir insertadas en el texto, junto a un título en la parte superior y una fuente en la parte inferior.
- Citas: Modelo APA 2017 (sexta edición) o posteriores.

El incumplimiento de estas normas puede provocar el rechazo del artículo.

Se requiere el compromiso de los autores tanto en la originalidad del artículo como de no enviar el texto, simultáneamente, a otras revistas para su publicación. Los autores serán los únicos responsables de las afirmaciones y declaraciones incluidas en su texto.

Los artículos serán enviados por correo electrónico: **investigaciones@utesa.edu** en formato Word. Los artículos recibidos se someterán a un proceso de revisión por pares anónimos. Los resultados de la evaluación serán remitidos al autor mediante correo electrónico.

ÍNDICE

- Depresión y ansiedad en pacientes con fibromialgia 10**
Gottschalk Gómez, P., Cabrera Batista, B., Ortega Liberato, F.L., Reyes Obispo, A.M., & Vásquez Ovalles, A.G.
- Procrastinación académica en estudiantes universitarios de la Facultad Ciencias de la Salud 18**
López, M., González Sosa, H.B., Santana Pérez, A., & Guzmán Tejada, D.A.
- Epidemiología de las lesiones traumáticas en accidentes de tránsito terrestre: Santo Domingo Oeste y Distrito Nacional 26**
Reyes, C., Yonandy Villar, K., Violet Brioso, L., Nova, Y.C., Alcántara, L., Martínez, A., Mery Sánchez, L., & Pérez Y.
- Insomnio, dolor y depresión en pacientes con osteoartritis 36**
Gottschalk Gómez, P., Cabrera Batista, B., Núñez, L.A., Debord, K.S., & Paredes, R.Y.
- Las experiencias de pacientes con amputaciones vasculares con los servicios de fisioterapia en Puerto Rico: un estudio cualitativo 42**
Figueroa Guilliani, G., Bellido Soler, V., Adams Vélez, K., & Vélez Jiménez, L.M.

Citar este artículo como: Gottschalk Gómez, P., Cabrera Batista, B., Ortega Liberato, F.L., Reyes Obispo, Á.M., & Vásquez Ovalles, A.G. (2019). Depresión y ansiedad en pacientes con fibromialgia. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 4(4), 10-16.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Paola Gottschalk Gómez¹
Hospital Docente SEMMA

Brinia Cabrera Batista²
Universidad Tecnológica de Santiago

Flabio L. Ortega Liberato³
Universidad Tecnológica de Santiago

Ángela M. Reyes Obispo³
Universidad Tecnológica de Santiago

Arleny G. Vásquez Ovalles³
Universidad Tecnológica de Santiago

RESUMEN: La Fibromialgia se encuentra entre los principales motivos de consulta médica, caracterizándose por dolor muscular crónico difuso, fatiga y discapacidad, afectando severamente la calidad de vida. El objetivo de esta investigación es determinar los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con fibromialgia, en la consulta de reumatología del Hospital Docente SEMMA, Santiago de los Caballeros. Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Se incluyeron los pacientes diagnosticados con fibromialgia, 47 en total, previo consentimiento informado; se les aplicó un cuestionario conteniendo información sociodemográfica y la prueba de Beck para ansiedad y depresión. La población con fibromialgia fue en un 100% mujeres, con edades de 40 a 59 años (57%) y mayores de 59 en un 34%, las cuales presentaron algún grado de depresión y ansiedad. Para el 21,3%, la depresión fue leve. La ansiedad de tipo moderado se presentó en el 31.91%. Se encontró relación entre fibromialgia, ansiedad y depresión. Se debe adoptar un manejo integral de estas pacientes con profesionales de la conducta, así como incentivar la adopción de un estilo de vida favorable, ya que las que realizaban alguna actividad física, padecieron menos rigidez.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, fibromialgia.

¹ Especialista en Reumatología en el Hospital SEMMA. Autora para correspondencia: pgottschalk31@gmail.com

² Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Santiago.

³ Estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Tecnológica de Santiago.

ABSTRACT: Fibromyalgia is among the main reasons for medical consultation, characterized by diffuse chronic muscle pain, fatigue and disability, severely affecting quality of life. The objective of this study was to determine the symptoms of anxiety and depression in patients with fibromyalgia, who assisted in the rheumatology clinic of the Hospital Docente SEMMA, Santiago de los Caballeros. A cross-sectional descriptive study was carried out. To the patients diagnosed with fibromyalgia, 47 in total, with prior informed consent, a questionnaire containing sociodemographic information was applied. Later they were applied the Beck test for anxiety and depression. The population with fibromyalgia was a 100% of women, between the ages of 40 and 59 years old (57%). A 34% of them were 60 years or older. These patients showed any degree of depression and anxiety. The 21.3% showed mild depression, the moderate type of anxiety was present in a 31.9%. A relationship was found between fibromyalgia, anxiety and depression. It needs to be adopted an integral management of these patients with professional of the conduct and also promote healthy lifestyles because the ones that practiced any physical activity presented less rigidity symptoms.

Key words: anxiety, depression, fibromyalgia.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) figura entre los principales motivos de consulta médica, caracterizándose por dolor muscular crónico difuso, fatiga y discapacidad, afectando severamente la calidad de vida (Lana *et al.*, 2017). La FM constituye un síndrome complejo, cuyas causas aún no son del todo conocidas, cuya evolución es variable y con frecuencia, presenta coexistencia con otro tipo de patologías. Se caracteriza por dolor crónico generalizado, que se localiza en el aparato locomotor y que, en ocasiones, puede llegar a ser invalidante (Bidari *et al.*, 2018).

Según el Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés), deben cumplirse dos criterios para el diagnóstico de esta enfermedad:

- 1. Historia de dolor generalizado de más de 3 meses de duración.
- 2. Presencia de dolor en 11 de 18 puntos sensibles a la palpación digital.

La fibromialgia se define como un complejo síndrome tipificado por un cuadro de dolor músculo-esquelético difuso, de carácter crónico, origen no articular, que se localiza en diversas áreas anatómicas y que se ve mediatizado por factores medioambientales, por la actividad física, el estrés o alteraciones del ciclo del sueño. El dolor se acompaña de sueño no reparador, sensación de cansancio y rigidez.

Los trastornos depresivos, a su vez, son un grupo de patologías caracterizadas por una alteración del estado de ánimo, siendo los más frecuentes: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo disfórico premenstrual, trastorno depresivo crónico o distimia, trastorno depresivo inducido por medicamentos o sustancias, trastorno depresivo secundario a otra afección médica y, en el caso de los niños y adolescentes, desregulación disruptiva del estado de ánimo (Grez *et al.*, 2017).

Todos estos trastornos, comparten síntomas como sensación de vacío, ánimo lábil, malestar general, pérdida de interés en la vida cotidiana junto con síntomas físicos como fatiga crónica, irritabilidad, trastornos intestinales, trastornos del sueño y alimenticios, pero se distinguen en la forma de presentación, tiempo y otras características (Marti *et al.*, 2017).

A través de los años, varios investigadores han logrado demostrar la relación entre el dolor crónico presente en la fibromialgia y la depresión. Se postulan hipótesis diferentes en las que describen a la fibromialgia como una manifestación de la depresión, la depresión como una consecuencia de la fibromialgia y la existencia de anomalías fisiopatológicas comunes a ambas patologías. Otra hipótesis sugerida determina que el trastorno psiquiátrico se debe al modelo de indefensión aprendida, secundaria al desconocimiento de la etiología del estado doloroso, por lo que el paciente se encuentra desconcertado ante el futuro de su enfermedad, lo que le provoca un estado de ansiedad (Revuelta *et al.*, 2010).

Mediante una encuesta representativa, Thomson y Young (2012) determinaron la prevalencia y los factores asociados con la depresión mayor entre 126,805 personas, de las cuales 1,635 tenían síndrome de fibromialgia y 125,170 no lo tenían. Ellos encontraron que las personas con síndrome de fibromialgia tenían, aproximadamente, tres veces mayor probabilidad de depresión en comparación con aquellos sin esta, aun controlando importantes características sociodemográficas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal con la finalidad de identificar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que tienen fibromialgia, en la Consulta de Reumatología del Hospital Docente SEMMA, Santiago de los Caballeros, durante el período septiembre-diciembre de 2018. De un total de 400 pacientes que asistieron a la Consulta de Reumatología, se encontraron 47 pacientes con diagnóstico de fibromialgia.

Se excluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad reumatológica primaria, cáncer concomitante o enfermedad psiquiátrica primaria. Para la recolección de la información se utilizó un formulario sociodemográfico y la

prueba de Beck para Ansiedad y Depresión. Los participantes firmaron un consentimiento informado, y se respetó el deseo de participación o no en la investigación. Para el procesamiento de los datos se utilizó Microsoft Excel 2017 y para la presentación de los resultados y el cruce de variables se elaboraron tablas utilizando la estadística descriptiva de frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

El total de los pacientes fueron de sexo femenino. El grupo de edad más frecuente estuvo comprendido por los mayores de 40 años (91.0%), siendo el de menor frecuencia el grupo de encuestados de 30-39 años, con el 8.5%. El 40.4% de las pacientes son casadas, el 74.5% son universitarias y un 68.1% se dedican al magisterio. En la tabla 1 se pueden observar los demás datos relacionados con la edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población con fibromialgia.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30-39 años	04	8.5
40-49 años	11	23.5
50-59 años	16	34.0
≥ 60 años	16	34.0
TOTAL	47	100.0
ESTADO CIVIL		
Soltero	09	19.2
Casado	19	40.2
Unión Libre	07	14.9
Divorciada	05	10.8
Viuda	07	14.9
TOTAL	47	100.0
ESCOLARIDAD		
Primaria	05	10.6
Secundaria	07	14.9
Universitaria	35	74.5
TOTAL	47	100.0
OCUPACIÓN		
Maestra	32	68.1
Personal Administrativo	15	31.9
TOTAL	47	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En relación con las manifestaciones clínicas, el 18.18% de las pacientes con fibromialgias presentaron cefaleas recurrentes, y el 15.38% señaló tener rigidez, acompañado de trastornos del sueño en un 14.68% (tabla 2).

Tabla 2. Fibromialgia según manifestaciones clínicas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fiebre	10	6.99
Malestar general	32	8.39
Fatiga	29	6.29
Rigidez	22	15.38
Cefalea	26	18.18
Trastornos del Sueño	21	14.68
Dificultad Urinaria	6	4.19
Pérdida de Memoria	17	11.88

Fuente: Elaboración propia.

El 76.6% de las pacientes refirió no realizar ningún tipo actividad física (tabla 3).

Tabla 3. Actividad física.

EJERCICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	11	23.4
No	36	76.6

Fuente: Elaboración propia.

Al medir el grado de ansiedad en estas pacientes con fibromialgia, se encontró que un 53.19% tienen un nivel muy bajo, seguido de un 31.91% que corresponde al nivel de ansiedad moderada y, en menor frecuencia, la ansiedad severa en un 14.90% (tabla 4).

Tabla 4. Fibromialgia según nivel de ansiedad.

NIVEL DE ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy baja	25	53.19
Moderada	15	31.91
Severa	7	14.90
Total	47	100

Fuente: Elaboración propia.

El 47% de las pacientes con fibromialgia presentó algún grado de depresión; un 21.27% padece de depresión leve, un 17.02% de depresión moderada y un 8.51% depresión severa (tabla 5).

Tabla 5. Fibromialgia según nivel de depresión.

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	25	53.19
Leve	10	21.27
Moderada	8	17.02
Severa	4	8.52
TOTAL	47	100

Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

La fibromialgia es una patología que afecta con mayor frecuencia al sexo femenino y está acompañada de un alto número de comorbilidades, que conllevan a padecer ansiedad y depresión. En los pacientes con fibromialgia evaluados en la presente investigación se encontró algún grado de ansiedad en un 46.8%, de los cuales el 38.29% la presentaron en grado leve-moderado; datos similares a los reportados en el servicio de Reumatología del Hospital Departamental María Auxiliadora, donde un 32.7% de los pacientes no tenía síntomas de depresión, en el 27.7% de los pacientes los síntomas fueron leves, en el 30.9% moderados y en el 9% severos (Moreno *et al.*, 2011).

El grupo de edad más frecuente fue similar a lo reportado por otras investigaciones, siendo mayores de 50 años el 68.0% de los pacientes; en cuanto al grado de escolaridad, Martí *et al.* (2017) encontraron predominio de personas con estudios primarios completos, mientras que la población de este estudio fue, predominantemente, universitaria, y esto podría explicarse porque en el Centro de Salud donde se llevó a cabo esta investigación, asiste a la clase magisterial casi en su totalidad, lo cual es un factor de sesgo en este sentido.

Es importante resaltar que solo un 6% de los pacientes evaluados en la presente investigación reportaron la presencia de fatiga, siendo esto uno de los motivos principales de consulta y ausentismo laboral en estos pacientes; la misma fue reportada en un 42.5% por Martí *et al.* (2017). Por último, se comprobó que los pacientes que realizan actividades físicas padecieron menos rigidez que aquellos que no realizaron actividad física.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección del Hospital SEMMA y al Departamento de Docencia, así como a las pacientes que colaboraron con la investigación.

REFERENCIAS

Bidari, A., Banafsheh, G., & Chalahbagh, B. (2018). Challenges in fibromyalgia diagnosis: from meaning of symptoms to fibromyalgia labelling. *The Korean Journal of Pain*, 31(3), 147-154.

Grez, M., Valdes, C., & Krause, M. (2017). Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago de Chile. *Revista Chilena Neuropsiquiátrica*, 55(1), 1-7.

Lana, A., Cordero, F., & Pineda, P. (2017). Determinación de niveles de Vitamina D en pacientes con Fibromialgia. *Revista Chil Endocrino Diabetes*, 10(1), 10-13.

Marti, T., Llordes, M., Custal, M. L., & Martinez, S. (2017). Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa. *Reumatología Clínica*, 13(5), 252-257.

Moreno, V., Namuche, F., Rueda, C., & Vidal, L. (2011). Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(1), 23-27.

Revuelta, J., Segura, E., & Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la sociedad española del dolor*, 17(7), 326-332.

Thomson, E., & Young, J. (2012). Individual with fibromyalgia and depression: finding from a nationally representative Canadian Survey. *Rheumatology International*, 32(4), 853-862.

Recibido: 4/02/2019

Reenviado: 6/02/2019

Aceptado: 19/02/2019

Sometido a evaluación de pares anónimos

Citar este artículo como: López, M., González Sosa, H.B., Santa Pérez, A., & Guzmán Tejada, D.A. (2019). Procrastinación académica en estudiantes universitarios de la Facultad Ciencias de la Salud. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 4(4), 18-25.

PROCRASTINACIÓN ACADÉMICA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Mirna López⁴

Universidad Tecnológica de Santiago

Héctor B. González Sosa⁵

Universidad Tecnológica de Santiago

Ariani Santa Pérez⁶

Universidad Tecnológica de Santiago

Delky Altagracia Guzmán Tejada⁶

Universidad Tecnológica de Santiago

RESUMEN: Posponer las tareas y objetivos para más tarde es una práctica común hoy en día. Las frases que estimulan a la posposición de las tareas son usadas de manera frecuente entre los estudiantes de hoy, debido a que muchas actividades pueden sustituir el estudio. El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de procrastinación académica en los estudiantes de Medicina del Bloque de Ciencias Clínicas de la Universidad Tecnológica de Santiago, en el período septiembre-diciembre del año 2018. Se realizó, un estudio descriptivo, de corte transversal a partir de fuentes primarias, el cual contó con una muestra probabilística de 298 estudiantes, calculado a partir del total de estudiantes activos en el período de este estudio. Los resultados indicaron que el 19% procrastina casi siempre, mientras que un 53% aseguró que procrastina algunas veces. La procrastinación fue más frecuente en el género femenino, con un 37% del total de la muestra. La actividad más frecuente por la que se sustituye hacer las tareas académicas es dormir en un 24.50%, uso de redes sociales con un 13.09% y el tiempo social representó un 5.77%.

Palabras clave: procrastinación académica, estudiante, postergar.

⁴ Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Tecnológica de Santiago. Autora para correspondencia: Mirna-lopez@live.com

⁵ Estudiante de la Carrera de Medicina en la Universidad Tecnológica de Santiago.

ABSTRACT: Postponing the tasks and objectives for later is a common practice nowadays, phrases that stimulate the postponement of tasks are used very frequently among students of nowadays because there are many activities that can replace this action. The objective of this research is to determine the level of academic procrastination in the Medicine students of the Clinical Sciences Block of the Technological University of Santiago, in the period September-December of the year 2018. A descriptive, cross-sectional study from a primary source was made, which had a representative sample of 298 students of the Clinical Sciences Block of the took out of the total number of active students during the investigation period. The results indicated that 19% procrastinate almost always, 53% procrastinate sometimes. The incidence of procrastination was more frequent in females (37%). The most frequent activity by which academic tasks are substituted is to sleep in the 24.50%, social chat and networks 13.09% and social time represented a 5.77%.

Key words: academic procrastination, student, postpone.

INTRODUCCIÓN

Según la RAE (2018), procrastinar es una palabra que se deriva de su homóloga latina *procrastināre*, que se traduce como diferir o aplazar. Puede ser descrita como postergar hasta más tarde lo que nuestro mejor juicio nos dice que debe, preferiblemente, ser hecho ahora y, por lo tanto, incurrir en consecuencias no deseadas a través de conducta dilatoria. Sería erróneo descartar la dilación como mera pereza, debido a que este último estado no está dispuesto a ejercitarse, mientras que el otro estado suele implicar la realización de tareas, estar ocupado, para evitar realizar la tarea prioritaria que requiere acción ahora (Neenan, 2008). Esto diferencia claramente la procrastinación de la pereza, ya que en la pereza no se cambia la prioridad de la actividad, sino que no se realiza la actividad.

La procrastinación académica o, en otras palabras, la postergación de las actividades en la formación académica profesional, es una realidad de causas variables. García *et al.* (2012) dicen que dentro de las consecuencias de la procrastinación académica se encuentran la disminución de las calificaciones de los discentes, el absentismo frecuente a las clases, las tasas de deserción académica en incremento y el aumento en la incidencia de las reprobaciones.

Por otro lado, Ferrari *et al.* (1995) afirmaron que la procrastinación ha existido a lo largo de la historia, pero que los efectos negativos que esta puede traer consigo, se hicieron visibles a partir de la revolución industrial, por lo que antes de la revolución industrial, la procrastinación era vista solamente de forma

neutral y una forma de inacción. Esto coloca a la procrastinación como una enfermedad moderna, por el incremento que existe de esta en la actualidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y de fuente primaria, con el objetivo de determinar el nivel de procrastinación académica en los discentes de Medicina del Bloque de Ciencias Clínicas de la Universidad Tecnológica de Santiago, en el período septiembre-diciembre del año 2018.

El universo del estudio estuvo constituido por 1,173 estudiantes de la carrera de Medicina, inscritos y activos en el Bloque de Ciencias Clínicas de la carrera, en el ciclo 3-2018, del cual se calculó una muestra probabilística, obteniéndose 298 estudiantes. Se incluyeron todos los estudiantes inscritos en el Bloque que aceptaron participar en la investigación, previo a la firma de un consentimiento informado. Se respetó el deseo de participación y se protegió la información personal de cada participante.

Los datos fueron obtenidos mediante una encuesta aplicada por los investigadores, con un instrumento ya validado, a partir del cual se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010. Para el análisis de los datos se utilizó el software Epi Info, donde se hizo un análisis de estadísticas descriptivas de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Dentro de las variables geográficas y demográficas se determinaron las siguientes: el género más frecuente fue el femenino con un 68.12% del total de la población. El rango de edad más frecuente entre los estudiados fue de 20 a 24 años, representando un 68.46%; siendo los mayores de 30 años y los menores de 20 años sólo un 3%.

En relación a la nacionalidad, luego de los dominicanos, que representaron un 82.89%, los haitianos fueron los segundos en cantidad dentro del estudio, siendo éstos el 16.78%. El 79.19% de las personas evaluadas se encuentran desempleadas.

El 71.14% afirmó vivir con algún compañero, mientras que el 28.86% de la población no comparte vivienda. En el mismo ámbito, solamente el 46.31% de los encuestados viven con un familiar. En relación a la cantidad de materias que cursan, actualmente, en la carrera de Medicina de la Universidad Tecnológica de Santiago, la mayoría (35.25%) cursa de 11 a 14 materias, incluyendo prácticas; seguidos de un 33.89% que recibe de 11 a 14 asignaturas con sus prácticas.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico.

Variables demográficas y geográficas		
Variables	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Femenino	203	68.12
Masculino	95	31.88
Edad		
< 20 años	6	2.01
20-24 años	204	68.46
25-29 años	85	28.52
> años	3	1.01
Nacionalidad		
Dominicano	247	82.89
Haitiano	50	16.78
Venezolano	1	0.34
Actividad laboral		
Empleado	62	20.81
Desempleado	236	79.19
Vivienda		
Vive solo	86	28.86
Vive con algún compañero	212	71.14
Familia		
Vive con su familia	160	53.63
Vive lejos de su familia	138	46.31
Cantidad de materias		
1-10 asignaturas	87	29.19
11-14 asignaturas	105	35.25
15-20 asignaturas	101	33.89
Más de 20 asignaturas	5	1.67

Fuente: elaboración propia.

En relación al nivel de procrastinación, un 52.7% refiere procrastinar sólo algunas veces, mientras que el 18.8% asegura hacerlo casi siempre; en contraste, el 9.4% nunca lleva a cabo esta conducta. Según el género, el masculino, en un 15.8% de los casos, solamente procrastina algunas veces; por otro lado, el 8.1% casi siempre lo lleva a cabo. Dentro del género femenino, el 37% procrastina algunas veces, seguido de un 11% que lo hacen casi siempre y el mismo porcentaje (11%) casi nunca (tabla 2).

Al relacionar el nivel de procrastinación con el tiempo de estudio, la mayoría de estudiantes (41,3%) aseguraron que estudian de 2 a 3 días antes de los exámenes parciales; seguidos por el 33.9%, que lo hace una semana antes del parcial. Una minoría (3.4%) estudia la noche antes del examen parcial. Las edades donde éstas variables fueron predominantes fueron los rangos de 20-24 años (69.5%), seguido por las edades de 25-29 años (28.5%).

Según las actividades que sustituyen la realización de las indicaciones académicas están, en mayor frecuencia, dormir (27.85%), seguido por tiempo social (15.77%), chat y redes (13.09%), deportes (8.05%), limpieza y dormir (7.70%), limpieza (6.04%), ver televisión (5.03%), trabajo (3.62%) y un 12.85% realiza múltiples actividades combinadas.

Tabla 2. Niveles de procrastinación.

Niveles de procrastinación		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	56	18.8
Algunas veces	157	52.7
Siempre	12	4.0
Casi nunca	45	15.1
Nunca	28	9.4
Actividades de procrastinación		
Dormir	83	27.85
Tiempo social	47	15.77
Chat y redes	39	13.09
Deportes	24	8.05
Limpieza y dormir	23	7.70
Limpieza	18	6.04
Ver televisión	15	5.03
Trabajo	11	3.62
Hacer su tarea	1	0.34
Múltiples actividades (leer, cantar, tocar instrumento, salir a pasear.)	37	12.51

Fuente: elaboración propia.

Al determinar las razones por las cuales los estudiantes del Bloque estudiado postergaban las tareas para último día, se encontró que el 8.05% considera las asignaturas aburridas; a la misma cantidad (8.05%), le resultan muy difíciles las materias.

El 32.55% aseguró sentir pereza a la hora de estudiar; por otro lado, un 5.38% expresó no tener los recursos de estudio necesarios; la mayoría de los estudiantes, representados por un 35.57%, expresaron falta de tiempo para estudio.

Por último, se investigó la percepción de sí estudiar un día antes para el examen puede afectar el desempeño profesional en un futuro, y el 29.19% indicó que no, mientras que el 70.81% consideró que sí puede verse afectado (tabla 3).

Tabla 3. Motivos de procrastinación.

Motivos de procrastinación		
Variables	Frecuencia	Porcentaje
La materia es aburrida	24	8.05
Las asignaturas son difíciles	24	8.05
Siente pereza	97	32.55
No entienden el profesor	19	6.38
No entienden el material	6	2.01
No le gusta lo que hace	6	2.01
No tengo recursos	16	5.36
No tengo tiempo	106	35.57
Procrastinación y desempeño		
No	87	29.19
Si	211	70.81

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Muchos autores han investigado la procrastinación desde diferentes perspectivas. García *et al.*, (2012), en su estudio realizado en México, determinaron una prevalencia de procrastinación del 98% en estudiantes de medicina de 18-34 años. En esta investigación, se estableció que la mayor parte de su población lo hace algunas veces, representando un 52.7% del total. El 18.8% procrastina casi siempre, en contraste con un 15.1% que casi nunca lo hace. Por otro lado, Kroese *et al.* (2014) reportaron en su investigación que la edad más frecuente para la procrastinación era 37,9 años como edad media. En este caso, la población investigada presentó mayor nivel de procrastinación en las edades de 20-24 años (68.46%). Chan (2011), en una investigación realizada, indicó que según el género había mayor incidencia en el masculino (43.45%) que en el femenino (38.66%). En nuestro ámbito, el género con mayor incidencia fue el femenino (68.12%). En contraste y en el mismo ámbito, Chávez y Morales (2017) indicaron en su estudio que el 52.3% del género femenino, a veces, procrastina y un 25.6%, casi siempre, procrastinan, mientras que los hombres procrastinan a veces.

CONCLUSIONES

Se observó mayores niveles de procrastinación en el género femenino. El grupo etario con mayores niveles de procrastinación fue de 20-24 años. La mayoría de los estudiantes toma por ciclo más de 10 asignaturas de forma simultánea, lo que, en los casos de que cada una incluya laboratorio, podría representar hasta 20 materias. La mayoría de los estudiantes expresó no tener ninguna otra ocupación adicional al estudio.

Más de la mitad de los estudiantes indicó que algunas veces procrastina. El pasatiempo con el que mayor procrastinan, en casi un tercio de los estudiantes, es dormir. Mas de la mitad de la población estudiantil espera la última semana para prepararse para los exámenes parciales, independientemente de quién imparta el material. Un tercio de la población estudiantil indica que siente pereza para hacer sus actividades académicas; y esta misma cantidad indica que dejar todo para último minuto no afecta el desempeño profesional.

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- Adscribirse a las asignaturas correspondientes por cuatrimestre como lo indica el pensum de la carrera.
- Crear e implementar una agenda de estudio u horario, lo cual le permitirá separar los deberes académicos de los no académicos, incrementando así su desempeño académico.
- Crear grupos de estudio en las asignaturas para estudiar todas las semanas y no acumular el material para la semana de parciales.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Tecnológica de Santiago, UTESA, por permitirnos llevar a cabo esta investigación en la institución. A la doctora Brinia Cabrera, por su asesoramiento metodológico en la elaboración del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

Cha Bazalar, L.A. (2011). Procrastinación académica como predictor del rendimiento académico en jóvenes de educación superior. *Temática psicológica*, 7(1), 53-62.

Chávez López, J.K., & Morales Rodríguez, M. (2017). Procrastinación académica de estudiantes en el primer año de carrera. *Revista Electrónica Sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*, 4(8), 1-18.

Ferrari, J.R., Johnson, J.L., & McCown, W.G. (1995). *The Plenum series in social/clinical psychology. Procrastination and task avoidance: Theory, research, and treatment*. New York, NY: Plenum Press.

García Ayala, C.A., Agoita Pérez, J.A., Acata González, K., Rojas Arzate, F.A., Goldansky Blum, P.P., & Alvarado Castillo, A.C. (2012). Estudiantes de Medicina

con Procrastinación Académica: Estudio Descriptivo Desde la Teoría del Análisis Transaccional. *Research Gate*, 3-21.

Kroese, F. M., Evers, C., Adriaanse, M. A., & de Ridder, D. T. (2014). Bedtime procrastination: A self-regulation perspective on sleep insufficiency in the general population. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 853-862.

Neenan, M. (2008). Tackling procrastination: an rebt perspective for coaches. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(1), 53-62.

RAE (2018). Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Recuperado de: <https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=procrastinar>

Recibido: 14/02/2019

Reenviado: 20/02/2019

Aceptado: 27/02/2019

Sometido a evaluación de pares anónimos

Citar este artículo como: Reyes, C., Yonandy Villar, K., Violet Brioso, L., Nova, Y.C., Alcántara, L., Martínez, A., Mery Sánchez, L., & Pérez, Y. (2019). Epidemiología de las lesiones traumáticas en accidentes de tránsito terrestre: Santo Domingo y Distrito Nacional. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 4(4), 26-34.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO TERRESTRE: SANTO DOMINGO Y DISTRITO NACIONAL

Claudia Reyes⁶

Universidad Tecnológica de Santiago

Karla Yonandy Villar⁷

Universidad Tecnológica de Santiago

Luisanna Violet Brioso⁷

Universidad Tecnológica de Santiago

Yerde Carolina Nova⁷

Universidad Tecnológica de Santiago

Leonardo Alcántara⁷

Universidad Tecnológica de Santiago

Amado Martínez⁷

Universidad Tecnológica de Santiago

Laury Mery Sánchez⁷

Universidad Tecnológica de Santiago

Yaneiry Pérez⁷

Universidad Tecnológica de Santiago

RESUMEN: Los accidentes de tránsito son un problema social y de salud pública mundial que dejan lesionados susceptibles de sufrir discapacidad, daño psicológico o muerte, lo cual representa alto costo económico. Los accidentes de tránsito en la República Dominicana son muy comunes, ubicándose a nivel internacional dentro de los primeros lugares dentro de los países con altos índices de accidentes de tránsito y generando un costo aproximado de 1.5% del Impuesto Interno Bruto. El objetivo principal fue caracterizar las lesiones traumáticas en accidentes de tránsito en Santo

⁶ Profesora-investigadora de la Universidad Tecnológica de Santiago, Recinto Santo Domingo. Autora para correspondencia: Claudia.reyes.gutierrez@gmail.com

⁷ Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Tecnológica de Santiago, Recinto Santo Domingo.

Domingo Oeste y Distrito Nacional, con la finalidad de determinar los tipos de lesiones provocados por accidentes de tránsito, reconocer el mecanismo vehicular por los cuales se producen estas lesiones, fichar el factor causal de accidentes de tránsito en la ciudad de Santo Domingo y conocer el género más afectado. En este trimestre se abordaron un total de 70 casos, donde el 74% correspondió a hombres y el 26% a mujeres, en edades comprendidas entre los 25 – 60 años. El vehículo con mayor repercusión fueron los motores en un 45%; se evidenció que los accidentes fueron más comunes en horas de la noche en un 49%; el 72% de los casos ocurridos en el período de estudio se presentaron como consecuencia de colisiones; dentro de los lesionados, un 39% sufrió contusiones debido al impacto del accidente provocando.

Palabras clave: Accidentes de tránsito, Santo Domingo, lesiones, choque, fracturas, imprudencia, traumatismo múltiple.

ABSTRACT: Traffic accidents are a social and public health problem all over the world that output injured people which become susceptible to suffering disability, psychological damage or death representing a high economic cost. Road accidents in the Dominican Republic are very common placing us at the international level within the first places within countries with high rates of accidents, costing us 1.5% of the growth domestic product. Our main objective is to characterize traumatic injuries in traffic accidents in Santo Domingo West and the National District, we look for the types of injuries caused by traffic accidents, we recognize the vehicular mechanism by which the traffic injury occurs in the city of Santo Domingo and what was the most affected gender. Our main objective is to characterize the traumatic injuries in traffic accidents in Santo Domingo West and Distrito Nacional, we seek to determine the types of injuries caused by traffic accidents, recognize the vehicular mechanism by which these injuries occur, record the causal factor of accidents of traffic in the city of Santo Domingo and which was the most affected gender. In this quarter a total of 70 cases were approached, where 74% corresponded to men and 26% to women, in ages between 25-60 years. The vehicle with the greatest impact was the engines by 45%, it was evidenced that accidents were more common at night hours by 49%, 72% of the cases occurred in the study period were presented as a result of collisions; Among those injured, 39% suffered bruises due to the impact of the accident.

Key words: Traffic accidents, Santo Domingo, injuries, collision, fracture, reckless, multiple trauma.

INTRODUCCIÓN

Un accidente de tránsito es un evento en la carretera, como un accidente automovilístico o colisión, que ocurrió o comenzó en la carretera e involucra la muerte o lesiones de personas o daños a la propiedad en relación directa con la operación de un vehículo en movimiento (Máilková, 2017). La mayoría de las veces son ocasionadas por la acción riesgosa, negligente o irresponsable de un conductor, pasajero o peatón; pero también por fallos mecánicos repentinos, errores de transporte de carga, condiciones ambientales desfavorables y cruce de animales durante el tráfico.

Las lesiones de tránsito causaron la muerte de 1,4 millones de personas en 2016, aproximadamente tres cuartos (74%) de los cuales eran hombres y niños (WHO, 2017). A nivel mundial, es la décima causa de muerte en todos los grupos etarios y, para las personas entre 15 y 29 años, es la principal causa de muerte. Además, cada año ocurren en el mundo 78.2 millones de lesiones no fatales que requieren atención médica, algunas de ellas con consecuencias en su estado de salud a largo plazo (McIlroy *et al.*, 2019). En los países de bajos y medianos ingresos se concentran el 90% de las muertes de tránsito (Vera *et al.*, 2018).

Los accidentes de tránsito constituyen un problema multifactorial asociado al rápido aumento del número de vehículos y de la exposición a factores de riesgo, como velocidad excesiva y consumo de alcohol; la no utilización de equipos de protección; reglamentos insuficientes para la seguridad vial y la estructura de salud pública ineficiente forman parte de la causalidad de las lesiones y muertes por accidentes de tránsito. A esto se suma que las lesiones no fatales provenientes de los accidentes de tránsito implican elevados costos económicos y humanos para la sociedad, que incluyen la atención de emergencias, las internaciones hospitalarias, los gastos previsionales, las secuelas físicas y el impacto sobre las actividades cotidianas y funcionales. La principal causa dada por el factor humano, es la falta de respeto a las normas de tránsito, dentro de las cuales el exceso de velocidad al realizar maniobras es la principal (Besse *et al.*, 2018).

Los accidentes de tránsito son motivo de preocupación para las autoridades sanitarias y para el conjunto de la sociedad. Entre 20 millones y 50 millones de personas más sufren traumatismos no mortales provocados por accidentes de tránsito, y tales traumatismos constituyen una causa importante de discapacidad en todo el mundo (PMDASV, 2011). Los accidentes de tránsito son uno de los problemas más apremiantes de traumatología en todos los países, y el número de estos accidentes no solo aumenta, sino que también aumenta su gravedad (Máilková, 2017).

Si no se adoptan medidas inmediatas y eficaces, dichos traumatismos se convertirán en la quinta causa mundial de muerte, con unos 2,4 millones de fallecimientos anuales. Ello se debe, en parte, al rápido aumento del mercado

de vehículos de motor (McIlroy *et al.*, 2019) sin que haya mejoras suficientes en las estrategias sobre seguridad vial ni la planificación del uso del territorio. Se ha estimado que las colisiones de vehículos de motor tienen una repercusión económica del 1% al 3% en el impuesto interno bruto respectivo de cada país (Rodríguez *et al.*, 2017), lo que asciende a un total de más de \$500.000 millones.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la Resolución 64/255, proclamó el periodo 2011–2020 como el Decenio de Acción por la Seguridad Vial. También alentó a los países a sumarse a esta iniciativa global para hacer frente a la importante carga que imponen las Lesiones Causadas por el Tránsito (LCT) en el mundo, incluyendo el objetivo de reducir las muertes y lesiones en el tránsito a la mitad antes de 2020 (Híjarl *et al.*, 2018; Viera *et al.*, 2018), creando la necesidad de analizar más rigurosamente esta problemática de salud con el fin de definir mejor las prioridades y guiar la toma de decisiones para definir políticas sanitarias y políticas públicas importantes para enfrentarlo.

Observando las estadísticas en la República Dominicana, durante los primeros cinco meses que transcurrieron del año 2018, al menos 395 personas han muerto en accidentes de tránsito, registrándose solo en el mes de enero un total de 97 muertes por esta causa. Solo en los primeros tres meses del año 2018, un total de 330 personas murieron en accidentes de tránsito en el país, estando las motocicletas involucradas en el 63% de los casos, según estadísticas del Observatorio de Seguridad Ciudadana. El 36% de las 330 muertes por accidentes de tránsito ocurridas durante el primer trimestre del año 2018 se produjeron en sábado y domingo.

Son estas razones las que motivan a realizar el presente trabajo de investigación, donde nuestro objetivo principal es caracterizar las lesiones traumáticas en accidentes de tránsito en Santo Domingo Oeste y Distrito Nacional, atendidos por las Unidades del Sistema Nacional de Atención a Emergencia y Seguridad 911, durante el período enero-julio 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Se desarrolló un estudio observacional de tipo descriptivo, de manera retrospectiva, basado en fuentes secundarias proveniente de las historias clínicas obtenidas del formato de registro de la atención prehospitalaria que manejan las Unidades del Sistema Nacional de Atención a Emergencia y Seguridad 911.

Población: La población de referencia y muestra de estudio estuvo constituida por 150 casos de personas lesionadas en accidentes de tránsito, atendidas en la ciudad de Santo Domingo Oeste y Distrito Nacional.

Análisis estadístico: Se realizaron observaciones descriptivas de los abordajes del personal atendidos por las Unidades del Sistema Nacional de Atención a Emergencia y Seguridad 911. Tomándose, de esta manera, solo aquellas que encajan dentro del marco de análisis para este trabajo de investigación. El enfoque estuvo marcado en los accidentes de tránsito terrestre, específicamente aquellos donde estuvieron implicados vehículos de motor.

Dentro de las variables demográficas se abordó la edad y sexo, y número de implicados del accidente, seguidas por la hora, día y lugar de los hechos; posteriormente el tipo de vehículo implicado, causas del accidente, gravedad, tipo de lesión, abordaje, hospital de traslado y características de las lesiones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se analizaron 150 registros de historias clínicas de accidentes de tránsito. No se presentaron pérdidas para las variables de persona, tiempo, lugar del evento y los tipos de lesiones.

Trimestre enero – marzo

En este trimestre se abordaron un total de 70 casos, donde el 74% correspondió a hombres y el 26% a mujeres, en edades comprendidas entre los 25 – 60 años. El vehículo con mayor repercusión fueron los motores en un 45%, dentro de los cuales un 38% no usaban casco de seguridad al momento del accidente; de este 38%, un 60% poseía casco, el cual se encontraba en sus hogares por motivo de olvido, y un 40% aseguro no tenerlo, por no ser necesario. Según los resultados obtenidos, el sexo y la motocicleta siguen siendo los principales actores en los accidentes de tránsito según los resultados obtenidos por Fernandes *et al.* (2017), Rodríguez *et al.* (2017) y Vera *et al.* (2018).

En segundo lugar estuvieron los carros con un 23%, y en tercer lugar las camionetas en un 7%. Se evidenció que los accidentes fueron más comunes en horas de la noche en un 49%, en las tardes con un 37% y en las mañanas en un 14%, que se inclinan con un auge mayor en los fines de semana, donde el pico prevaleció los sábados.

Dentro de los posibles implicados en los accidentes de tránsito, en un 85% solo fue afectada la persona que provocó el mismo, y en un 15% salió lesionada una segunda persona. Hay que destacar que, dentro del trimestre, el mes de febrero se registró aproximadamente el 60% de las recopilaciones obtenidas. El 72% de los casos ocurridos en el período de estudio se presentaron como consecuencia de colisiones, regularmente con postes de luz o muros, el 31% de los eventos fueron por deslizamiento, y un 20% se generó por consumo excesivo de alcohol, que provocaba desorientación y desinhibición.

Dentro de la Ciudad de Santo Domingo, las grandes avenidas que protagonizaron estos hechos fueron, en orden de importancia, las siguientes:

- La Autopista Duarte.
- La Autopista 6 de noviembre.
- El Sector de Herrera.
- La Núñez de Cáceres.
- La Avenida Isabel Aguilar.

Un 36% de estos accidentes tuvo una magnitud moderada, un 33% leve y un 17% grave; solo un 6% termino en muerte, las cuales se caracterizaron por exhibir la masa encefálica. Dentro de los casos de muerte, estos fueron trasladados al Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF). Los demás casos, un 90%, fueron trasladados a los hospitales Darío Contreras y Marcelino Vélez Santana; solo un 10% de los casos no fueron trasladados.

El protocolo de abordaje respectivamente para todos los casos fue la toma de signos vitales, la postura de una vía periférica, la cura de las heridas, aplicación de oxígeno y en los casos en los que hubo fractura, la inmovilización del miembro afectado.

Dentro de los lesionados, un 39% sufrió contusiones debido al impacto del accidente, provocando en un 6% el signo del mapache y afección del tórax en un 5%; un 26% presento fractura de huesos, con prevalencia en un 20% de afección del miembro superior izquierdo, específicamente del radio y un 15% del miembro inferior izquierdo, específicamente tibia y fémur; dentro de estos meses, solo se presentó un caso de volet costal. En un 16% de las lesiones, se ve afección del cráneo, donde un 65% estuvo marcado por hematomas a nivel frontal y un 25% a nivel occipital. Un 10% de los afectados presentó distensión cervical (signo de latigazo), en contraste con el estudio realizado por Besse *et al.* (2018) en Argentina, donde encontraron que las fracturas de miembro inferior son mucho más prevalentes en motorizados que las de miembro superior.

Cuatrimstre abril-julio

En este cuatrimstre se abordaron 80 casos, donde el 65% correspondió a hombres y el 35% a mujeres, en edades comprendidas entre los 16 y 72 años; el vehículo que mayor repercusión fue la motocicleta o moto con 53%, en segundo lugar, estuvieron los automóviles con 23%, y en tercer lugar estuvieron las bicicletas y automóviles tipo SUV (todo terreno), ambas con 7%.

Se evidenció que los accidentes fueron más comunes en horarios de la noche con un 41%, en las tardes con un 19% y en las mañanas con un 10%, y que el día en que más prevalecieron fueron los sábados con un 18%. La literatura reporta que los fines de semana constituyen los días más críticos para la ocurrencia de los accidentes, ya que casi la mitad de los accidentes ocurren los fines de semana (Viera *et al.*, 2018). El horario nocturno podría ser

favorecido por el tiempo de ocio y recreación fuera del horario laboral, el aumento del consumo del alcohol y por la existencia de vías poco iluminadas.

En cuanto a la etiología del trauma, la colisión prevaleció con 28%, en rango de frecuencia le sigue el deslizamiento con 22%, el volcamiento con 6% y el choque en vía contraria y grado de embriaguez, ambas variables con una incidencia de 5%.

Dentro de la Ciudad de Santo Domingo, las grandes avenidas que protagonizaron estos hechos fueron, en orden de importancia:

- Av. 27 de febrero.
- Autopista Duarte.
- Avenida Independencia.
- Avenida Isabel Aguiar.
- Avenida Máximo Gómez.
- Avenida Núñez de Cáceres.

En estos accidentes de tránsito, la lesión que más se presentó fue la laceración con un 21%, seguida de la contusión con un 18%; asimismo en orden de frecuencia le siguen las heridas y las fracturas de fémur, ambas con una incidencia de un 10%, y la pérdida de la consciencia y el trauma de tórax, ambas con un 7%, y no menos importantes las fracturas de los miembros superiores, afectándose el húmero en un 6% y el cúbito y radio en un 5%. Entre todas las lesiones, las muertes se presentaron en un 4%.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de estos estudios nos demuestran que la mayoría de los accidentes ocurren en horas de la noche, mayormente los fines de semana. La mayoría de los afectados son masculinos de 20 – 35 años, conductores de motocicletas, la mayoría sin protección.

Por lo general ocurren en autopistas muy transitadas donde se excede la velocidad máxima y se hacen rebases temerarios, tales como se dio a demostrar en la Autopista 27 de febrero, Autopista Duarte y 6 de noviembre y sectores como Herrera.

Aunque se conoce que el alcohol o el uso de sustancias estimulantes son uno de los factores de mayor auge que provoca pérdida de control y mal manejo de los vehículos, se dio a reconocer que los casos de deslizamientos tienen una prevalencia mayor, con un 75% de los casos involucrados.

Periodos como el de Semana Santa, Navidad, carnaval, fechas patrias y vacaciones escolares, que debieran ser espacios para departir en familias, son cuando más se eleva el riesgo en términos de seguridad vial, ya que una

tercera parte de la población se moviliza a las distintas demarcaciones a vacacionar o a visitar a sus seres queridos.

Recomendaciones para disminuir en número de accidentes en la ciudad de Santo Domingo

La Organización Mundial de la Salud ha llamado la atención sobre la importancia de diseñar e implementar políticas públicas adecuadas, permanentes y coherentes que mejoren la seguridad vial y reduzcan así un problema de salud pública en el mundo, que genera una alta carga de morbilidad e incrementa las tasas de mortalidad:

- Buena iluminación en las avenidas.
- Mejorar el uso de señalizaciones en las calles, autopistas y avenidas de la ciudad.
- Incentivar la educación vial.
- Aumentar el monitoreo de las calles en los días feriados y fines de semana.
- Habilitar el carril para los motociclistas y ciclistas.
- Acatar al pago de las multas por el incumplimiento de las normas de tránsito acompañado de charlas o capacitaciones.
- Dormir al menos 8 horas previamente al viaje.
- El enfoque tradicional de las tres "E" a la seguridad vial; permite identificar las intervenciones relacionadas con la ingeniería, la educación y el cumplimiento.

BIBLIOGRAFIA

Besse, M., Denari, R., Villani, A., San Roque, M., Rosado, J., & Sarotto, A. (2018). Accidentes de moto: costo médico/económico en un hospital municipal de la ciudad de buenos aires. *Medicina*, 78, 158-162.

Fernandes, C., Harada, A., Bocchi, A., Silveira C., Ferrareto, J., Lopes, K., Aparecida, L., Beloni, M., Guidinho, M., Ribeiro, S., & Silva, T. (2017). Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Marília, São Paulo, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(2), 389-398.

Híjarl, M., Pérez, R., y Rodríguez, A. (2018). Avances en México a la mitad del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011–2020. *Revista de Saude Publica*, 2018, 52-67.

Másilková, M. (2017). Health and social consequences of road traffic accidents. *Kontakt*, 19(1), 43-47.

McIlroy R., Plant K., Hoque M., Jianping, W., Kokwaro, G., Vū N., & Stanton N. (2019). Who is responsible for global road safety? A cross-cultural comparison of Actor Maps. *Accident Analysis and Prevention*, 122 (2019), 8–18.

PMDASV (2011). *Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020*. Recuperado de www.who.int/roadsafety/decade_of_action/

Rodríguez, J., Camelo, F., & Chaparro, P. (2017). Seguridad vial en Colombia en la década de la seguridad vial: resultados parciales 2010-2015. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 49(2).

Vera, J. Pérez, R., Gómez, L., Hidalgo, E., & Fraga, J. (2018). La respuesta del Sistema Médico de Emergencias y su relación con distintos resultados en salud en personas lesionadas por el tránsito de dos ciudades mexicanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(10).

Viera, C., Galdino, Araújo, W., Alencar, C. & Alencar, M. (2018). Análisis de la distribución espacial de los accidentes de transporte terrestre atendidos por el Servicio Móvil de Urgencia (SAMU-192), en un municipio de la región nordeste de Brasil. *Salud Colectiva*, 14(1), 65-75.

WHO (2017). *The Top 10 Causes of Death*. Recuperado de: <https://who.int./en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Recibido: 23/01/2019

Reenviado: 29/01/2019

Aceptado: 17/02/2019

Sometido a evaluación de pares anónimo

Citar este artículo como: Gottschalk Gómez, P., Cabrera Batista, B., Núñez, L.A., Debord, K.S., & Paredes, R.Y. (2018). Insomnio, dolor y depresión en pacientes con osteoartritis. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 4(4), 36-41.

INSOMNIO, DOLOR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS

Paola Gottschalk Gómez⁸

Hospital Docente SEMMA

Brinia Cabrera Batista⁹

Universidad Tecnológica de Santiago

Lisbeth Altagracia Núñez¹⁰

Universidad Tecnológica de Santiago

Katherine S. Debord¹⁰

Universidad Tecnológica de Santiago

Rebeca Y. Paredes¹⁰

Universidad Tecnológica de Santiago

RESUMEN: La osteoartritis es una enfermedad articular degenerativa caracterizada por una destrucción progresiva del cartílago hialino, acompañado de alteraciones sinoviales y del hueso subcondral. Es el cuadro reumatológico más frecuente en la población general y una de las principales causas de discapacidad en el adulto mayor. El objetivo de esta investigación es determinar la presencia de insomnio, dolor y depresión en adultos mayores con osteoartritis. Se trata de un estudio descriptivo transversal en 43 pacientes femeninas con osteoartritis, atendidas en las consultas de reumatología y ortopedia en el Hospital Docente SEMMA, durante el período de septiembre-diciembre 2018. Para la recolección de la información se usó el método de cuestionarios a los pacientes mediante escalas como: Escala Visual Analógica del dolor (EVA), Inventario de Depresión de Beck y el índice de gravedad del insomnio (Insomnia Severity Index., ISI). La edad más frecuente en nuestra población fue 61-70 años. La mayoría de los pacientes con dolor por osteoartritis cursa de forma concomitante con insomnio subclínico (32.6%) y depresión leve. El dolor con grado moderado es el de mayor frecuencia.

Palabras clave: insomnio, depresión, osteoartritis.

⁸ Especialista en Reumatología en el Hospital SEMMA. Autora para correspondencia: pgottschalk31@gmail.com

⁹ Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Santiago.

¹⁰ Estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Tecnológica de Santiago.

ABSTRACT: Osteoarthritis is a degenerative joint disease characterized by a progressive destruction of the hyaline cartilage accompanied by synovial and subchondral bone alterations. It is the most frequent rheumatologic condition in the general population and one of the main causes of disability in the elderly. The objective is to analyze the presence of insomnia, pain and depression in older adults with osteoarthritis. This is a cross-sectional descriptive study with 43 female patients with Osteoarthritis, attended in the rheumatology and orthopedic consultations at the Hospital Docente SEMMA during the period of September-December 2018. For the collection of information, interviews were used through a questionnaire. The most frequent age in our population was 61-70 years. The majority of patients with pain due to osteoarthritis concurrently experience subclinical insomnia (32.6%) and mild depression. Moderate pain is the most frequent.

Key words: insomnia, depression, osteoarthritis.

INTRODUCCIÓN

Osteoarthritis (OA) es una artropatía degenerativa, que se puede considerar como un síndrome que afecta a las articulaciones, con compromiso de todo el tejido periarticular, daño del cartílago articular y del hueso subcondral. Es el cuadro reumático más frecuente en la población general y una de las principales causas de discapacidad en el adulto mayor (Solis *et al.*, 2014).

Desde el punto de vista epidemiológico, se puede plantear que la osteoarthritis es la más común de las enfermedades articulares; se plantea que más del 70% de los pacientes mayores de 50 años presentan signos radiológicos de OA (Solis *et al.*, 2015). El 20% del dolor a nivel mundial se relaciona con la osteoarthritis (OA), con una epidemiología creciente en relación con la edad y la obesidad (Perrot, 2016).

La controversia sobre la relación que existe entre la osteoarthritis y los problemas psicológicos continúa siendo un tema de investigación, sin resultados concluyentes, siendo la clínica depresiva la más frecuente. Por otro lado, entre el 70-90% de los pacientes con osteoarthritis presentan trastornos del sueño, expresados como un sueño no reparador, ligero e inestable. Existe acuerdo general en que la fragmentación del sueño y la disminución del sueño lento profundo son las dos alteraciones principales del sueño en pacientes con OA. Ambos síntomas, depresión y trastornos del sueño, son complicaciones comunes en procesos con dolor crónico (Pérez y Quintana, 2015).

En varios estudios epidemiológicos se observan altos índices de depresión clínica en pacientes que buscan tratamiento para el dolor crónico asociado con la OA. También se sugiere un vínculo entre la depresión y el insomnio y la relación es bidireccional. Por ejemplo, alrededor del 20% de los pacientes con insomnio manifiestan síntomas depresivos, mientras que la depresión ha demostrado ser el más grande y el mayor factor de riesgo constante para el insomnio (Liu, 2017).

La relación entre el dolor y la depresión ha sido ampliamente estudiada, ya que en varias investigaciones se ha encontrado que la experiencia de dolor y las puntuaciones de discapacidad de los pacientes estaban fuertemente influenciadas por la presencia de síntomas depresivos. Este vínculo entre el dolor, la depresión y la osteoartritis es problemático, ya que está fuertemente asociado con la evitación de la actividad, una amplia gama de problemas cognitivos emergentes, como la indefensión aprendida, la insatisfacción laboral y un resultado adverso de la enfermedad (Marks, 2014).

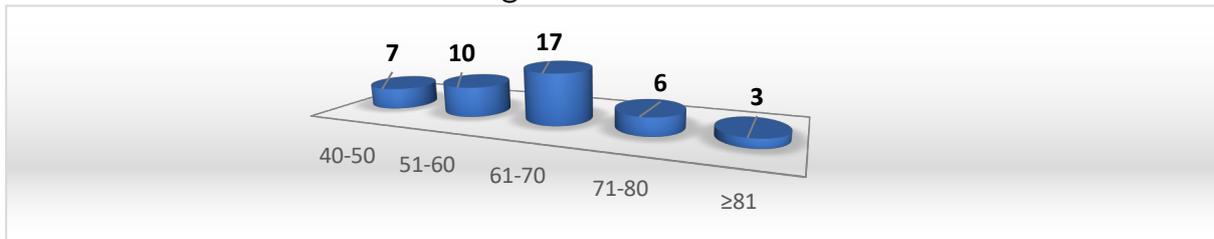
MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de investigar la presencia de insomnio, dolor y depresión, en adultos mayores con osteoartritis, en el hospital docente SEMMA, localizado en la ciudad de Santiago de los Caballeros (República Dominicana), en el periodo septiembre-diciembre de 2018. Se evaluaron todos los pacientes con diagnóstico de osteoartritis que asistieron a la consulta de Reumatología y Ortopedia durante el periodo establecido; se excluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad reumática primaria y aquellos con diagnóstico de depresión previo a la aparición de la osteoartritis. Se incluyeron un total de 43 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, todas femeninas. Para la recolección de la información se utilizaron como técnica el método de cuestionarios a los pacientes mediante escalas como: Escala Visual Analógica del dolor (EVA), Inventario de Depresión de Beck y el índice de gravedad del insomnio (Insomnia Severity Index., ISI). Luego de recoger la información, se introdujo en una base de datos creada en Excel 2010; posteriormente, se realizaron cruces de variables y se elaboraron tablas utilizando la estadística descriptiva de frecuencia y porcentaje para presentar los resultados.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 43 pacientes, todas femeninas. Un 39.50% tenía una edad comprendida entre los 40 y 60 años, y un 39.5% tenía una edad comprendida entre los 60 y 70 años; el 21% de los encuestados fueron mayores de 70 años.

Gráfico No.1 Frecuencia de rangos de edades.



Fuente: elaboración propia.

La tabla 1 presenta la relación de la presencia de insomnio y depresión en pacientes con osteoartritis.

Tabla 1. Insomnio y depresión en adultos mayores con osteoartritis.

Depresión	Grados de Insomnio				Total
	Ausente	Clínico Moderado	Clínico grave	Subclínico	
Ausente	4	1	1	4	10
Leve	3	7	4	9	23
Moderada	2	4	2	1	9
Grave	0	1	0	0	1
Total	9	13	7	14	43

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 2 muestra el grado de dolor reportado en los pacientes con osteoartritis.

Tabla 2. Pacientes con OA según el grado de Dolor.

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Leve	1	2.30
Moderado	23	53.50
Intenso	19	44.20
Total	43	100.00

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 3 presenta el grado de insomnio en los pacientes con osteoartritis.

Tabla 3. Pacientes con OA según el grado de insomnio.

Insomnio	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	9	21.00
Subclínico	14	32.6
Clínico Moderado	13	30.20
Clínico grave	7	16.20
Total	43	100.00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4 se muestra el nivel de depresión encontrado en los pacientes con osteoartritis

Tabla 4. Pacientes con OA según el grado de depresión.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	10	23.20
Leve	23	53.50
Moderado	9	21.00
Grave	1	2.30
Total	43	100.00

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

En la población estudiada, un 100% presentaban dolor, correlacionándose estos hallazgos con investigaciones realizadas (Cruz *et al.*, 2014), donde se sustenta que desde el punto de vista clínico el síntoma más importante en la OA es el dolor. En tanto, los hallazgos encontrados relacionados con el insomnio en pacientes que padecen de osteoartritis, de las 43 pacientes estudiadas, 9 (21%) no padecieron de insomnio, mientras que 34 (79%) padecían de algún grado de insomnio; estos datos son similares a los reportados en la literatura, donde hasta el 70-90% de los pacientes con osteoartritis refieren trastornos del sueño, expresados como un sueño no reparador, ligero e inestable (Pérez y Quintana, 2015). Alrededor del 20% de los pacientes con insomnio manifiestan síntomas depresivos de acuerdo con investigaciones realizadas (Liu, 2017), sin embargo, en el presente estudio 29 (67.4%) pacientes presentan depresión e insomnio.

CONCLUSIONES

Un 67.4% de los encuestados con osteoartritis presentaron depresión e insomnio, lo que representa un hallazgo alarmante, debido a que todos ellos eran maestros y la salud mental de los profesores es imprescindible para la realización de su labor. El 39.5% tenía edades comprendidas entre 40 y 60 años.

Se sugiere la realización de estudios controlados que evalúen la calidad de vida, así como brindar un seguimiento integral incorporando a los profesionales de la conducta, a fin de prevenir la depresión en los maestros y desarrollar políticas públicas que velen por el bienestar de estos profesionales, lo que beneficiará de forma directa la calidad de la educación que éstos brindan.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección del Hospital SEMMA y al Departamento de Docencia, así como a las pacientes que colaboraron con la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Cruz García, Y., Hernández Vuellar, I. M., & Montero Barceló, B. (2014). Comportamiento clínico epidemiológico de la osteoartritis en pacientes femeninas. *Revista Cubana de Reumatología*, 16(2), 90-96.

Liu, M. (2017). *Influences of pain, insomnia, and depression on health care utilization in older adults with osteoarthritis*. Wahington. Tesis Doctoral.

Marks, R. (2014). Depression and osteoarthritis: impact on disability. *Journal of Aging Science*, 1-7.

Pérez, H. M., & Quintana López, G. (2015). El dolor, la personalidad y los trastornos psiquiátricos en las enfermedades reumáticas. *Revista Colombiana de Reumatología*, 22(4), 189-191.

Perrot, S. (2016). *Dolor por artrosis: pato-fisiología, diagnóstico y tratamiento*. Sin editorial.

Solis Cartas, U., Prada, D., Crespo Somoza, I., Gomez Morejon, J., Hernandez, A. D., & Garcia Gonzalez, V., (2015). Percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de manos. *Revista Cubana de Reumatología*, 17(2), 112-119.

Solis, U., De Armas, A., & Bacallao, A. (2014). Osteoartritis. Características sociodemográficas. *Revista Cubana de Reumatología*, 97-103.

Recibido: 04/02/2019

Reenviado: 19/02/2019

Aceptado: 23/02/2019

Sometido a evaluación de pares anónimo

Citar este artículo como: Gottschalk Gómez, P., Cabrera Batista, B., Núñez, B, L.A., Debord, K.S., & Paredes, R.Y. (2018). Insomnio, dolor y depresión en pacientes con osteoartritis. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 4(4), 42-59.

LAS EXPERIENCIAS DE PACIENTES CON AMPUTACIONES VASCULARES CON LOS SERVICIOS DE FISIOTERAPIA EN PUERTO RICO: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Giovanni Figueroa Guilliani¹¹

Universidad de Puerto Rico

Valerie Bellido Soler¹²

Universidad de Puerto Rico

Kristy Adams Vélez¹²

Universidad de Puerto Rico

Lypzia M. Vélez Jiménez¹²

Universidad de Puerto Rico

RESUMEN: Un paciente que recibe una cirugía de amputación pasa por un proceso largo de rehabilitación, que incluye intervenciones de fisioterapia. Por tal razón, esta investigación cualitativa con un diseño fenomenológico tiene como propósito explorar cuáles han sido las experiencias de pacientes con amputaciones por enfermedades vasculares secundarias a la diabetes con los servicios de fisioterapia de Puerto Rico. La pregunta central fue ¿cómo describen sus experiencias con los servicios de fisioterapia en Puerto Rico los pacientes con amputación por enfermedades vasculares secundarias a diabetes? Participaron 5 adultos mayores de 21 años con amputaciones de extremidad inferior por enfermedades vasculares secundarias a diabetes. La información fue recopilada por medio de entrevistas semi-estructuradas, reflexiones escritas y notas de campo. El método de análisis utilizado fue la versión simplificada de Creswell del método de Moustakas, en conjunto con una reflexión fenomenológica según Van Manen. Los participantes señalaron que valoraban la comunicación, la empatía, el compromiso y el trato personalizado, lo cual concuerda con investigaciones previas. A diferencia de otras investigaciones, participantes de esta investigación destacaron la relación completa que tuvieron con los fisioterapeutas, al igual que el apoyo que pueden brindar otras personas mientras recibían los servicios como una

¹¹ Profesor de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas. Autor para correspondencia: giovanni.figueroa@upr.edu

¹² Profesor de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas.

parte significativa de sus experiencias. Esto puede ser por el factor cultural, ya que, en Puerto Rico, muchas veces los pacientes tienden a medir la calidad del servicio brindado (entre otras cosas) con cuán amigable fue la persona y cuán bien se comunicó.

Palabras clave: fisioterapia, amputación, experiencias de pacientes, enfermedades vasculares, diabetes.

ABSTRACT: A patient who undergoes a limb amputation surgery goes through a long process of rehabilitation, which includes physiotherapy interventions. For this reason, this qualitative investigation with a phenomenological design has the purpose of exploring what have been the experiences of patients with amputations due to vascular diseases secondary to diabetes with the services of physiotherapy in Puerto Rico. The central question was: How do patients with amputation due to vascular diseases secondary to diabetes describe their experiences with physiotherapy services in Puerto Rico? Five adults older than 21 years with lower limb amputations due to vascular diseases secondary to diabetes participated. The information was collected through semi-structured interviews, written reflections and field notes. The method of analysis used was Creswell's simplified version of the Moustakas method, in conjunction with a phenomenological reflection according to Van Manen. Participants indicated that they value communication, empathy, commitment and personalized treatment, which is in agreement with previous investigations. Unlike other investigations, our participants highlighted the complete relationship they had with physiotherapists, as well as the support that other people can provide while receiving services as a significant part of their experiences. This may be due to the cultural factor since, in Puerto Rico, many times patients tend to measure the quality of the service provided (among other things) with how friendly the person was and how well they communicated.

Key words: physiotherapy, amputation, patient experiences, vascular diseases, diabetes.

INTRODUCCIÓN

En los Estados Unidos y sus territorios ocurren aproximadamente 185,000 amputaciones anualmente. Estas pueden ser por trauma o adquiridas por complicaciones de alguna enfermedad, y de éstas el 54% son causadas por enfermedades vasculares. Un 82% de las amputaciones de extremidades inferiores causadas por estas enfermedades están asociadas con la diabetes (Moxey *et al.*, 2011).

Un paciente con una amputación de extremidad inferior, debido a complicaciones de enfermedades vasculares, se enfrenta a un proceso largo de rehabilitación para poder adaptarse a los cambios y obtener un nivel de funcionalidad óptimo. Según la Asociación Americana de Terapia Física (APTA), los servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje y la rehabilitación psiquiátrica) son servicios de salud que promueven el mantenimiento, restauración o aumento de funciones y habilidades utilizadas en el diario vivir, que han sido perdidos o deteriorados debido a una enfermedad, trauma o discapacidad (APTA, 2013). Los fisioterapeutas tienen una parte esencial en el proceso y se ha visto que es importante tanto la intervención, como la educación, el trato del fisioterapeuta y la experiencia y la satisfacción del paciente con el servicio.

Estudios han demostrado que la satisfacción del paciente con su proceso de rehabilitación y el personal de rehabilitación es importante para determinar la calidad del servicio y la adherencia al mismo. Además, los pacientes que expresan experiencias satisfactorias se benefician más del tratamiento en comparación con los que no se sienten complacidos (Hills y Kitchen, 2007).

En el área de fisioterapia, que se especializa en pacientes con amputaciones, se han realizado estudios en otros países que evalúan las experiencias y la satisfacción del paciente con su estilo de vida después de la amputación y su autoimagen con su prótesis (Bernard, 1984; Zidarov *et al.*, 2009; Akarsu *et al.*, 2012). Estos estudios se enfocan en conocer la satisfacción de los pacientes dentro de los servicios de fisioterapia, pero tomando en consideración la influencia de sus emociones y experiencias. Los resultados de dicho estudio tienen importancia, pero son de acuerdo con el contexto de ese país, lo cual es un ambiente diferente al de Puerto Rico. Por lo tanto, se encontró necesario realizar un estudio sobre experiencias de los pacientes en el contexto puertorriqueño. A pesar de que se ha demostrado que es importante saber sobre las experiencias de los pacientes con los servicios de rehabilitación (Hills y Kitchen, 2007) en Puerto Rico, al momento, no se han publicado estudios que atiendan este acercamiento en personas con amputaciones. Autores como Norlyk *et al.* (2017) destacan la necesidad de desarrollar programas de rehabilitación basados en la evidencia que proveen estrategias para apoyar a los pacientes en sus vidas transformadas luego de una amputación. El tener una retro-comunicación del paciente es esencial para asegurarnos que se han obtenido los mejores resultados durante el proceso de rehabilitación.

Al presentar a profundidad las experiencias en rehabilitación en varias personas que han tenido una amputación por causa de complicaciones de enfermedades vasculares, se busca brindar a la población de fisioterapeutas y población general un acercamiento a las opiniones de los pacientes sobre los servicios. Fue interés tener una visión enfocada en el paciente con los aspectos a considerar al momento de diseñar las intervenciones para su

rehabilitación, desde la etapa previa a la cirugía hasta el momento de su reintegración en la sociedad.

El propósito de esta investigación fue explorar cuáles eran las experiencias de pacientes con amputaciones por enfermedades vasculares secundarias a la diabetes con los servicios de fisioterapia de Puerto Rico. Para esto contestamos la pregunta principal: ¿cómo describen sus experiencias con los servicios de fisioterapia en Puerto Rico los pacientes con amputación por enfermedades vasculares secundarias a diabetes? Para analizar el fenómeno a profundidad también fue necesario contestar las siguientes preguntas: ¿cómo describen los pacientes con amputaciones debido a diabetes el cuidado que el fisioterapeuta les dio durante su servicio de fisioterapia? ¿cuáles son los componentes esenciales de un servicio de fisioterapia identificados por pacientes con amputaciones secundarias a diabetes? ¿cuáles son los factores que afectan la experiencia de fisioterapia para los pacientes con amputaciones secundarias a diabetes?

MÉTODO

Se utilizó el método de investigación cualitativa. Creswell y Poth (2017) describen el estudio cualitativo como un proceso de investigación basado en un enfoque metodológico que busca explorar un problema social o humano. Este tipo de estudio es utilizado para entender el contexto o el escenario en el cual los participantes se enfrentan a alguna situación.

El diseño seleccionado fue fenomenología hermenéutica. Un estudio fenomenológico se enfoca en explorar y describir las experiencias de los participantes (Manen, 2017). De igual forma, la hermenéutica le añade al diseño el elemento interpretativo que ayuda a explicar los significados que los participantes les dan a las experiencias vividas (Creswell y Path, 2017; Manen, 2017). Con este diseño nos propusimos explorar y describir experiencias singulares que permitan responder a una inquietud o pregunta e interpretarla para generar conocimiento.

Participantes

La selección de participantes en la investigación fenomenológica depende de reunir ejemplos ricos en descripciones de las experiencias de la vida tal como es vivida (Ritchie, 2014; Manen, 2016; Creswell y Poth, 2017). Por tal razón, esta investigación tuvo 5 participantes, adultos mayores de 21 años con amputaciones de extremidad inferior. Los participantes fueron reclutados según su disponibilidad para participar y debían cumplir con las siguientes características: pacientes con una amputación por complicaciones de enfermedad vascular secundaria a diabetes realizada por un cirujano vascular u ortopédico, pacientes que aún recibían servicios de fisioterapia en la fase de seguimiento a largo plazo o que hubiesen pasado por esa fase con

un máximo de un año después que hubieran culminado su rehabilitación posoperatoria y el entrenamiento prostético, y pacientes que pudieran leer y escribir español. Fueron excluidos del estudio las personas que no consintieron a ser grabadas en audio-cintas y personas con discapacidades cognitivas y con amputaciones por trauma y neoplasmas. Fueron reclutados por medio de un agente de enlace o "gatekeeper" en el centro donde recibían sus servicios de prótesis. Los participantes recibieron los servicios de fisioterapia en diferentes escenarios clínicos de Puerto Rico, incluyendo hogar, centro de rehabilitación y clínicas privadas.

Recopilación de datos

Antes de comenzar la recopilación de los datos, la investigación fue revisada y aprobada por el "Institutional Review Board" (IRB) del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, para asegurar que la misma cumplía con la definición federal de investigación de sujetos humanos y con los estándares éticos. Luego procedió la validación del protocolo de preguntas de entrevista por un panel de jueces expertos.

Se coordinó una cita con los participantes en lugares accesibles para ellos y se les proveyó la hoja de consentimiento informado para orientarlos sobre todo lo referente a la investigación, su participación, sus derechos y confidencialidad. Se les entregó un cuestionario sociodemográfico y se les pidió que redactaran una reflexión escrita en la cual describían cuál ha sido su experiencia con los servicios de fisioterapia.

Seguido se comenzó con el proceso de la entrevista individual semi-estructurada. Dos de los investigadores participaron de la entrevista: un investigador estuvo encargado de la grabación y tomando notas, y otro realizó las preguntas al participante. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas ad verbatim.

Análisis de datos fenomenológicos

El método de análisis utilizado en esta investigación se compone de la versión simplificada de Creswell del método de Moustakas, en conjunto con una reflexión fenomenológica según Van Manen (Manen, 2016; Creswell y Poth, 2017). Para ello, se realizaron los siguientes pasos preliminares: (1) Distanciamiento de toda idea preconcebida sobre los aspectos de esta investigación ("*bracketing*") para evitar contaminar la interpretación de las experiencias con preconcepciones del tema. (2) Varias lecturas repetidas de las transcripciones y reflexiones para tener una comprensión clara de la experiencia. (3) Resumen de cada transcripción de entrevista. (4) Elaboración de lista de categorías preestablecidas (extraídas de la revisión de literatura y de las preguntas de investigación) y de lista de categorías emergentes que surgieron de las reflexiones escritas y transcripciones de las entrevistas. Se redujo la lista de categorías, para obtener una lista más enfocada en las áreas

que explora esta investigación y luego fueron definidas otorgando un código a cada una, para organizar y clasificar los datos.

Posteriormente, para hacer el proceso de análisis interpretativo: (1) se identificaron declaraciones significativas (horizontalización de los datos) extrayendo citas de cada transcripción de entrevista y de las reflexiones escritas. Moustakas (2010) define horizontes como un aspecto o condición del fenómeno que le da a esa experiencia una característica distintiva. (2) Se agruparon las declaraciones significativas en unidades de información más amplias llamadas unidades de significado o temas, según se relacionaban con la lista final de categorías. (3) Se realizó una descripción textual sobre qué fue lo que experimentaron los participantes con el fenómeno. (4) Se hizo una descripción estructural sobre cómo vivieron la experiencia. (5) Finalmente, se describió el fenómeno uniendo las descripciones textuales y las estructurales, para encontrar la esencia de la experiencia. De esta manera, como señala Van Manen, se pudo hacer una reflexión fenomenológica en la que se busca el significado esencial y la estructura explícita del significado de la experiencia vivida (Manen, 2016).

RESULTADOS

Los participantes tenían de 55 a 73 años, se les hizo la amputación entre 2 años a 4 meses antes de la investigación y recibieron los servicios de fisioterapia entre 10 meses a 1 día previo a la investigación; a razón de 1 a 3 episodios de cuidado de fisioterapia en el hogar. Además, uno de ellos también recibió terapias en una clínica privada y otro en un centro de rehabilitación. Los cinco participantes eran hombres con un nivel de educación de escuela superior (secundaria) o menor, ya que sólo tres la completaron y sólo uno inició (sin completar) Educación Superior. De los cinco participantes, tres eran del área oeste de la isla de Puerto Rico y dos del área norte.

De cinco participantes, cuatro accedieron a realizar las reflexiones escritas. Los participantes destacaron cómo se sintieron con el servicio de terapia, los fisioterapeutas y los resultados. Al describir la interacción con el fisioterapeuta, todos los participantes indicaron que fue buena. Al describir el trabajo realizado por los fisioterapeutas, todos los participantes mencionaron que hicieron un buen trabajo.

Descripciones Textuales

Según Creswell y Poth (2017), la descripción textual es la representación de qué experimentaron los participantes con su fenómeno, lo cual en este caso es el proceso de rehabilitación en fisioterapia. Los temas sobresalientes en esta investigación que indican el "qué" de la experiencia incluye: (a) cuidado provisto por el fisioterapeuta, (b) educación provista por el fisioterapeuta, (c) adherencia a los servicios, (d) expectativas y (e) resultados.

A. Cuidado provisto por el fisioterapeuta

Cuatro de los participantes comunicaron que la experiencia con el cuidado que recibieron durante la terapia fue de calidad excelente. Mencionaron que los fisioterapeutas tomaban en consideración sus necesidades y que, por causa de esto, las terapias tuvieron buenos resultados. Por ejemplo, un participante mencionó: *“Para mí fue, todo excelente... Porque al momento veo los resultados. Porque ellos no venían aquí a perder el tiempo. Ellos hacían la labor que tenían que hacer y yo estaba contento gracias a eso. Ellos nunca me agitaron a mí para nada”*.

B. Educación provista por el fisioterapeuta

Los participantes A, D y E expresaron que los fisioterapeutas los educaron proveyendo buena información. El participante E contó que sintió que le dieron herramientas que continúa utilizando. También sentía que fue un factor que lo ayudó a seguir adelante. El comentó: *“Bueno, él me enseñó muchas cosas buenas y lo uso hasta el momento”*. Pero para los participantes B y C, según lo expresado, la educación no era tan especial.

C. Adherencia con los servicios

Los participantes indicaron que hubo factores esenciales que afectaron su adherencia a las terapias. Factores como la motivación para el participante C: *“Me ayudó que yo tengo mucho deseo de [...] irme, de caminar”*. Factores como el compañerismo para el participante D: *“muy bien, muy demasiado bien porque cuando me dieron la terapia había más, más gente [...] Que yo dije, ‘pues mira vamos pa’ encima, olvídate’”*.

D. Expectativas

Cada participante tuvo expectativas diferentes cuando empezaron la jornada de las terapias. Hubo expectativas acerca de mejorar su estado funcional: *“Yo me sentí bien porque dije por lo menos es otra ayudita más para mí. Porque yo esperaba no estar toda la vida en esto”*. Además, sobre los resultados que esperaban alcanzar por medio de la rehabilitación: *“Bueno aprender a caminar que con dos visitas pues aprendí a caminar”*.

E. Resultados de fisioterapia

De acuerdo con la información recopilada, los participantes obtuvieron resultados positivos con los servicios. El participante C indicó que gracias al cuidado provisto en la terapia pudo experimentar un gran cambio en su día a día: *“Yo te diría como dije primero, pensando en la siembra, acá en la finca. Si, ahora puedo irme para allá abajo al monte porque me siento mejor. Me siento más fuerte”*.

Descripción Estructural

De acuerdo con Creswell y Poth (2017), la descripción estructural es la representación de cómo los participantes experimentaron su fenómeno en términos del ambiente y contexto. Cuando profundizamos más en el cómo del fenómeno, surgen los siguientes temas estructurales: (a) preparación pre-cirugía, (b) conocimiento del participante sobre fisioterapia, (c) acceso, (d) valores y preferencias, (e) comunicación con el fisioterapeuta, (f) barreras o inconvenientes y (g) facilitadores.

A. Preparación pre-cirugía

El consenso general entre los participantes era no tener ninguna preparación previa a la cirugía de la amputación. De los cinco participantes, cuatro nos contaron que se quedaron confundidos con cuál era el próximo paso después de la cirugía de amputación, como el participante A: *"Pues francamente, no hubo ningún tratamiento. No, no nada. Absolutamente nada"*.

B. Conocimiento del participante sobre fisioterapia

De los cinco participantes, tres identificaron que no tenían conocimiento de lo que consistía la terapia. Los otros dos tenían una idea leve de lo que es terapia, pero nunca la habían recibido. Por ejemplo, el participante E expresó: *"Ni sabía yo qué era eso de terapia. Soy sincero ve...Yo decía... ¿Y qué es eso de terapia? Yo mismo, la mente mía corriendo. Yo dije bueno... yo no sé nada"*. Aunque no estaban seguros qué era o qué esperar de los fisioterapeutas, estaban contentos porque estas personas vinieron a proveer ayuda en esta etapa nueva de sus vidas.

C. Acceso

Cada participante indicó cómo fue su proceso de accesibilidad para comenzar los servicios de fisioterapia. Uno de los participantes indicó que tuvo que hacer la gestión de contactar a los servicios médicos pertinentes: *"sin haberme el doctor certificado, ya yo estaba llamando a [Nombre del Plan Médico] 'Me cortaron una pierna. Necesito otra'"*. Y tres participantes tuvieron familiares/otros que hicieron las gestiones por ellos. Un participante simplemente recibió la llamada, sin haber tenido que realizar pasos adicionales previos a esto.

D. Valores/preferencias del participante

De los cinco participantes, cuatro expresaron que se tomaron en consideración sus valores y preferencias. Para dos de los participantes, era importante recobrar su independencia y poder maximizar el proceso de rehabilitación, pero a su paso. Al sentir que se tomaron en consideración sus

preferencias, estos sentían que el fisioterapeuta se interesaba y daba importancia a las cosas que eran importantes para ellos.

Como el participante A que nos dice: *“Sí, ellos me preguntaron y yo le dije, “mira esto, esto que está aquí, esto es la mayor necesidad mía” (apuntando a pierna amputada). [...] a mí no me gusta vivir junto con nadie. Porque ahora mismo yo estoy aquí solo y yo no tengo quién me baje por ahí tengo que estar obligado porque no puedo tirarme solo. Por lo menos ahora yo me engancho mi prótesis y me voy”*.

El participante E explicó que era buena porque llevaban las cosas a su paso, le hablaban con calma y nunca se faltaba el respeto el uno al otro: *“Yo nunca le falté el respeto a ellos y ellos a mí tampoco. Ellos no estaban agitándome para nada. Ellos me decían a mí Don (nombre del participante) vamos ... suave yo no te voy a agitar. Y cuando usted se cansa de caminar se puede sentar, no se agite mucho.”*

E. Comunicación con el fisioterapeuta

Cuatro participantes comentaron sobre la comunicación con el fisioterapeuta, indicando tres de ellos que les gustaba la interacción y valoraban la comunicación clara y directa. Estos tres participantes tuvieron una comunicación buena y saludable con los fisioterapeutas. Sin embargo, no toda la comunicación fue buena y clara. El participante B, sintió que la comunicación podría mejorar: *“Podría mejorar porque podían decir principio ‘Nosotros no, no, no, cubrimos [Plan Médico] o ‘Nosotros no estamos con’ (pausa) Si no que dejó de venir. Vinieron por dos semanas y yo ni puedo meter embuste tampoco porque pues...”*.

F. Barreras

Los factores como el dolor, la falta de comunicación, los cambios en fisioterapeutas y los eventos naturales fueron elementos que los participantes identificaron como barreras e inconvenientes con los servicios de fisioterapia. El participante B notificó que su mayor inconveniente fue la falta de comunicación y terminación de servicios luego del paso del Huracán María, un huracán categoría 4 que traspasó la isla en septiembre del 2017 con vientos de aproximadamente 135 millas por hora dejando el 100% de la isla sin electricidad, agua y sin comunicación telefónica (Pasch et al., 2018).

G. Facilitadores

Los participantes enfatizaron lo importante que fue la ayuda de otras personas, como familiares y vecinos, durante el proceso de recibir los servicios de fisioterapia. El participante A nos contó sobre la fuerza que le dieron sus amistades: *“Todo el mundo me decía ... suave que lo importante es tener*

salud. Las piernas, eso es bobería, pues... Hay mucha gente que te dan fuerza”.

Por otro lado, el participante E nos explicó lo esencial que fue la ayuda de su hija y sus vecinos durante el proceso de terapia: “No, te soy sincero la hija mía es la que me ponía eso (prótesis) porque a mí se me hace un poquito pesado.” Y: “La vecina es como si fuera una de terapia. ¿Me decía ‘vamos pa’ quí, quieres hacer alguna cosa?”.

DISCUSIÓN

Gracias a que los participantes compartieron sus experiencias y se analizaron los datos, se pudieron contestar las preguntas de investigación, para entender sus experiencias a profundidad. Se pudo observar la importancia que los participantes le dieron al trato brindado por los fisioterapeutas, que valoraban el cuidado individualizado y personalizado y el rol importante de apoyo que pueden tener otras personas mientras los participantes recibían los servicios de fisioterapia.

Descripción de Fisioterapia

Al describir sus experiencias con los servicios, los participantes enfatizaron en las relaciones con el fisioterapeuta, el compromiso que tuvo con ellos y el trato, incluyendo la comunicación, en lugar de la dinámica de los servicios de terapia en sí. Más bien, recordaban la amabilidad y empatía que tenían los fisioterapeutas con ellos. Solo se enfocaron en describir cómo el fisioterapeuta los trató y cuáles fueron los resultados finales de la terapia. Greenfield *et al.* (2010), en su estudio sobre el significado del cuidado desde las perspectivas de los pacientes, indican que el cuidado es definido como preocupación, empatía y consideración por las necesidades y valores de los demás. Desde la perspectiva de todos los participantes, sus experiencias con las terapias abarcaron su relación con el fisioterapeuta y el cuidado que le brindaron.

Ninguno tuvo educación posquirúrgica sobre los próximos pasos a seguir y dos ni sabían que recibirían fisioterapia. Además, todos los participantes demostraron tener algún nivel de desconocimiento previo a recibir los servicios. Esto concuerda con los hallazgos de Ostler *et al.* (2013) en su investigación del Reino Unido, en la que los pacientes tenían incertidumbre sobre cuáles eran los próximos pasos después de la amputación. Los participantes no tenían mucho conocimiento sobre el proceso de rehabilitación y, por ende, no tenían expectativas sobre el mismo.

Al hablar sobre el proceso de fisioterapia se pudo ver que para ellos fue más gratificante el trato brindado por el fisioterapeuta. Esto es similar a otros estudios, en el cual los participantes valoraron aspectos como la consistencia del trato en fisioterapia, la comunicación, la interacción entre el paciente y

proveedor de salud y la colaboración. Es importante ver que, sin importar la región geográfica, ya sea en Reino Unido, Sudáfrica o Puerto Rico, los pacientes desean estar involucrados en todos los procesos de rehabilitación y ser parte activa del proceso. Los pacientes tienen experiencias más gratificantes si los fisioterapeutas los tratan bien, se comunican claramente y colaboran con ellos. Lo que concuerda con Greenfield *et al.* (2010), al hablar de la importancia del cuidado y el trato que se le brinda al paciente. Por tal razón, los fisioterapeutas consideran el cuidado y el trato brindado al paciente como un valor central de la profesión.

Descripción del cuidado del fisioterapeuta

Cuatro de los participantes expresaron haber tenido buena comunicación con el fisioterapeuta. Por otro lado, dos de los participantes se sintieron en la confianza de decir que la relación con su fisioterapeuta era como si fueran familia. Sin embargo, un participante comentó sobre la falta de comunicación y la terminación de terapias sin aviso previo, que afectó negativamente su experiencia con la fisioterapia.

Para los participantes la calidad del servicio no era determinada por la cantidad de ejercicios que hacían, qué modalidades utilizaban o hasta en los resultados, sino en la comunicación, la empatía, el compromiso que tenía el fisioterapeuta con ellos y cuando las intervenciones eran dirigidas a sus necesidades y metas. Esto nos demuestra una vez más lo importante que es para los pacientes la comunicación, el trato y el compromiso de parte de los fisioterapeutas.

Este hallazgo apoya lo que dicen las investigaciones de Greene (2012) y Norlyk *et al.* (2017). Estos autores concluyen que parte de lo que los participantes valoraban de los servicios médicos es que se comunicaban bien, la empatía, el compromiso y el trato personalizado. Pero a diferencia de estas investigaciones, los participantes de este estudio no sólo destacaron estos componentes, si no la relación completa que tuvieron con los fisioterapeutas como una parte bien significativa de las experiencias que tuvieron. Por esto debemos prestar mucha atención a al trato para con ellos y al compromiso con el servicio que le ofrecen a cada paciente.

Se entiende, además, que se debe considerar el factor de cultura. En Puerto Rico y en la cultura hispana se ve como algo importante la forma en la cual uno se comunica. En culturas hispanas y caribeñas, como lo es la de Puerto Rico, muchas veces las personas se tratan como amigos y familia. Una persona se puede sentir rara u ofendida si la tratan muy formalmente. En Puerto Rico muchas veces los pacientes miden la calidad del servicio brindado con cuán amigable fue la persona y cuán bien se comunicó y por lo que se pudo ver, en este caso, no fue diferente. Lo encontrado está de acuerdo con lo que dice Flores (2000) en su investigación sobre la relación entre el paciente, el fisiatra y la cultura latinoamericana. En su estudio, Flores (2000) enfatiza que las

culturas latinoamericanas valoran la simpatía, el personalismo y el respeto que le brindan, más que otras culturas. Flores (2000) describe el personalismo como una amistad formal y explica que los pacientes latinos esperan desarrollar una relación afectuosa y personalizada con el clínico. Esto se pudo ver en nuestra investigación, especialmente en el valor que le dio el paciente a la amistad formal que tenía con el fisioterapeuta. Por otro lado, Flores (2000) enfatiza que si el personalismo, la simpatía y el respeto no se desarrollan puede conducir a un incumplimiento de la terapia, insatisfacción con la atención y un seguimiento del tratamiento deficiente. La competencia cultural es un factor importante cuando se brinda atención de calidad, por lo que es importante reconocer las diferencias culturales. De esta forma, podemos ajustar las interacciones con los pacientes y alcanzar dicha competencia cultural eficientemente.

Componentes esenciales de Fisioterapia

Los participantes resaltaron la facilidad del acceso para recibir los servicios, el apoyo y ayuda que recibieron de parte de los fisioterapeutas y otras personas, la calidad del cuidado brindado por los fisioterapeutas, la educación y cuán personalizados eran las terapias a cada uno como componentes esenciales. Todos dijeron que no recuerdan haber tenido complicaciones para conseguir los servicios de terapia. Además, todos los participantes en algún momento resaltaron la ayuda que le brindaron miembros de la familia o de la comunidad durante el proceso de recibir los servicios de terapia.

Desde la perspectiva de los participantes estos componentes los ayudaron a tener experiencias más satisfactorias y mejores resultados con los servicios de Fisioterapia. Estos hallazgos van mano a mano con lo encontrado en la investigación llevada a cabo por Greene (2012), sobre el cuidado centrado en el paciente. Este autor identificó que cuando en este cuidado el profesional de la salud se comporta con empatía, simpatía y apoyo, influencia de forma positiva las experiencias del paciente y ayuda a proveer mejores resultados.

También se pudo identificar la educación dada por el fisioterapeuta como otro componente esencial. Ellos no detallaron qué tipo de educación se les dio, más bien fueron breves y concisos. Esto puede indicar que hay un vacío en conocimiento de parte de los participantes, de cuál es el propósito detrás de las terapias que se le están brindando, lo cual puede limitar el que el paciente se apodere del tratamiento. Investigaciones futuras pueden indagar a profundidad la razón por la cual sucede esta carencia de información. Los resultados podrían ayudar a saber si la educación que se le está brindando a los pacientes es suficiente o no.

Como se mencionó anteriormente, todos los participantes mostraron algún nivel de desconocimiento sobre fisioterapia. Por estas razones, es necesario proveer más educación a nuestros pacientes y al público en general sobre

qué es fisioterapia y el alcance de la práctica de la profesión. Esto es compatible con Bacyinski *et al.* (2016), los cuales exponen que el público no está del todo consciente del alcance de nuestra práctica. Es importante que conozcan el nivel de servicios de terapia que existen para poder acceder a los mismos. Como parte de la práctica, los fisioterapeutas, además de brindar las mejores intervenciones posibles para cada paciente, debemos integrar la buena comunicación, trato y educación no solo con los pacientes sino también con las personas que le brindan apoyo, ya que son una parte vital para los pacientes en el proceso de rehabilitación.

Factores que afectan la Fisioterapia

Los participantes resaltaron el recibir apoyo y buena comunicación como factores que afectaron positivamente la experiencia, mientras que el poco conocimiento sobre fisioterapia, la falta de comunicación, el tener varios fisioterapeutas en lugar de uno solo y el Huracán María (evento atmosférico), fueron inconveniencias o factores que afectaron negativamente a la experiencia.

Al igual que la investigación de Zidarov *et al.* (2009), los participantes de nuestra investigación identificaron que estaban satisfechos con sus relaciones sociales durante el proceso de la rehabilitación. Ahora, en esta investigación los cinco participantes también destacaron que el apoyo de otras personas es un factor importante que afecta su satisfacción con los servicios. De estos, uno relacionó el apoyo familiar con tener mejores resultados. Esto lo entendemos como algo característico de una cultura hispana, específicamente la cultura puertorriqueña, donde el apoyo de familiares, vecinos y amigos tiene un rol importante en la vida de cada individuo. Esto nos indica que es importante incluir no solo al paciente en el proceso de educación y orientación, sino también a los cuidadores y personas que están apoyándolo durante el proceso. Futuras investigaciones deberían explorar si hay alguna relación entre la cultura puertorriqueña o hispana, el apoyo brindado por otros a las personas con amputaciones y los resultados de los servicios de Fisioterapia.

Los hallazgos de esta investigación respaldan a otras investigaciones, como la de Peiris *et al.* (2012), que presenta que para los pacientes la relación establecida con su fisioterapeuta es un factor importante que contribuye en la experiencia de rehabilitación. Además, Kidd *et al.* (2011) indican en su investigación que la habilidad para comunicarse con claridad, escuchar y asegurarse que el paciente entendió, son conceptos enfatizados por los pacientes al momento de considerar factores importantes de la rehabilitación. Esta investigación sugiere la necesidad de establecer una buena comunicación con los pacientes y las personas que los apoyan, al igual que tomar en consideración sus preferencias y necesidades al momento de brindarle los servicios.

La importancia de la comunicación, el apoyo y el compromiso se puede ver también en las experiencias que los participantes identificaron como negativas. A un participante le gustaron las terapias que tuvo y siente que le ayudaron mucho, pero sintió que hubiese tenido una experiencia más satisfactoria si hubiese tenido menos cambios en fisioterapeutas que venían a la casa a darle las terapias. El participante estuvo satisfecho con todos los fisioterapeutas que lo atendieron, pero identificó la experiencia de cambio constante como un factor con el cual no estuvo satisfecho. Es posible que este participante sintiera que no podía crear una conexión con los fisioterapeutas, porque eran diferentes en cada visita.

Por otro lado, dos de los participantes identificaron el huracán María y el estado de situación de Puerto Rico luego de su paso, como posibles factores que afectaron las terapias. Aunque los contextos son diferentes, se puede ver cómo la preocupación del paso del huracán y sus resultados son factores que pueden afectar las experiencias de los participantes. Son factores fuera del control tanto del fisioterapeuta como del participante, pero es algo que se debe tomar en consideración al planificar los servicios de terapia cuando se vive en una isla tropical que tiene una temporada de huracanes, como lo es Puerto Rico. El factor efectos del huracán en los servicios es uno que se debe explorar con más profundidad en futuras investigaciones.

Para culminar la discusión de una investigación fenomenológica es necesario crear una descripción universal que nos dice "qué" experiencias vivieron los participantes con el fenómeno y "cómo" las vivieron. En la fenomenología se le llama a esta descripción universal, la esencia de las experiencias vividas de los participantes (Creswell y Poth, 2017). Los participantes les dan sentido a sus experiencias con los servicios de fisioterapia basados en la relación del paciente-terapeuta. Al explorar y describir los hallazgos hemos logrado entender lo que es la esencia de las experiencias vividas, siendo ésta el trato y el compromiso que el fisioterapeuta le brindó a los participantes. Esas experiencias influenciaron el proceso de rehabilitación y adaptación de los participantes luego de una amputación. Con esto se puede proporcionar información valiosa a fisioterapeutas y otros profesionales de la salud que trabajan con esta población, para crear intervenciones basadas en las preferencias de los pacientes y en lo que estos consideran valioso. En este caso, de acuerdo con nuestra interpretación de las entrevistas, un tratamiento donde se establezcan lazos de comunicación efectiva, clara y de confianza, con buen trato y compromiso, es sumamente valorado por los pacientes.

Implicaciones

Con esta investigación identificamos diferentes implicaciones que podrían tener nuestros hallazgos dentro de la profesión de fisioterapia:

- El fisioterapeuta debe involucrarse de forma activa en la preparación del paciente previo y posterior a la cirugía y tener un mayor rol educativo.

- El fisioterapeuta puede integrar a los familiares y/o personas de apoyo del paciente en el proceso de rehabilitación.
- Los resultados de esta investigación brindan a la población de fisioterapeutas un acercamiento del sentir de los pacientes sobre sus servicios.
- Los resultados de esta investigación aportan a tener una visión enfocada en el paciente al momento de diseñar un plan de rehabilitación para esta población.
- El fisioterapeuta debe trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud para educar a pacientes que se enfrentarán a cirugía de amputación y tratamiento post-amputación, sobre los cambios y pasos que deben seguir.
- Se resalta la importancia de:
 - establecer buena comunicación y brindarles un buen trato a los pacientes
 - demostrarle al paciente que estamos comprometidos con su rehabilitación siendo consistentes con nuestros servicios.
 - enseñar que los pacientes pueden tomar mayor control de la rehabilitación al apoderarse de su tratamiento.

Futuras investigaciones podrán:

- Explorar si la educación que se le está brindando a los pacientes es suficientemente abarcadora.
- Explorar la relación entre la comunicación, compromiso y trato de que se le brinda a los pacientes y los resultados de la fisioterapia.
- Explorar la preparación y la educación del paciente previo y posterior a la cirugía y cómo se puede integrar la fisioterapia en este aspecto.
- Comparar la importancia que se le da al apoyo familiar y de otras personas dependiendo de las áreas geográficas y sus culturas.

Limitaciones

Los resultados de nuestra investigación pudieron estar afectados por algunas limitaciones. Algunos de los participantes expresaron no recordar con claridad algunos detalles de los eventos y no abundaron mucho en algunas preguntas, pero Christensen *et al.* (2016) indican que esto siempre es una posibilidad cuando se hacen entrevistas.

Además, algunos participantes no demostraron una habilidad lingüística amplia que ayudara a aportar más información y abundar más en sus respuestas. Esto puede estar asociado a que nuestros participantes tenían un nivel educativo bajo lo cual concuerda con la investigación de Mulder y Hulstijn (2011), en la que explican que la adecuación comunicativa en tareas habladas está positivamente afectada por el alto nivel educativo, pero no por

la edad de las personas. De igual manera, el aporte de los participantes en las reflexiones escritas fue escasa.

Otra limitación fue el suceso del evento atmosférico Huracán María que afectó a la isla de Puerto Rico en septiembre del 2017. Debido a que los medios de comunicación estaban afectados, se atrasó el tiempo y reclutamiento de los participantes. Además, este evento afectó negativamente la continuidad de los tratamientos de por lo menos uno de los participantes.

CONCLUSIONES

El diseño utilizado en esta investigación nos permitió describir e interpretar las contestaciones de los participantes, encontrando la esencia de sus experiencias vividas. Al momento de realizar nuestra búsqueda en la literatura, entendemos que esta es la única investigación que busca conocer las experiencias de los pacientes con amputaciones por complicaciones vasculares con los servicios de fisioterapia en Puerto Rico. Como resultado se reflejó que en general los participantes han tenido buenas experiencias con los servicios de terapia en Puerto Rico, aunque hay algunos aspectos que se deben trabajar. Desde la perspectiva de todos los participantes, sus experiencias con la Fisioterapia abarcaron su relación con el fisioterapeuta y el cuidado que le brindaron. Además, se pudo observar que el compromiso y el trato del fisioterapeuta son pieza clave para definir sus experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

Akarsu, S., Tekin, L., Safaz, I., Göktepe, A. S., y Yazicioğlu, K. (2012). Quality of life and functionality after lower limb amputations: Comparison between uni- vs. bilateral amputee patients. *Prosthetics and Orthotics International*, 37(1), 9-13.

APTA (2013). *Essential Health Benefits Recommendations*. Recuperado de https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Policies/Practice/EssentialHealthBenefits.pdf

Bacyinski, A., Sina, K., y Wren, P. (2016). Knowledge of the Physical Therapy Profession: A Survey of Outpatient Orthopedic Patients in Southeastern Michigan. *Journal of Student Physical Therapy Research*. Recuperado de http://www.ptstudentjournal.org/assets/JSPTTR_Volume_9_Number_1_Article_1.pdf

Bernard, H. (1984). The Problem of Informant Accuracy: The Validity of Retrospective Data. *Annual Review of Anthropology*, 13(1), 495-517.

Christensen, J., Ipsen, T., Doherty, P., y Langberg, H. (2016, December). Physical and social factors determining quality of life for veterans with lower-limb amputation(s): A systematic review. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26985705>

Creswell, J. W., y Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Los Angeles: SAGE Publications.

Flores, G. (2000). Culture and the patient-physician relationship: Achieving cultural competency in health care. *The Journal of Pediatrics*, 136(1), 14-23.

Greene, S. (2012). A Framework for Making Patient-Centered Care Front and Center. *The Permanente Journal*, 16(3).

Greenfield, B., Keough, E., Lynn, S., Little, D., y Portela, C. (2010). The meaning of caring from the perspectives of patients undergoing physical therapy. *Journal of allied health*, 39(2), 43E-47E.

Hills, R., y Kitchen, S. (2007). Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(5), 255-271.

Kidd, M. O., Bond, C. H., y Bell, M. L. (2011). Patients' perspectives of patient-centredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: A qualitative study. *Physiotherapy*, 97(2), 154-162.

Manen, M.V. (2016). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. London: Routledge.

Manen, M.V. (2017). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: Routledge/Taylor and Francis.

Moustakas, C. (2010). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Moxey, P. W., Gogalniceanu, P., Hinchliffe, R. J., Loftus, I. M., Jones, K. J., Thompson, M. M., y Holt, P. J. (2011). Lower extremity amputations - a review of global variability in incidence. *Diabetic Medicine*, 28(10), 1144-1153.

Mulder, K., y Hulstijn, J. H. (2011). Linguistic Skills of Adult Native Speakers, as a Function of Age and Level of Education. *Applied Linguistics*, 32(5), 475-494.

Norlyk, A., Martinsen, B., y Kjaer-Peterson, K. (2017). Living with clipped wings- Patients' experience of losing a leg. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v8i0.21891>

Ostler, C., Ellis-Hill, C., y Donovan-Hall, M. (2013). Expectations of rehabilitation following lower limb amputation: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 36(14), 1169-1175.

Pasch, R. J., Penny, A. B., y Berg, R. (2018, April 10). *National Hurricane Center Tropical Cyclone Report, Hurricane Maria*. Recuperado de https://www.nhc.noaa.gov/data/tcr/AL152017_Maria.pdf

Peiris, C. L., Taylor, N. F., y Shields, N. (2012). Patients value patient-therapist interactions more than the amount or content of therapy during inpatient rehabilitation: A qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 58(4), 261-268.

Ritchie, J. (2014). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Los Angeles, CA: SAGE.

Zidarov, D., Swaine, B., y Gauthier-Gagnon, C. (2009). Quality of Life of Persons with Lower-Limb Amputation During Rehabilitation and at 3-Month Follow-Up. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(4), 634-645.

Recibido: 23/08/2018

Reenviado: 21/02/2019

Aceptado: 28/02/2019

Sometido a evaluación de pares anónimo

