

# **FACTORES INDIVIDUALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO: UNA REVISIÓN DEL TEMA**

**LINA MARCELA TAPIAS URREGO**

Fisioterapeuta Universidad CES

[linis272\\_15@hotmail.com](mailto:linis272_15@hotmail.com)

## **Resumen**

La adherencia fisioterapéutica es la implicación activa y voluntaria del paciente durante su rehabilitación para lograr un resultado terapéutico deseado. Hay grandes dificultades en este proceso y diversas dimensiones que intervienen en él (relacionadas o no con el paciente). Lograr una buena adherencia en el tratamiento fisioterapéutico es un requisito importante, que debe cumplirse durante la atención en salud y que implica importantes repercusiones en el ámbito personal, familiar, médico, social y económico tanto para el paciente como para los servicios de salud. Aunque hay pocos estudios que fundamenten científicamente el comportamiento de este fenómeno y que aporten a los sistemas de salud y a la práctica fisioterapéutica las herramientas necesarias para comprender las causas de la falta de adherencia a los tratamientos y para contribuir a disminuirlas, en este artículo se aborda desde la perspectiva fisioterapéutica los factores que puede intervenir para que los pacientes no colaboren durante su rehabilitación y las consecuencias que puede conllevar para los diferentes actores del proceso.

## **Palabras Claves**

Fisioterapia, Adherencia, Factores individuales

## **Introducción.**

El éxito en Fisioterapia depende en gran medida de la adherencia del paciente al tratamiento y a su vez la gran dificultad que se presenta con los pacientes en fisioterapia para cumplir correctamente con el tratamiento fisioterapéutico y las indicaciones dadas por el profesional es una situación que se presenta en todos los niveles de atención la cual no puede pasarse por alto. Para mejorar los procesos y alcanzar resultados exitosos se deben analizar diversos factores que influyen directamente en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico como son aquellos relacionados con la condición de la enfermedad, con el sistema de salud y la atención en salud, con el tratamiento, con aspectos socioeconómicos y los directamente relacionados con el paciente, siendo estos últimos los que hacen referencia a aspectos

o condiciones que determinan el comportamiento del paciente hacia el seguimiento de las recomendaciones y generan situaciones que impactan en la condición de salud y en el proceso de recuperación de la persona.

## **Desarrollo del tema:**

### **1. Fisioterapia y Tratamiento Fisioterapéutico: Basados en la ley 528.**

En la legislación Colombiana, la ley 528 de 1999 regula la profesión de fisioterapia y según lo establece, el objetivo de la fisioterapia es **el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano**. La Fisioterapia es la profesión del área de la salud que se caracteriza por buscar un buen desarrollo de las funciones corporales a través de las modalidades cinéticas y físicas científicamente demostradas. El fisioterapeuta es un profesional autónomo, capacitado para evaluar, diagnosticar y tratar las deficiencias y limitaciones funcionales de las personas y debe orientarse hacia el mantenimiento o potencialización del movimiento corporal humano para prevenir y/o recuperar las alteraciones del mismo que conlleven un mejoramiento de la calidad de vida de las personas y así, contribuir al desarrollo social (1). Pese a que la garantía de servicios con calidad no puede relacionarse con los resultados obtenidos en las intervenciones de fisioterapia pues esta profesión **comporta obligaciones de medio pero no de resultado** (1), es decir, es deber del fisioterapeuta realizar la atención y contribuir a la recuperación y el bienestar de las personas y para ello elige, de acuerdo con sus conocimientos la mejor alternativa terapéutica para el paciente según sus necesidades y pronósticos, de forma que el paciente pueda realizar sus actividades básicas o actividades diarias con la mayor independencia y funcionalidad que su patología o discapacidad lo permita pero no quiere decir que es obligación del fisioterapeuta lograr que el paciente, en todos los casos, recupere o mantenga sus movimientos, funcionalidad e independencia tal cual eran previo al cambio en su condición de salud.

Antes de iniciar un tratamiento fisioterapéutico se informa al paciente y/o su acompañante los riesgos o reacciones adversas que se puedan presentar como consecuencia de la intervención. Una vez el paciente y/o acompañante esté informado y de acuerdo, se firma el consentimiento y se inicia el proceso con una evaluación integral para establecer el diagnóstico fisioterapéutico determinando las deficiencias y/o limitaciones funcionales específicas para establecer un plan de intervención acorde a las necesidades del paciente y posibilidades de recuperación. Dado el caso que durante la evaluación o el tratamiento se vea la necesidad de otras ayudas diagnósticas o terapéuticas, el fisioterapeuta debe referir el usuario a un médico o profesional competente para lograr un tratamiento integral que mejore la condición de salud del usuario (1).

## **2. Discapacidad según la legislación y para el sistema de salud colombiano.**

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad es un *término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales*(2).

En Colombia, las personas con discapacidad están expuestas a discriminación y exclusión social, dificultando su participación en las actividades diarias de la sociedad donde se desenvuelven. Para evitar esto y lograr equidad y equiparación de oportunidades, la legislación colombiana ha expedido una serie de normas dentro de las cuales se incluyen las personas con discapacidad y los derechos que tienen (3).

Las personas con discapacidad se han considerado vulnerables, por lo tanto se les ha otorgado gran protección. Dentro de los temas más importantes por los que se ha preocupado la ley están: la seguridad social (incluye salud, tratamientos médicos, quirúrgicos, atención especial y el régimen subsidiado para personas de escasos recursos), las pensiones de invalidez y sustituciones pensionales, el derecho al trabajo y las garantías que debe tener del trabajador discapacitado (límites de la protección otorgada y despido sin justa causa), la educación, el cuidado de los discapacitados (se hace referencia al deber que tienen los padres y familiares de brindarlo) y el trato especial que se les debe conferir, proporcionándoles ciertos beneficios frente a medidas que rigen para el resto de la población (4,5).

Dentro del derecho de atención en salud que tienen todas las personas con discapacidad, se hace referencia a una atención integral que incluye tratamiento de rehabilitación. La fisioterapia entonces pretende desarrollar, mantener y restaurar al máximo las capacidades funcionales a lo largo de la vida de las personas con afectaciones somáticas, psicosomáticas y orgánicas, para lograr un buen nivel de salud y de calidad de vida como parte del proceso de rehabilitación.

A partir de la precisión sobre el número de personas con mínimamente una limitación, el Censo 2005 estableció para el país una prevalencia de discapacidad del 6,4% (6). Esta situación contiene importantes diferencias regionales, es decir, mientras en el promedio nacional por cada 100 colombianos 6,4 presentan limitaciones permanentes, en los departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Quindío, Caquetá y Tolima, este promedio es más alto. En efecto, por cada 100 personas de estos departamentos entre 7,8 y 9,5 tienen limitaciones permanentes (6). Por su parte en los departamentos de Sucre, Atlántico, Guainía, Bogotá, Amazonas, Guaviare y la Guajira presentan un

promedio de personas en condiciones de discapacidad menores al promedio nacional. Por cada 100 personas de estos departamentos, entre 3,7 y 5,4 tienen limitaciones permanentes (6).

Censo general 2005. Discapacidad personas con limitaciones permanentes. Bogotá D.C, 2006. Disponible en <http://www.discapacidadcolombia.com/Estadisticas.htm>



Según las estadísticas anteriores la mayoría de la población colombiana requiere de una u otra forma atención en Fisioterapia, ya sea en el campo de promoción de la salud

y prevención de la enfermedad a través de la actividad física, o, en procesos de recuperación funcional o de atención a las condiciones discapacitantes.

De acuerdo con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en el 2011, el 80.5% de la población con discapacidad, se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Subsidiado 54.1%, Contributivo 26.4%) y de éstos, el 59.2% reporta tener dificultades para acceder a servicios de rehabilitación, como consecuencia de la poca disponibilidad de éstos y la falta de dinero para el sostenimiento del tratamiento, producto de la condición de pobreza en que se encuentra la mayoría de la población con discapacidad (7).

### **3. Adherencia al tratamiento: Definición, medición e impacto.**

En un artículo publicado en el 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la adherencia a los tratamientos a largo plazo se define la adherencia al tratamiento como *“el grado en que el comportamiento de una persona · tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida· se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria+ (8)*. Según Herruzo, la adherencia a un tratamiento se define como *“la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido+ (9)*. Es importante diferenciar la adherencia del cumplimiento puesto que éste último está centrado en la propuesta del profesional de la salud y la obligación pasiva del paciente, por el contrario, la adherencia es un proceso mucho más dinámico y es el resultado de conductas o acuerdos a los que el profesional llega con el paciente.

Durante el proceso de recuperación se debe crear conciencia en el paciente sobre su constancia para la finalización del tratamiento, pues por diferentes factores se pueden perder logros ya obtenidos. Culminado este proceso, el paciente continuará trabajando de acuerdo con el plan casero y las recomendaciones que suministre el profesional y de ahí la importancia de la buena adherencia durante el tratamiento fisioterapéutico pues en última instancia es el paciente quien ejecuta las indicaciones dadas por el fisioterapeuta y decide cómo y cuando lo hará.

Estos programas de adherencia que implican cambios en la rutina de los pacientes o modificación en sus estilos de vida con ejercicios u otras recomendaciones son los más complicados ya que deben hacer frente a las creencias y valores de la persona para promover cambios en su comportamiento. Esto implica entonces asegurarse que el paciente tenga claro su patología, los riesgos de no tener continuidad con el programa de rehabilitación y los beneficios de hacerlo (10).

A pesar que se conoce que los comportamientos adherentes son los que influyen en gran porcentaje en una rehabilitación exitosa, los estudios en Colombia muestran de bajos a moderados porcentajes de adherencia: 35% de adherencia completa a planes caseros de terapia física, abandonos del 30% al 80% en programas de rehabilitación cardiaca y 40% al 91% de adherencia en programas de rehabilitación por lesiones deportivas (9).

Un estudio realizado en el 2010 con pacientes de dolor crónico mostró cambios en la adherencia al tratamiento al continuar con un régimen de ejercicios una vez terminada la fase inicial de rehabilitación. De 122 pacientes que iniciaron el tratamiento se realizó seguimiento a los 3 meses encontrando respuesta del 86% de las personas, y a los 12 meses de seguimiento, la respuesta fue del 71% (9,11). Esto puede explicarse debido a que los pacientes continúan realizando los ejercicios en casa siempre y cuando perciban mejoría. En un estudio realizado con pacientes de osteoartritis en rodilla y cadera se mostró que la adherencia a planes caseros se asocia con la mejoría del paciente en cuanto a la disminución del dolor, mayor funcionalidad alcanzada y mayores efectos positivos autopercebidos (12).

Durante el tratamiento, la deficiente adherencia puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, inasistencia a consultas e interconsultas, ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación (13).

En Antioquia, la distribución porcentual de la causa de no recepción de los servicios de rehabilitación en la población con discapacidad registrada al 2011, está clasificada así (7):

CAUSA	Nº	PORCENTAJE (%)
Falta de dinero	34.115	52,3
No sabe	14.460	22,2
Ya terminó la rehabilitación	5.390	8,3
Cree que ya no la necesita	4.736	7,3
No le gusta	3.194	4,9
El centro de atención queda muy lejos	2.092	3,2
No hay quien lo lleve	1.054	1,6
No aplica	227	0,3

<b>TOTAL</b>	<b>65.268</b>	<b>100</b>
--------------	---------------	------------

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Es de gran importancia medir la adherencia fisioterapéutica para determinar cambios en las conductas o recomendaciones del tratamiento fisioterapéutico y para evaluar la comunicación que permita la participación de los pacientes en su proceso de rehabilitación y/o recuperación. Para esto se utilizan métodos directos e indirectos. Los primeros son más utilizados en la práctica clínica puesto que incluyen la evaluación de fármacos en sangre, orina u otro fluido. Los métodos indirectos incluyen la entrevista personalizada o autocuestionario, que es más sencilla y útil en la práctica diaria en fisioterapia. Algunas desventajas de éste método es la falta de objetividad, pues puede ser fácilmente alterable por el paciente y según el cuestionario utilizado pueden presentarse diferencias en los resultados, generalmente, sobreestimando la adherencia al tratamiento (14).

La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública porque las consecuencias incluyen desde tratamientos innecesarios, pruebas adicionales y un aumento en el número de consultas al médico, hasta una mayor incidencia en ingresos o reingresos del paciente por complicaciones en su condición de salud. Además afecta la calidad en la atención, la relación fisioterapeuta-paciente, el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros (13); y el paciente se ve directamente afectado puesto que implica recaídas más intensas, complicaciones, aumenta el riesgo de dependencia y de condiciones discapacitantes.

Todo lo mencionado anteriormente puede llevar a grandes consecuencias en diferentes aspectos en los que se desenvuelve el paciente, su condición de salud y en diversos componentes del sistema de salud. Dentro de las consecuencias clínicas una deficiente adherencia fisioterapéutica puede verse reflejada en mayor lapso de tiempo para ver resultados terapéuticos o pérdida de logros obtenidos, aparición de complicaciones y recaídas y/o valoración errónea de la efectividad real del tratamiento.

En cuanto a las consecuencias económicas, se puede traducir para el paciente en pérdida económica por ausentismo laboral secundario a su condición, pérdidas en la economía familiar y gastos adicionales que se representan en reingresos hospitalarios o interconsultas y exámenes adicionales (13).

Aunque la medición directa de las consecuencias económicas que trae la falta de adherencia para el sistema de salud es difícil, esta falta de adherencia incrementa costos por atención médica desaprovechada, consultas programadas y no realizadas, aumento de intervenciones e incremento en el uso de los servicios. Por tanto en el

sistema de salud, los costos aumentan conforme aumentan los niveles de morbilidad (15).

Los beneficios económicos de la buena adherencia implican ahorros para el sistema por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas (13). Indirectamente también hay beneficios en cuanto a la mejoría del paciente, la preservación de la calidad de vida y su funcionalidad. Se ha demostrado que niveles altos de cumplimiento y adherencia a los tratamientos fisioterapéuticos aumentan la efectividad de los tratamientos (16).

En el componente psicosocial del paciente la adherencia al tratamiento puede jugar un papel protector puesto que contribuye al control y la no progresión de la enfermedad, mayor efectividad del tratamiento, mejoramiento en su calidad de vida y ayuda también a manejar la carga psicológica constante de su situación de salud.

#### 4. Determinantes de la adherencia a tratamiento en Fisioterapia

La adherencia fisioterapéutica es un proceso en el cual se involucran diversos factores, según la OMS éstos se clasifican en 5 grupos:



- Factores relacionados con el paciente: incluye aspectos como edad, sexo, expectativas, motivación, confianza, poco o ningún conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento, ideas equivocadas acerca de esto, actitudes negativas del paciente o sus familiares con respecto al tratamiento, falta de apoyo familiar,

problemas emocionales o de personalidad, olvido, bajo nivel de actividad física, dificultad de comprensión de las explicaciones dadas por el fisioterapeuta y/o falta de percepción de necesidad y/o efectividad del tratamiento.

En caso de la atención de niños y personas mayores es necesario darle más importancia a la simplicidad del lenguaje y de las recomendaciones, pues es uno de los factores claves para el cumplimiento del tratamiento (15). Esto se relaciona con el Modelo de Creencias de Salud, el cual propone que los pacientes actúan sobre las recomendaciones del tratamiento cuando creen que los beneficios del tratamiento superan las barreras del mismo (17,18).

- Factores relacionados con la condición de la enfermedad: hace referencia a estados emocionales, malestares físicos por efectos de medicamentos o de la misma patología, tiempo de evolución de la enfermedad, velocidad de progresión, comorbilidades, grado de discapacidad. Se ha mostrado que las patologías crónicas generan mayores problemas de adherencia que las agudas, así como la ausencia de síntomas (14). En un estudio realizado con deportistas, se concluyó que las personas que se lesionaban por primera vez eran menos propensos a cumplir con el tratamiento de rehabilitación comparados con aquellos que habían reportado 3 o más lesiones (19).
- Factores relacionados con el sistema de salud y la atención: se refiere a excesiva carga laboral para profesionales, falta de recursos, falta de monitorización y seguimiento periódico del paciente, poca capacidad del sistema para educar los pacientes, ideas equivocadas o desconocimiento sobre la adherencia terapéutica, actitudes negativas del personal que atiende al paciente, inadecuación de los servicios, insuficiente comunicación entre profesionales y pacientes, consultas cortas, tiempos de espera prolongados, horarios de atención, supervisión profesional inadecuada, falta de conocimiento sobre adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarlas, insatisfacción del paciente con el servicio. Se ha mostrado que la reducción en los tiempos de espera y la planificación del seguimiento mejora el cumplimiento con el tratamiento, es por esto que los pacientes hospitalizados tienen mayores tasas de adherencia que los ambulatorios (13). Así mismo, los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones del tratamiento (20).

En un estudio realizado en Francia con pacientes de osteoartritis de cadera y de rodilla, se sugiere que cuando se realiza fisioterapia grupal el cumplimiento de los ejercicios podría ser mayor que cuando hay terapia individual, puesto que con el primero las reuniones son regulares, hay mayor motivación para el paciente y la adherencia y satisfacción de las personas es mejor (21).

- Factores socioeconómicos: contiene analfabetismo, bajo nivel educativo, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, conflictos sociales, problemas laborales que impiden asistir a los programas o seguir las recomendaciones, pobreza, que generalmente obliga al paciente a elegir entre suplir necesidades básicas o mantener su tratamiento.
- Factores relacionados con el tratamiento: los factores más importantes que influyen en la adherencia son: duración del tratamiento, fracasos previos, cambios frecuentes de tratamiento, inminencia de efectos beneficiosos y disponibilidad de apoyo médico.

De los descritos anteriormente, los factores relacionados con el paciente influyen de manera positiva o negativa en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico pues guardan relación directa con el conocimiento de su enfermedad y la importancia para cumplir su proceso de rehabilitación para mejorar su condición de salud y su calidad de vida.

Es por esto que algunos de los factores que se han catalogado como predictores de baja adherencia terapéutica son: falta de conocimiento de la patología y de las consecuencias del incumplimiento del tratamiento fisioterapéutico, percepción de falta de seguimiento por parte del profesional, creencias y percepciones propias de su tratamiento.

Existen múltiples niveles que influyen en este aspecto y que pueden en algún momento actuar como barreras. Dentro de estos se incluyen los nivel intra e interpersonal. Las primeras hacen referencia a la falta de compromiso y de motivación por parte del paciente, la percepción de bienestar, la aceptación de reglas, la creencia en el tratamiento y en la capacidad de realizar las tareas prescritas, la tolerancia al dolor y las alteraciones emocionales. Dentro de las barreras interpersonales, los autores incluyen la falta de apoyo familiar o fisioterapéutico (9).

Hay muchas razones por las cuales se debe mejorar la adherencia del paciente al tratamiento fisioterapéutico, dentro de ellas cabe destacar que la adherencia fisioterapéutica se convierte en un factor protector, pues es un comportamiento que contribuye a la no progresión de la enfermedad, favorece su control, disminuye las complicaciones y mejora la calidad de vida del paciente (22). Para ello se pueden emplear diferentes estrategias: como medida principal, dar instrucciones verbales claras al paciente (comprobando su comprensión) y apoyarlas por medio de instrucciones escritas o gráficos para mejorar la adherencia al ejercicio. También se pueden emplear técnicas de motivación y retroalimentación positiva, establecer objetivos y planes de

acción en conjunto con el paciente (23,24), de forma que él sienta que realmente hace parte del proceso. En un estudio realizado en pacientes con dolor lumbar crónico se demostró que la falta de comentarios positivos por parte del fisioterapeuta fue un factor clave para la no adherencia al programa de ejercicios prescritos para realizar en casa como parte del proceso de rehabilitación (23). Otro estudio realizado en pacientes con osteoartritis en miembros inferiores concluye que se puede lograr adherencia al programa de ejercicios, por ejemplo, teniendo en cuenta el nivel de dolor, la capacidad funcional y de ejercicio de la persona (consenso profesional), explicando los resultados esperados al paciente, pidiendo al paciente un registro de autoevaluación, realizando seguimiento a largo plazo ya sea con llamadas telefónicas o por correo electrónico y proporcionando visitas de seguimiento (25).

## **Conclusiones.**

La adherencia al tratamiento fisioterapéutico implica una colaboración activa y voluntaria por parte del paciente y su familia además de una actitud positiva del paciente como uno de los factores más relevantes para la recuperación o rehabilitación.

La falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico trae consigo un elevado costo económico, social y laboral donde el principal actor afectado es el usuario y quien esté a su cargo, por lo tanto se hace necesario tener en cuenta las características sociales y las necesidades de cada persona para entender las barreras que se puedan presentar con la adherencia al tratamiento fisioterapéutico y desarrollar estrategias más efectivas que favorezcan el paciente y lo involucren activamente en el proceso de rehabilitación.

Los problemas de adherencia fisioterapéutica se observan siempre que se requiere de un autotratamiento por parte del paciente (por ejemplo los planes caseros), incluidos los preventivos. Un cumplimiento pobre del tratamiento fisioterapéutico como consecuencia resultados pobres en la salud del individuo, además del incremento de los costos para el sistema de salud. Por esto se debe dar importancia a la adherencia, además porque es un factor susceptible de modificación que influye sobre los resultados del tratamiento.

La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos fisioterapéuticos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psico-social y se demuestra que afecta aspectos relacionados con la calidad de la atención, con la relación fisioterapeuta-paciente, con el uso racional de los recursos y los servicios de salud. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública contemporánea, teniendo en cuenta que es un problema de gran magnitud, que se presenta en todos los países sin importar su nivel de desarrollo, sobre todo en las regiones más pobres.

## Referencias.

1. Congreso de Colombia. Ley 528 de 1999 [Internet]. p. 11. Available from: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Discapacidades [Internet]. 2012. Available from: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
3. Consejería Presidencial de Programas Especiales. Legislación en Discapacidad [Internet]. 2013. Available from: [http://cppe.presidencia.gov.co/Home/apoyo/Paginas/legislacion\\_discapacidad.aspx](http://cppe.presidencia.gov.co/Home/apoyo/Paginas/legislacion_discapacidad.aspx)
4. Protección Constitucional y Derechos Fundamentales de las Personas Discapacitadas [Internet]. Available from: [http://discapacidadcolombia.com/documentos/Derechos\\_defensoria.htm](http://discapacidadcolombia.com/documentos/Derechos_defensoria.htm)
5. Consejo Superior de la Judicatura-Corte Constitucional. Sujetos de especial protección en la Constitución política Colombiana [Internet]. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-553-11.htm>
6. Estado actual de la Discapacidad en Colombia. [Internet]. Available from: <http://www.discapacidadcolombia.com/Estadisticas.htm>
7. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Situación de la discapacidad en el Departamento de Antioquia: [Internet]. 2011. Available from: <http://www.dssa.gov.co/index.php/salud-publica/programas/discapacidad>

8. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. 2004.
9. Rossini Guzmán Y, Estrada Z. OL, Tejada M PA, Crespo O. FACTORES RELACIONADOS CON ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Factors related to adherence to a rehabilitation program. Revista Facultad de Salud - RFS. 2010;Vol. 2(1):39. 50.
10. Frost, Sullivan. PATIENT NONADHERENCE: TOOLS FOR COMBATING PERSISTENCE AND COMPLIANCE ISSUES [Internet]. 2006. Available from: [http://adhereforhealth.org/wp-content/uploads/pdf/Patient\\_Nonadherence\\_Tools\\_for\\_Combating\\_Persistence\\_and\\_Compliance\\_Issues\\_FrostSullivan.pdf](http://adhereforhealth.org/wp-content/uploads/pdf/Patient_Nonadherence_Tools_for_Combating_Persistence_and_Compliance_Issues_FrostSullivan.pdf)
11. Hartigan C, Rainville J, Sobel J, Hipona M. Long-term exercise adherence after intensive rehabilitation for chronic low back pain. Med Sci Sports Exerc. 2000;3:551. 7.
12. Pisters M, Veenhof C, Schellevis F, Twisk J, Dekker J, De Bakker D. Exercise adherence improving long-term patient outcome in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee. Arthritis Care Res. 2010;62(8):1087. 94.
13. Libertad MA. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2006;32(3). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013)
14. Alonso M, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Ayión R, Gangoso A, et al. ADHERENCIA TERAPÉUTICA: ESTRATEGIAS PRÁCTICAS DE MEJORA. Salud Madr. 2006;3(8):31. 8.
15. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009;41(6):342. 8.
16. Einas A-E. Indicators of adherence to physiotherapy attendance among Saudi female patients with mechanical low back pain: a clinical audit. BMC Musculoskeletal Disorders. 2010;11(124):1. 7.
17. Causes of non-adherence [Internet]. Available from: <http://www.euromedinfo.eu/causes-of-non-adherence.html/>
18. Moreno San Pedro E, Rosales - Nieto JG. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2003;3(1):91. 109.
19. Milne M, Hall C, Forwell L. Self efficacy, imagery use and adherence to rehabilitation by injured athletes. Journal of Sport Rehabilitation. 2005;14(2):150. 67.

20. Libertad MA, Grau Abalo JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. The study of therapeutic adherence as a problem of Health Psychology. *Psicología y Salud*. 2004;14(1):89. 99.
21. Tiffreau V, Mulleman D, Coudeyre E, Lefevre-Colau M, Revel M, Rannou F. The value of individual or collective group exercise programs for knee or hip osteoarthritis. Clinical practice recommendations. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2007;50(9):741. 6.
22. Álvarez Ramírez SP, Cuartas Martínez HA. Mejoramiento de la Adherencia Terapéutica en los pacientes diagnosticados con Esclerosis Múltiple de la Fundación FUNDEM [Internet]. [Bogotá]: Universidad de la Sabana; 2008. Available from: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2270/1/121849.pdf>
23. Kirsten J, Sionnadh Mairi M, Moffett Klaber J, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Man Ther*. 2010;15(3-2):220. 8.
24. Jordan J, Holden M, Mason E, Foster N. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;20(1):1. 64.
25. Mazières B, Thevenon A, Coudeyre E, Chevalier X, Revel M, Rannou F. Adherence to, and results of, physical therapy programs in patients with hip or knee osteoarthritis. Development of French clinical practice guidelines. *Joint Bone Spine*. 2008;75(5):589. 96.