



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. sept-oct, 2012; 16(5):44-55

MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Impacto social de las salas de rehabilitación en el Municipio de Pinar del Río

Social impact of rehabilitation rooms in Pinar del Rio municipality

Yazuina Fuentes de la Rosa¹, Jorge Félix Rodríguez Ramos², Acela Boffill Corrales³, Iván Rodríguez Ramos⁴, Aimee Carbó Ordaz⁵

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: yazuina@princesa.pri.sld

²Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: jorgefch@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Segundo Grado en Oftalmología. Máster en Atención Integral al niño. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río. Correo electrónico: bofill64@fprincesa.pri.sld.cu

⁴Especialista en Medicina General Integral. Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima". Pinar del Río. Correo electrónico: ivan@princesa.pri.sld.cu

⁵Especialista en Medicina General Integral. Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima". Pinar del Río.

RESUMEN

Introducción: la rehabilitación tiene el objetivo de contribuir a la recuperación y reinserción a la sociedad de personas con discapacidades físico-motoras.

Objetivo: determinar el impacto social de las salas de rehabilitación en el municipio Pinar del Río durante el período 2009 -2011.

Material y método: se realizó una investigación observacional, descriptiva,

transversal, y aplicada. Para el procesamiento y análisis estadístico univariado y bivariado se diseñó una base de datos en el programa Access® y se utilizó el paquete estadístico SPSS 14.0®.

Resultados: el número de casos atendidos se ha incrementado paulatinamente por años de servicios hasta un total de 44408 (100%), sobresaliendo por áreas el Policlínico «Hermanos Cruz» (34%). La enfermedad rehabilitada y el tratamiento indicado más frecuentes fueron la artropatía (47.7%) y la kinesioterapia (28,9%) respectivamente. El 73,5 % inició el tratamiento físico -rehabilitador antes de los 3 días y el 94 % tuvo menos de 45 minutos de estadía promedio de espera. La estadía promedio de tratamiento en la sala fue de 15 a 21 días (46 %). La calidad percibida por el usuario y su resolutivez fueron superiores en el 90 % de los casos. La tasa de reinserción de los pacientes en la vida laboral fue de un 66.7 %. El costo unitario descendió inicialmente a 1.13 para luego aumentar a 1.30. El grado de satisfacción de los pacientes fue de un 94 %.

Conclusiones: se logró el impacto social deseado de las salas de rehabilitación del municipio de Pinar del Río sobre la calidad de la atención a estos pacientes.

DeCS: Personas con discapacidad, Rehabilitación/métodos.

ABSTRACT

Introduction: rehabilitation is aimed at providing the recovery and reinsertion of people suffering from physical-motor disabilities.

Objective: to determine the social impact of the rehabilitation rooms in Pinar del Rio municipality during 2009 -2011.

Material and Method: an observational, descriptive, cross sectional and applied research was conducted. To process the information and to perform the univariable and bivariable statistical analysis a database was designed using a database on Access program and SPSS14.0® statistical package.

Results: the number of cases treated increased gradually regarding the years of services up to a total of 44408 (100%), where "Hermanos Cruz" outpatient clinic stood out per health areas (34%). The most frequent disease treated was arthropaty (47,7%), and kinesiotherapy (28,9%) respectively; 73,5% started physical-rehabilitation before 3 days and 94% less than 45 minutes of stay. The average stay of treatment in the room was 15 -21 days (46%). The quality of services perceived by the patients and the resolution rate were superior in 90% of the cases. Reinsertion of patients to working activities reached 66,7%. The unitary cost initially decreased up to 1,13 to increase later up to 1,30. Satisfaction degree achieved 94%.

Conclusions: the social impact of rehabilitation rooms concerning the quality of health care for these kinds of patients was accomplished.

DeCS: Disabled persons, Rehabilitation/methods.

INTRODUCCIÓN

Existen más de 600 millones de ciudadanos con diferentes discapacidades en el mundo y sólo en América Latina y el Caribe hay más de 50 millones de personas; la mayor parte de ellos, un 90%, se concentran en Brasil, México, Colombia, Argentina, Perú, Venezuela, Ecuador y Cuba. La situación actual de la discapacidad

en América Latina se encuentra en alerta roja debida al incremento de las causas y factores desencadenantes que la producen.¹⁻³

Las salas de rehabilitación están dotadas de equipos de alta tecnología, que les permite brindar servicios terapéuticos de acupuntura, mecanoterapia, ultrasonido, diatermia, y láser, entre otros. A este centro pueden asistir las personas para recibir diversos tratamientos, en dependencia de su padecimiento.⁴⁻⁶

La estrategia está dirigida a la recuperación y reinserción a la sociedad de personas con discapacidades físico-motoras, una necesidad que se acrecienta con el envejecimiento de la población cubana.⁷⁻¹⁰

Por otra parte, se pudiera definir un impacto social como el que va dirigido al bienestar de la población, a la satisfacción de los pacientes, familiares y trabajadores de la salud, a producir un reflejo hacia el campo internacional de la obra de la revolución. Entre los principales indicadores de impacto social se encuentran: la disminución de la morbilidad, mortalidad y la letalidad, incremento de la calidad de vida, amplitud de los servicios de salud con mayor equidad, aumento en la mejora continua de la calidad de los servicios de salud, en todos los niveles e instituciones, aceptabilidad de los servicios o tecnologías por la población, satisfacción de la población, disminución de la discapacidad, cambios en los estilos de vida, supervivencia y aumento en la esperanza de la vida, satisfacción de los prestadores de servicios, incremento de los años de vida activa, disminución de los ingresos y estadía hospitalaria.¹¹⁻¹³

El grupo en edad productiva actualmente es el más afectado por discapacidades y los más vulnerables son los adultos mayores, los niños en calidad de abandono, las mujeres en situación de violencia doméstica y los grupos étnicos minoritarios. El incremento en la expectativa de vida, el aumento de las enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento, el crecimiento de las tasas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, el uso y abuso del alcohol y otras sustancias, la violencia social y el incremento de las enfermedades ocupacionales, son las causas, entre otras, de algún tipo de discapacidad, en una población en franco ascenso numérico; por ende, es de esperar que un mayor número de personas necesitarán acudir a los servicios de rehabilitación para minimizar esta discapacidad.¹⁴⁻¹⁶

El objetivo del estudio fue determinar el impacto de las salas de rehabilitación en el municipio de Pinar del Río sobre la calidad de la atención médica brindada a estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal, y aplicada con la finalidad de conocer el impacto social de las salas de rehabilitación en el municipio Pinar del Río durante el período 2009 -2011. El universo de estudio estuvo constituido por los 44408 pacientes atendidos en las salas de rehabilitación registrados en la base de datos del Departamento de Estadística del Municipio. Se realizó primero un muestreo estratificado y posteriormente un muestreo sistemático, encuestando un paciente de cada cinco en la sala. Si algún paciente seleccionado se negó a participar en la encuesta, entonces, se tomó el siguiente paciente que acudió al servicio, y de esta manera, se eliminó el sesgo de caída de la muestra.

Para la recogida de la información se aplicaron encuestas a través de los cuestionarios elaborados por el equipo del trabajo que fueron previamente capacitados por la dirección, las mismas se le aplicaron a la muestra seleccionada

que acudió al servicio a realizar cualquier tipo de rehabilitación a partir de la fecha de inicio, en el caso de pacientes que presentaron algún trastorno mental o discapacidad que impidió la aplicación de la encuesta, se le realizó al familiar en su condición de madre, padre o tutor que lo acompañó y pudo responder.

Las variables estudiadas fueron: la edad, sexo, tipo de discapacidad que padece, evolución de la discapacidad, asistencia a los servicios de rehabilitación municipal, si ha tenido rehabilitación anteriormente, indicaciones de fisioterapia por enfermedad, estadía promedio de los pacientes, facilidad y rapidez con que es atendido en el servicio, variedad de ofertas en los servicios, calidad percibida por el usuario del servicio, resolutivez del servicio, costo promedio anual, grado de satisfacción de los pacientes por los servicios prestados.

Métodos de procesamiento y análisis de la información: se diseñó una base de datos en el programa Access® y para el análisis estadístico univariado y bivariado se utilizó el paquete estadístico SPSS 14.0®. En cuanto a los tiempos de espera en el servicio, se realizó un análisis estadístico descriptivo. Para analizar las variables se utilizaron las frecuencias absolutas, las relativas porcentuales y el ji cuadrado, considerándose significativo un $p < 0.05$.

RESULTADOS

El número de casos atendidos se ha incrementado paulatinamente por años de servicios hasta un total de 44408 (100%), sobresaliendo por áreas el policlínico "Hermanos Cruz" con 15010 (33,8%) pacientes. El 73,5 % inició el tratamiento físico-rehabilitador antes de los 3 días. La estadía promedio en la sala fue de 15 a 21 días (46 %). La calidad percibida por el usuario y su resolutivez fueron superiores en el 90 % de los casos. La tasa de reinserción de los pacientes en la vida laboral fue de un 66,7.

Se encuentran los pacientes en rehabilitación por especialidad y años, donde predominaron las artropatías en el año 2010 con 9094 (20,4%) pacientes, y en general con 21219 (47,7 %) pacientes, diferencias altamente significativas ($\chi^2=2085,84$; $gdl=8$; $P < 0,001$), tabla 1.

Tabla 1. Pacientes en rehabilitación por especialidad y años.

Especialidad	2009		2010		2011		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Artropatías	6705	15	9094	20,4	5420	12,2	21219	47,7
Lesiones Inflammatorias	1998	4,4	4957	11,1	1748	3,9	8703	19,5
Traumatizados	829	1,8	2394	5,3	1091	2,4	4314	9,7
Logopedia y Foniatría	1518	3,4	1575	3,5	780	1,7	3873	8,7
Defectología	1498	3,3	467	1,0	470	1,0	2435	5,4
Otros	906	2,0	2094	4,7	864	1,9	3864	8,7
Total	13454	30,2	20581	46,3	10373	23,3	44408	100

($\chi^2=2085,84$; $gdl=8$; $P < 0,001$)

Se encuentran los tipos de tratamientos de rehabilitación por años, donde predominó la kinesioterapia en el año 2010 con 197019 (15,1 %) pacientes, y en

general con 377947 (28,9 %) pacientes, diferencias altamente significativas ($\chi^2=8139,66$; $gdl=8$; $P<0,001$), tabla 2.

Tabla 2. Tipos de tratamientos de rehabilitación por años.

Tratamientos	2009		2010		2011		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Quinesioterapia	10283	0,7	197019	15,1	170645	13,0	377947	28,9
Masaje occidental	4410	0,3	74399	5,7	64058	4,9	142867	10,9
MNT	4571	0,3	63411	4,8	48151	3,6	116133	8,9
Calor Infrarrojo	4571	0,3	60531	4,6	42404	3,25	107506	8,24
Terapia ocupacional	1771	0,1	3772	0,28	5284	0,4	10827	0,83
Otros	5753	0,4	247721	18,0	306895	23,5	560369	42,9
Total	19853	1,5	646853	49,5	637437	48,8	1304143	100

($\chi^2=8139,66$; $gdl=8$; $P<0,001$)

Se encuentra la estadía promedio de espera en la sala de rehabilitación, donde predominó la estadía menor de 45 minutos en 41744 (94 %) pacientes.

El 73,5 % inició el tratamiento físico-rehabilitador antes de los 3 días. La estadía promedio de tratamiento en la sala fue de 15 a 21 días (46 %). La tasa de reinscripción de los pacientes en la vida laboral fue de un 66,7 %. Tabla 3.

Tabla 3. Estadía promedio de espera en la sala de rehabilitación.

Minutos	No	%
< 45	41744	94
45 y más	2664	6
TOTAL	44408	100

Se muestra el costo total promedio por años, donde el costo unitario descendió inicialmente a 1,13 para luego aumentar a 1,30 en el último año, tabla 4.

Tabla 4. Costo total promedio por años.

Costos	2009	2010	2011	Total
Directo	343148	679284	860888	1883320
Indirecto	85784	169820	215220	470824
Total	428932	849104	1076108	2354144
Unitario	1,23	0,13	1,30	2,66

Se muestra el grado de satisfacción de los usuarios, donde predominaron los satisfechos en 8349 (94%) pacientes. Tabla 5.

Tabla 5. Grado de satisfacción de los usuarios.

Grado	No	%
Satisfecho	8349	94
No satisfecho	533	6
Total	8882	100

DISCUSIÓN

Este es un servicio de nueva instauración y sin antecedentes algunos en nuestro país, donde se está empezando a medir sus impactos en la Atención Primaria de Salud. En edades tempranas de la vida son menos los pacientes vistos en las salas de rehabilitación, ya que sus enfermedades son congénitas y por accidentes perinatales, parálisis cerebrales, trastornos del desarrollo sicomotor, etc. En edades laborales, son más frecuentes las causas degenerativas, los accidentes laborales, la degeneración del sistema osteomioarticular (SOMA), los accidentes vasculares encefálicos, etc. En edades avanzadas, aparecen las enfermedades degenerativas del sistema osteomioarticular como: espóndilo-artrosis, espondilosis, coxartrosis, gonartrosis, condromalacia, hernias discales, bursitis, entre otras. También a medida que avanza la edad aparecen enfermedades degenerativas del sistema nervioso (Parkinson, esclerosis múltiples, esclerosis lateral amiotrófica, accidentes vasculares encefálicos (ACV), Guillan Barre, etc.¹⁻³

Cuba tiene una población de 11 239 129 habitantes, de estos un 16,2 % tiene 60 años y más; la esperanza de vida es de 77, 97 años, para la mujer es de 80,02 años, mientras que para el hombre es de 76, 00 años, esto contribuye a que se presenten con mayor frecuencia las enfermedades no transmisibles dentro de estas edades reportadas anteriormente, por lo cual, las enfermedades asociadas al envejecimiento de la población, entre las que cuentan las discapacidades, constituyen un importante problema de salud.^{4,5}

El envejecimiento de la población es una tendencia contemporánea, derivada de los procesos de transición demográfica y epidemiológica iniciados en Europa hace varios siglos en los países con transición temprana y extendida a los países en vías de desarrollo, como ocurre con Cuba.^{6,7}

Sin lugar a dudas, el incremento de la longevidad ha sido un anhelo de la humanidad, por lo que el proceso de referencia debe considerarse un logro de las ciencias médicas y de la salud. Sin embargo, el incremento de la expectativa de vida trae aparejado cambios en los patrones de morbilidad, entre los que se aprecian las discapacidades físicas de naturaleza creciente que se incluyen entre los problemas de salud más importantes a atender por los diferentes países en la centuria recién iniciada.⁸⁻¹⁰

Se han identificado varios factores de riesgo de discapacidad física, dentro de los que aparecen: la edad avanzada, baja escolaridad, desocupación, insatisfacción con las actividades cotidianas, pérdida de roles sociales, pérdida de familiares, amigos y cónyuge, sentimientos de soledad, ausencia de confidente, condiciones materiales de vida inadecuadas, enfermedades crónicas, secuelas pos fractura de cadera, amputaciones, sensación de inactividad, inadaptación a la jubilación y el sexo femenino. Ello ha permitido la construcción de modelos matemáticos útiles para el tratamiento preventivo de la discapacidad física, tanto en el nivel individual como en el familiar y el comunitario.^{11,1}

Existe consenso internacional respecto a los beneficios de la actividad física en la salud y la calidad de vida. Se ha demostrado ampliamente su efecto en promover, recuperar y mantener la salud. La evidencia más reciente demuestra los beneficios del ejercicio físico, cuando se realiza de forma continua o acumulada completando un mínimo de 30 minutos diarios. Contribuye a la prevención y manejo de una serie de enfermedades, entre las que se destacan las Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Obesidad, HTA y la Depresión entre otras. Investigaciones actuales muestran de manera inequívoca que la condición física, principalmente la capacidad aeróbica predice el riesgo de muerte por causa cardiovascular tanto en varones, como en mujeres.^{13, 14}

Los pacientes rehabilitados en estas salas han tenido los días de tratamiento necesarios para aliviar o resolver sus problemas y están acorde con lo que se espera en una atención óptima con 15 días como promedio. Es de señalar que los que más tiempo permanecieron en rehabilitación integral fueron los que padecieron accidente Vascular encefálicos (ACV), a los que además de ser prolongada la rehabilitación física, la rehabilitación psicológica es muy importante, su control de factores de riesgo y convencerlo para lograrlo y la promoción de salud. Esta integración del tratamiento en estos enfermos muy dañados biosicosocial más que bienes materiales y rehabilitación física imploran un apoyo psicológico adecuado y el control adecuado de sus factores de riesgo cumpliendo la prevención Secundaria.^{15,16}

Los tiempos de respuesta al tratamiento y tiempo de mejoría fueron como promedio inferiores a 7 días. Se considera que estos tiempos se debe a la calidad de los equipos, calidad progresivamente excelente del fisiatra y prestadores de atención y la confianza ganada de los enfermos en un equipo unido y con protocolo de tratamiento y técnicas de aplicación muy bien definidos.

La estimación del costo de la enfermedad en la actualidad está alcanzando cada vez mayor importancia. Algunas de las razones son las siguientes: son métodos para demostrar el impacto económico de la enfermedad en la sociedad y deberían ser considerados conjuntamente con las estimaciones de mortalidad y morbilidad asociadas a esta; porque permiten la comparación entre las diferentes enfermedades y conocer la distribución de los costos entre los distintos tipos de recursos empleados (visitas, hospitalización, fármacos, rehabilitación, entre otros); identifican los recursos utilizados en los diferentes niveles de evolución de una enfermedad, y permiten establecer comparaciones entre instituciones o regiones cuando se utiliza de forma simultánea una misma metodología para el cálculo de los costos; ayudan a identificar necesidades de información e investigación.^{17, 18}

La eficiencia es el objetivo central de la política económica cubana, pues constituye una de las mayores potencialidades con que cuenta el país. Entre los objetivos del sistema de salud se encuentran: la reducción de los costos, aumentar el control sobre los recursos y alcanzar mayor racionalidad económica, todo lo cual resalta la importancia de realizar estudios económicos de la enfermedad, como los tratamientos de rehabilitación que se realizan en estas salas, basado en la perspectiva de la sociedad, que permitan revelar sus implicaciones para el sistema de salud, el paciente y sus familiares.

Los estudios de costo de la enfermedad identifican la dimensión y los componentes principales de la carga económica de la enfermedad, pueden demostrar que las enfermedades requieren una mayor asignación de recursos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, y ayudarán a influir en las decisiones sobre las prioridades de investigación y monitorear el impacto de iniciativas de políticas en la salud pública.^{19, 20}

Se deben centrar las actuaciones en el paciente mediante el conocimiento y comprensión de sus necesidades, expectativas y grado de satisfacción, introduciendo medidas de calidad, que trascendiendo lo meramente técnico o científico, permitirá reevaluar y redefinir la relación con el enfermo. También debe implicar a los profesionales en la gestión de procesos, convirtiéndoles en motores del cambio, al recoger, analizar y compartir el conocimiento, con el fin de movilizar recursos intelectuales del colectivo que beneficien a la organización, al individuo y a la sociedad. Ello es muy necesario y trascendente en los Servicios de Rehabilitación Integral, donde la valoración, diagnóstico y prescripción del tratamiento rehabilitador se efectúa por los profesionales médicos fisiatras y los tratamientos se efectúan por otros profesionales técnicos del equipo de rehabilitación, pudiendo servir para una correcta interrelación de todo el equipo.

Además sirve para garantizar la continuidad asistencial necesaria de cada proceso, que permita liberar al paciente de las consecuencias de una atención fragmentada y compartimentada, ya que de la fragmentación del proceso se derivaría un incremento de las insatisfacciones, especialmente porque la evidencia científica de la eficacia y efectividad de los tratamientos es muy baja.¹⁷⁻²⁰ La satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. Se puede decir que es un instrumento para medir la excelencia. No se puede construir excelencia de la calidad en la atención en instituciones de salud sino se garantiza satisfacción.^{9, 10}

Por lo general, se coincide al afirmar que los pacientes de mayor edad están más satisfechos con la atención sanitaria recibida que los jóvenes, que las personas con ingresos económicos medios y superiores muestran niveles mayores de satisfacción y que, aún con cierta controversia, las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención médica que reciben, y sobre todo se muestran satisfechas con las características de entorno de los centros.⁵

El nivel de salud del paciente y el tratamiento rehabilitador también muestra una relación directa con su nivel de satisfacción y ésta, a su vez, ha demostrado una alta capacidad predictiva del nivel de calidad de vida que el paciente logra tener tras este. La satisfacción de los pacientes en nuestros servicios de rehabilitación, servirá para continuar aplicando buenos servicios y tratamientos, para ayudar a crear nuevos programas terapéuticos que lo satisfagan. Está demostrado que si el paciente está satisfecho con los diferentes aspectos de un tratamiento aplicado y el trato recibido, llevará el mejor aprovechamiento de este y consecuentemente mejores resultados. El grado de satisfacción de los pacientes influye en la utilización de los servicios y el estado de salud de la población.

El estudio de la satisfacción de los pacientes se considera una medida fundamental para la evaluación y mejora de gestión de procesos en los Servicios de Rehabilitación Integral (SRI), por lo que su estudio e interpretación debe ser básico para una racionalización de los recursos médicos conjuntamente con la mejoría de la Atención Médica y Paramédica en dichas salas.

La coincidencia temporal de una serie de fenómenos como la variabilidad en la práctica clínica, la mayor información de los enfermos gracias al acceso a medios electrónicos (Internet), que está cambiando la relación del paciente con el médico,¹⁻³ los propios avances tecnológicos y finalmente el propio sentimiento del paciente, que tiene una percepción de lo que debe ser la atención de rehabilitación, ha dado lugar a que los diferentes órganos de decisión médica reclamen más y una mejor información sobre el nivel de eficacia real de las tecnologías médicas, porque su impacto económico y social hace que las decisiones se tomen con mayor racionalidad. La evaluación de la satisfacción de los usuarios es un mecanismo de

planificación, gestión y asistencia sanitaria, que debe proporcionar una información objetiva y veraz a los niveles de decisión.⁶⁻⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez Durva G. Salas de rehabilitación, otro éxito de la salud en Camagüey. [Internet]. Radio Cadena Agramante. Martes, 12 de febrero de 2008. Edición digital. [Citado Ene 2012]. Disponible en: <http://www.cadenagramonte.cubaweb.cu/index.php?option=comfireboard&Itemid=156&func=view&id=82&view=threaded&catid=14>
2. Pérez Álvarez L, Sánchez Lameda LE. Análisis de la calidad de la atención al niño con discapacidad en el municipio Camagüey. AMC. [Internet]. 2008 [citado Ene 2012]; 12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200006
3. Güell Rous M R, Díez Betoret J L, Sanchis Aldás J. Rehabilitación respiratoria y fisioterapia respiratoria. Un buen momento para su impulso. Arch Bronconeumol. [Internet]. 2008 [Citado Ene 2012]; 44(1): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/6/6v44n01a13114663.pdf001.pdf>
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2010. La Habana; 2011. [Citado Ene 2012]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
5. Karjalainen K, Malmivaara A, Van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria para el dolor de cuello y hombro en adultos en edad activa. (Cochrane Review). [Internet] 2008. [Citado Ene 2012]; 4. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002194>
6. Martín Cordero JE. Prescripción y combinaciones terapéuticas. En: Agentes Físicos Terapéuticos. La Habana: Ecimed; 2008. p. 495 -506.
7. Kroeling P, Gross A, Goldsmith CH, Houghton PE, Cervical Overview Group. Electroterapia para los trastornos cervicales (Revisión Cochrane traducida). 2008 [citado Ene 2012]; 3. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004251>
8. Sánchez Serrano L, Martín Cordero JE, Pedroso Morales I, Llanes Acosta OR. Magnetoterapia y kinesiología en la cervicalgia. Revista Investigaciones Médicoquirúrgicas. [Internet]. 2010 [citado Ene 2012]; 11(1): [Aprox. 1p.] . Disponible en: <http://files.sld.cu/cimeq/files/2010/10/rev-invest-medicoquirurgicas-2010-vol-51.pdf>
9. Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, Díaz Acosta D, Ros Montenegro A, Abreu Pérez Y. Impacto de la fisioterapia para la reeducación del suelo pélvico en la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria. Rev haban cienc méd. [Internet]. 2009 [citado Ene 2012]; 8(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000300013&script=sci_arttext

10. Broeren J, Claesson L, Goude D, Rydmark M, Sunnerhag en KS. Virtual rehabilitation in an activity centre for community -dwelling persons with stroke. The possibilities of 3-dimensional computer games. *Cerebrovasc Dis.* [Internet]. 2008 [citado Ene 2012]; 26(3): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18667809>
11. Mumford N, Duckworth J, Thomas PR, Shum D, Williams G, Wilson PH. Upper limb virtual rehabilitation for traumatic brain injury: initial evaluation of the elements system. *Brain Inj.* [Internet]. 2010 [citado Ene 2012]; 24(5): [Aprox. 11p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20353283>
12. Podubecka J , Scheer S , Theilig S , Wiederer R , Oberhoffer R , Nowak DA . Cyclic movement training versus conventional physiotherapy for rehabilitation of hemiparetic gait after stroke: a pilot study. *Fortschr Neurol Psychiatr.* [Internet]. 2011 [citado Ene 2012]; 79 (7): [Aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21656459>
13. Hinrichs T, Moschny A, Brach M, Wilm S, KlaasZen -Mielke R, Trampisch M, et al. Effects of an exercise programme for chronically ill and mobility-restricted elderly with structured support by the general practitioner's practice (HOMEfit) - Study protocol of a randomised controlled trial. *Trials.* [Internet]. 2011 [citado Ene 2012]; 12: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/263/>
14. Quinn A. Hip and Groin Pain: Physiotherapy and Rehabilitation Issues. *The Open Sports Medicine Journal.* [Internet]. 2010 [citado Ene 2012]; 4: [Aprox. 14p.]. Disponible en: <http://www.citeulike.org/user/llaineey/article/10091865>
15. Alami S, Desjeux D, Lefèvre-Colau MM, Boisgard AS, Boccard E, Rannou F, et al. Management of pain induced by exercise and mobilization during physical therapy programs: views of patients and care providers. *BMC Musculoskeletal Disorders.* [Internet]. 2011 [citado Ene 2012]; 12: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21781296>
16. Teixeira LJ, Prado GF. Impact of physical therapy in vertigo treatment. *Revista Neurociencias.* 2009, 17(2):112-118. [citado Ene 2012]: Disponible en: <http://www.pubmedcentral.gov/oai/oai.cgi?verb=ListRecords&set>
17. Hillier SL, McDonnell M. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Internet]. 2011 [citado Ene 2012]; (2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328277>
18. Porcino AJ, Boon HS, Page SA, Verhoef MJ. Meaning and challenges in the practice of multiple therapeutic massage modalities: a combined methods study. *BMC Complementary and Alternative Medicine.* [Internet]. 2011 [citado Ene 2012]; 11: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21929823>
19. Désiron HAM, de Rijk A, Van Hoof E, Donceel P. Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health.* [Internet]. 2011 [citado Ene 2012]; 11: [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/615>
20. Vanderploeg RD, Collins RC, Sigford B, Date E, Schwab K, Warden D, et al. Practical and theoretical considerations in designing rehabilitation trials. The DVIC cognitively-didactic versus functional-experiential treatment study experience. *Journal*

of Head Trauma Rehabilitation. [Internet]. 2006 [citado Ene 2012]; 21(2): [Aprox. 14p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16569991>

Recibido: 9 de mayo de 2012.
Aprobado: 5 de octubre de 2012.

Dra. Yazuina Fuentes de la Rosa. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: yazuina@princesa.pri.sld Teléfono: 755149.
