

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

**LINA MARCELA PAMPLONA RANGEL
DANIELA URIBE GUARÍN**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INVESTIGACIÓN
MEDELLÍN Æ ANTIOQUIA
2016**

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

**LINA MARCELA PAMPLONA RANGEL
DANIELA URIBE GUARÍN**

INFORME

**ASESORA
JESSICA MARÍA AYALA HERNÁNDEZ
Fisioterapeuta, Magister en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
INVESTIGACIÓN
MEDELLÍN-ANTIOQUÍA**

1. RESUMEN:

Éste informe tiene como objetivo abordar el concepto y los componentes de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico, la cual se define como la capacidad para cambiar estilos de vida enfocados a la buena salud con el fin de generar un resultado preventivo/terapéutico deseado, el cual requiere de un proceso continuo acompañado de un seguimiento constante y riguroso, en donde deben actuar no sólo los profesionales de la salud sino el paciente, su familia, su acompañante y su núcleo social.

La falta de adherencia, en fisioterapia y en los servicios de salud establece problemas de salud pública, debido a que las consecuencias incluyen desde tratamientos innecesarios, aumento en el número de consultas, complicaciones en las patologías, entre otras. Dada la gravedad que ésta genera y la poca atención que se le da al tema desde el área de fisioterapia, es de gran importancia realizar investigaciones acerca de la adherencia al tratamiento ya que genera beneficios para el paciente en cuanto la atención y así mismo beneficia al terapeuta, dando una perspectiva más amplia de cómo combatir la no-adherencia al tratamiento de una manera más acertada. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las siguientes palabras: adherencia, adherencia en fisioterapia, adherencia al tratamiento, physical therapy adherence, adherence and physical disability, en bases de datos como PubMed, Scielo, Elsevier y Cochrane. Se incluyeron artículos publicados desde el año 2000, artículos de acceso gratuito, artículos que tuvieran las palabras claves. Se excluyeron: artículos publicados en un idioma diferente al español e inglés y artículos que solamente caracterizaban la adherencia a una intervención.

Dicho esto, el tema de adherencia al tratamiento surge de una experiencia investigativa, que inició con la participación en el trabajo de campo del proyecto de caracterización de las personas con discapacidad matriculadas en instituciones de atención y rehabilitación, sabaneta 2013. Debido a esta experiencia, se tomó la decisión de elaborar un artículo de revisión sobre la adherencia al tratamiento fisioterapéutico, ya que algunos de los encuestados no tenían claro de la existencia de programas asistenciales de rehabilitación, lo que genera un aporte negativo a la adherencia al tratamiento y la pérdida de los beneficios que estos centros asistenciales pueden generar en cada uno de sus hijos. **Resultados:** de las bases de datos ya mencionadas se seleccionaron 33 artículos de 50, de los cuales se determinaron los temas para éste estudio, que se enfocan en la definición de la adherencia, adherencia al tratamiento, algunos factores que la

disminuyen como, factores socioeconómicos, relacionados con el paciente y su tratamiento, con la condición de la enfermedad, entre otros, la consecuencia que estos generan y las posibles estrategias que mejoran la adherencia al tratamiento, las cuales están dirigidas tanto al paciente como al terapeuta.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La adherencia al tratamiento es la capacidad y/o actitud que tiene cada persona para modificar los estilos de vida enfocados a la buena salud, que se relacionan con las indicaciones dadas por el terapeuta y/o médico a cargo del tratamiento, con el fin de generar un resultado preventivo o terapéutico deseado (1). La adherencia al tratamiento es un proceso dinámico y complejo que requiere de un proceso continuo acompañado de un seguimiento constante y riguroso en donde deben actuar no sólo los profesionales de la salud sino el paciente, su familia, su acompañante y su núcleo social. Para que todo éste proceso sea efectivo se deben tener presente todas las variables que influyen, tales como el entorno socioeconómico, el tipo de enfermedad padecida, el tratamiento requerido y la información que tiene el paciente. Además, se debe considerar la comunicación médico/terapeuta-paciente y las habilidades cognitivas y físicas del paciente (2).

A pesar que se conoce que una buena adherencia influye 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 cardíaca y 40% al 91% de adherencia en programas de rehabilitación por lesiones deportivas (3). Las consecuencias de esta baja adherencia al tratamiento se relacionan con las condiciones específicas de cada paciente, y se reflejan en diferentes aspectos que van desde la pérdida de la calidad de vida y la de su familia, los aspectos económicos e incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud, hasta casos de reconocida gravedad que comprometen la vida del mismo (4).

Esa falta de adherencia, en fisioterapia y en los servicios de salud en general establecen problemas de salud pública, debido a que las consecuencias incluyen desde tratamientos innecesarios, aumento en el número de consultas, complicaciones en las patologías, aumento de dolor, recaídas más intensas, aumenta el riesgo de dependencia y de condiciones discapacitantes, además, de una mayor incidencia en ingresos o reingresos del paciente por complicaciones en su condición de salud, se afecta la calidad en la atención, la relación fisioterapeuta-paciente, el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros. Todo esto puede traer consecuencias en los diferentes aspectos en los que se desenvuelve el paciente: su vida laboral, familiar y su rol social. Dentro de las consecuencias clínicas una adherencia fisioterapéutica deficiente puede verse reflejada en mayor lapso de tiempo para ver resultados terapéuticos o pérdida de logros obtenidos, aparición de complicaciones, recaídas y/o valoración errónea de la efectividad real del tratamiento (5).

3. JUSTIFICACIÓN.

Debido la gravedad del problema que genera la no adherencia terapéutica desde todos los puntos de vista: paciente, entorno social, familiar y económico del mismo, terapeuta, sistema de salud, etc. y la insuficiente atención que se le da, ya que se realizan pocas investigaciones directas en el tema (es relativamente fácil encontrar estudios relacionados con adherencia a tratamientos médicos, pero no desde el área de Fisioterapia). En el área de fisioterapia se ha dicho poco acerca de la adherencia; se pueden encontrar estudios en los que reportan datos estadísticos de qué tanto se adhieren los pacientes a diferentes planes de tratamiento, pero no se encuentran estudios donde se analice la adherencia desde un enfoque multidimensional con sus componentes, los factores que la disminuyen y las posibles contingencias que se pueden realizar para aminorar el impacto que la baja adherencia genera. Realizar éste tipo de investigaciones no sólo sería de gran beneficio para los pacientes, ya que tendrían información para asesorarse de la importancia de tener una buena adherencia a los tratamientos, sino también para los profesionales del área de la salud que se enfrentan diariamente a éste problema sin tener las herramientas para combatirlo.

Ésta investigación busca recopilar información acerca de la adherencia, su significado, los factores que afectan la adherencia al tratamiento desde el punto de vista socioeconómico, los factores que están relacionados con el sistema de salud y la atención Fisioterapéutica, factores relacionados con las condiciones propias de la patología, con el tratamiento y los factores propios del paciente. Además, se pretende realizar un abordaje de las posibles estrategias que pueden usar los profesionales del área de la salud para mejorar la adherencia a los tratamientos, como por ejemplo: las estrategias que se deben usar con el paciente, la comunicación efectiva y asertiva, la educación consiente, el apoyo familiar y social, la importancia del apoyo familiar en los procesos de rehabilitación y finalmente se dan a conocer cuáles son las consecuencias de la no adherencia desde los puntos de vista socioeconómico y clínico.

4. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo general

Abordar el concepto y los componentes de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1. Describir los Factores que reducen la adherencia al tratamiento de los pacientes.

4.2.2. Identificar las posibles estrategias que mejoran la adherencia al tratamiento.

4.2.3. Exponer las consecuencias de la no adherencia al tratamiento.

5. METODOLOGÍA.

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las siguientes palabras clave: adherencia, adherencia en fisioterapia, adherencia y discapacidad, adherencia al tratamiento, physical therapy adherence, adherence and physical disability; Esta búsqueda se realizó en las bases de datos: PubMed, Scielo, Elsevier, google académico y Cochrane. Se delimitaron las características específicas para la realización de la búsqueda: artículos publicados desde el año 2000 en adelante, artículos completos de acceso gratuito, artículos que tuvieran las palabras claves dentro del título o dentro de su contenido; se excluyeron los artículos publicados en un idioma diferente al español e inglés y artículos que solamente dieron como resultado datos estadísticos que no generaban ningún aporte en cuanto al contenido relacionado con el tema (definición de adherencia, factores que la disminuyen y sus consecuencias, etc.) de éste informe. Todas las referencias encontradas fueron evaluadas en la temática abordada, a través de una lectura realizada en el abstract de cada artículo, con el fin de verificar la pertinencia del tema.

Nota aclaratoria: El artículo de adherencia al tratamiento surge de una experiencia investigativa, que inició con la participación en el trabajo de campo del proyecto de caracterización de las personas con discapacidad matriculadas en instituciones de atención y rehabilitación, sabaneta 2013. El cual se inició realizando un filtro de una base de datos proporcionada por el CAIPD (centro de atención integral a personas con discapacidad del municipio de Sabaneta), y se encontraba desarrollado el 85% de las encuestas.

En esta base de datos estaba consignada la información de todas las posibles personas en situación de discapacidad, en donde nuestra labor era llamar a cada persona para confirmar los datos existentes, verificar si estaba en situación de discapacidad y finalmente indagar acerca de la voluntad de participar de la encuesta. En este punto, se presentaron inconvenientes, ya que la mayoría de números telefónicos eran inexistentes, la persona ya no vivía en ese lugar o no tenía ningún tipo de discapacidad.

Finalmente, el total de participantes quedó reducido a 2 personas (de 152 personas incluidas dentro de la base de datos sólo fue posible contactar 38) de las 38 contactadas, ya que éramos 3 grupos constituidos por 2 personas cada uno y esas 38 personas contactadas fueron repartidas en los 3 grupos. Cuando se finalizó dicho filtro se realizaron las encuestas; inicialmente se realizaron visitas

directas al domicilio de los participantes para el desarrollo de la misma. En este punto se encontraron problemas para realizar las encuestas personalmente, ya que eran viviendas de difícil acceso o las personas a encuestar no estaban en el domicilio por jornadas laborales extensas; por este motivo, se decidió realizar la encuesta por vía telefónica la cual se dificultó por horarios laborales de las personas a encuestar, además, ésta tenía preguntas que el encuestado no entendía con facilidad, preguntas que no incluían dentro de las opciones de respuestas todas las posibles respuestas, y finalmente era muy extensa (la encuesta estaba compuesta de un total de 89 preguntas y en promedio tardábamos 60 minutos para aplicarla en su totalidad).

Posterior a esto, al obtener los datos de sólo 2 personas encuestadas el trabajo a desarrollar fue transcribir las encuestas físicas a la encuesta digital que está dentro de la caracterización nacional de las personas con discapacidad. Debido a los inconvenientes anteriormente descritos, a la falta de datos obtenidos y a la experiencia vivida con los encuestados se tomó la decisión de elaborar un artículo de revisión sobre la adherencia al tratamiento fisioterapéutico, ya que algunos de los encuestados no tenían claro de la existencia de programas asistenciales de rehabilitación, aparte de la escuela o el colegio al cual asistían sus hijos, lo que genera un aporte negativo a la adherencia al tratamiento y la pérdida de los beneficios que estos centros asistenciales pueden generar en cada uno de sus hijos. Además se describen los factores que disminuyen la adherencia al tratamiento, sus consecuencias, y las posibles estrategias para mejorarla.

6. RESULTADOS.

Se identificaron y analizaron 50 artículos, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los límites establecidos previamente, de este grupo de artículos 17 fueron excluidos por no estar relacionados con la temática. De estos 33 artículos restantes se analizaron los temas referentes a la adherencia al tratamiento en fisioterapia, factores que afectan la adherencia al tratamiento, sus consecuencias y las estrategias que se pueden implementar para aumentarla.

1.1.1 MARCO TEÓRICO

La OMS define la adherencia terapéutica como: el grado en que el actuar de una persona se relaciona con las recomendaciones dadas por un profesional de la salud (6). En el campo de la Fisioterapia es la actuación activa y voluntaria del paciente en todos los procesos que implique su plan de rehabilitación con el fin de lograr un resultado terapéutico óptimo (7), que se relaciona con la asistencia a las citas, realizar los ejercicios prescritos con la frecuencia y adecuada ejecución de los mismos (6).

La no-adherencia genera un problema para cada entidad o enfermedad, por lo cual es importante conocer sus consecuencias con el fin de combatirla y mejorar los niveles de salud del paciente, ya que ésta evita que él pueda gozar de tanto de beneficios que generan los tratamientos médicos como los de rehabilitación (8). Muchos pacientes realizan su propio análisis de los riesgos y beneficios obtenidos con los planes de tratamiento propuestos por los profesionales de la salud. Con frecuencia la decisión del paciente de adherirse a cualquier clase de tratamiento médico está basado en la evaluación de cuatro factores: la prioridad que tiene el tratamiento, la percepción propia de la gravedad de su enfermedad, la credibilidad en la eficacia de los tratamientos y la aceptación personal de los cambios recomendados (4).

La no-adherencia a los tratamientos prescritos se considera la mayor causa de falla terapéutica, generalmente está atribuida al paciente. Sin embargo, la no-adherencia a la terapia es considerada un fenómeno de alta complejidad que requiere ser abordada con una visión multidimensional, que haga una integración de la perspectiva del paciente, del personal del área de la salud y del sistema de salud. La frecuencia de la no-adherencia al tratamiento puede ser variable, inclusive, un mismo paciente puede adherirse a un plan de tratamiento y a otro no. Además, un comportamiento adherente puede modificarse, cambiar en el tiempo,

ya sea por la percepción del paciente, por la eficacia del tratamiento, por factores económicos, socioculturales, ambientales, etc.(4).

La mayoría de los estudios que se han realizado que abordan el tema de la adherencia son basados en tratamientos farmacológicos, que hacen énfasis en enfermedades crónicas que tienen un costo elevado para el paciente, para el sector salud y, como tal, para el estado. Por ejemplo, se han realizado diferentes estudios de la adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos, pacientes con dislipidemia, tuberculosis, diabetes mellitus y VIH. Además, otro factor negativo que se encontró durante la búsqueda de la información de adherencia es que generalmente, ésta se estima como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, se adhiere/ no se adhiere. Mientras que, en el área de fisioterapia es poco lo que se puede encontrar a cerca del tema(8).

La aparición de nuevas tecnologías, nuevas técnicas y nuevos tratamientos ha posibilitado contar cada día con mejores y más variadas alternativas de tratamiento. Esto debería traducirse en un aumento significativo en la efectividad de los tratamientos, así como en un aumento en la calidad de vida de los pacientes. No obstante, para que esto se haga realidad deberían existir por lo menos dos condiciones principales: la primera es una prescripción adecuada de los planes de tratamiento por parte del equipo médico y la segunda un correcto cumplimiento de éstas por parte de los pacientes (9).

Existen varias razones por las cuales se hace importante estudiar la adherencia a los tratamientos desde el área de la fisioterapia. En primer lugar, es importante visualizar el hecho de que gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por el fisioterapeuta ya que gran parte de los planes de tratamiento son caseros, lo que se traduce en que es el propio paciente quien en definitiva decide si cumplir o no con el tratamiento. Otro punto importante a tener en cuenta es que si un paciente no está cumpliendo con las indicaciones dadas por el personal de salud es imposible estimar el efecto del tratamiento, esto quiere decir, que no se tendrá certeza del éxito o de la falla de éste.

Esto a su vez, contribuye a que se vea la necesidad de prolongar la terapia y se perpetúen las enfermedades o los problemas de salud, e incluso en casos más severos esto puede conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el estado, tanto en materias relativas a pérdida de productividad y costos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez (9).

Factores que contribuyen a la disminución de la adherencia al tratamiento de los pacientes.

El incumplimiento del paciente a los programas de rehabilitación se evidencia en la privación de los logros obtenidos, por lo cual, es de suma importancia conocer los factores que pueden generar una alteración para la continuidad del tratamiento (3).

a) Factores socioeconómicos.

Los factores socioeconómicos en la mayoría de ocasiones son difíciles de modificar, puesto que antes de tener una lesión ya el paciente contaba con una condición económica establecida que en caso de ser baja, esto afecta directamente la adherencia del mismo a un tratamiento, ya que se tiene que poner en una balanza si se va por el bienestar familiar o el bienestar propio para mejorar su condición de salud. Además, hay que tener en cuenta que si la persona que presenta la lesión es cabeza de familia, en la mayoría de casos va a preferir el bienestar familiar por encima del personal, teniendo en cuenta que la mayoría de las intervenciones fisioterapéuticas implican el desplazamiento a un centro de rehabilitación esto hace que se aumenten los gastos en el núcleo familiar, lo que se convierte en un condicionante para la no adherencia a los tratamientos (10).

Otro punto importante a analizar es la edad y el tipo de lesión que la persona presenta, teniendo en cuenta que, las características de la enfermedad varían notablemente dependiendo del grupo de edad, pues hay estudios que demuestran que la población de adultos mayores y los niños pequeños son más adherentes que los adolescentes, aclarando que los adultos mayores son una población vulnerable, propensa a padecer variadas enfermedades, específicamente, de tipo crónicas, que requieren tratamientos a largo plazo con el fin de prevenir complicaciones que los puede llevar a una discapacidad y/o muerte prematura. Aunque la adherencia deficiente tiene repercusiones negativas en todos los grupos de edad, las alteraciones cognitivas y funcionales aumentan el riesgo de tener una adherencia deficiente, principalmente en los adultos mayores. Por tal razón, estos factores también influyen de manera directa en la adherencia al tratamiento (11).

b) Factores relacionados con el sistema de salud y la atención médica.

Para favorecer una mayor adherencia al tratamiento, es importante que cada persona conozca las complicaciones que genera la enfermedad, las consecuencias por falta del tratamiento y que beneficios se pueden obtener del mismo. Por las razones ya mencionadas, educar al paciente en cuanto al buen desarrollo de la intervención es primordial. Sin embargo, el sistema de salud, fisioterapeutas, médicos y/o encargados de la intervención son los responsables de ésta educación. Aunque, hay que tener en cuenta que el sistema de salud es

uno de los principales responsables de la baja adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta que éste debe cumplir ciertas cuestiones administrativas, que afecta la atención, en éste caso de los fisioterapeutas, debido a que disminuye el tiempo de consulta, el número de usuarios que se atienden por hora, haciendo de ésta una consulta precaria y teniendo una intervención inadecuada, lo que da como resultado la no adherencia al tratamiento (8,12)

Además, hay que tener en cuenta que hay otros factores que dan un aporte negativo a la adherencia al tratamiento, debido a la baja continuidad en el seguimiento del paciente, la ineficiencia del sistema de salud para educar a los pacientes, la mala atención y actitudes negativas por parte de algunos profesionales, la excesiva obligación laboral para los mismos, el tiempo excesivo de espera para una atención corta, la poca comunicación entre el profesional-paciente y en algunas ocasiones la falta de claridad por parte del profesional para dar recomendaciones (12,13).

c) Factores relacionados con la condición de la enfermedad.

Para generar una disminución de la gravedad de los síntomas y de la enfermedad, mejorar el tiempo de evolución, disminuir la velocidad de progresión, generar una mejoría en el estado emocional que es benéfico para el paciente (14), en cuanto a la disminución de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), y por ende en la adherencia al tratamiento, es importante disponer de tratamientos efectivos (10,15,16). Sin embargo, la adherencia al tratamiento se complica cuando hay enfermedades que comprometen el nivel de conciencia (enfermedades mentales), ya que se vuelve un desafío para los cuidadores que necesitan de voluntad y colaboración del paciente (16).

Disminuir síntomas como el dolor, a través de técnicas manuales y agentes físicos como la termoterapia y la crioterapia (17) puede generar un aumento de la adherencia al tratamiento, ya que el paciente puede retornar a su intervención y desarrollar los ejercicios de la mejor manera posible sin generar ninguna complicación, también hay que tener claro que toda lesión, sea musculoesquelética, neurológica o cardiopulmonar puede generar en el paciente cambios emocionales que de una u otra forma afectan el proceso de rehabilitación, al igual que la movilidad reducida, las alteraciones cognitivas y/o psicológicas, depender de otra persona para el cuidado, desplazarse, y la utilización de prótesis u órtesis. Por las razones ya mencionadas, la exacerbación del dolor durante la rehabilitación con ejercicio físico (18) es una de las barreras importantes para el tratamiento en Fisioterapia (19).

d) Factores relacionados con el tratamiento del paciente.

Los factores más influyentes en la baja adherencia al tratamiento son: el incumplimiento a las citas, la duración del tratamiento, decepción en intervenciones anteriores, constante variabilidad en el tratamiento, la falta de motivación y compromiso por parte del paciente, la confianza en el tratamiento, los beneficios del mismo y la falta de apoyo por parte de la familia o el fisioterapeuta. Estos factores pueden repercutir negativamente en la continuidad de la intervención y en los resultados óptimos que generan beneficios en los pacientes. Todas estas características están directamente relacionadas tanto al paciente como al terapeuta durante el proceso de rehabilitación y pueden generar repercusiones negativas o positivas. Por tal razón, el terapeuta, al igual que el paciente debe cumplir con el conocimiento de cada patología que le permita realizar una intervención adecuada en el tiempo preciso de rehabilitación para dicha patología, crear seguridad en el paciente y hacer un acompañamiento constante durante el tratamiento (16,20,21).

e) Factores relacionados con el paciente.

Este es uno de los aspectos más complicado en cuanto a la adherencia al tratamiento, ya que se relaciona con las creencias socioculturales, las expectativas, conocimientos, percepciones y actitudes que tiene cada paciente ante el proceso de rehabilitación, ante su enfermedad y los posibles efectos que se pueden obtener (1,19). Debido a esto, la importancia de la participación activa de los profesionales de la salud, especialmente de los fisioterapeutas, ya que son ellos los que interactúa de una forma más directa con el paciente y en tiempos prolongados, los que tienen la responsabilidad de motivar y poner su mayor empeño para generar mayor adherencia en la rehabilitación del paciente (16). Además, hay que tener en cuenta que algunos aspectos de la enfermedad son factores que se relacionan con el paciente, y se refieren a las alteraciones visuales y auditivas, que se ven afectadas en algunos individuos, al procesamiento inadecuado de la información en el cual se puede entorpecer la comprensión de las indicaciones dadas para determinado tratamiento (16,22). Esto puede ser más probable en los individuos que presentan una enfermedad o alteración de la conciencia; también se puede ver afectado en aquellas personas que padecen dolores crónicos, los cuales vuelven parte de su vida y prefieren tener síntomas leves que asistir a la terapia o continuar con el tratamiento farmacológico (13,23)

Con respecto a lo anterior, es posible generar un tratamiento con asistencia constante de los pacientes que promuevan la adherencia al tratamiento, ya que se genera una retroalimentación constante en cuanto a la realización de los

ejercicios propuestos y mayor atención debido a intervenciones personalizadas. Para lograr tal fin, el fisioterapeuta debe ser atento, estar dispuesto a resolver dudas y a escuchar las opiniones que tiene cada persona, convirtiéndose en un apoyo primordial para el paciente, pero ante todo enfocar el plan de intervención diferente para cada uno de ellos relacionado con la enfermedad o lesión que presenta (24).

Estrategias que mejoran la adherencia al tratamiento.

1) Estrategias relacionadas con el paciente.

El profesional de la salud, debe tener un acercamiento más amable con sus pacientes y conocer a profundidad cuales son las complicaciones que generan la patología tanto en su vida familiar, como en la personal, laboral y social, para tener como resultado un diagnóstico apropiado y un tratamiento enfocado a una persona que hace parte de un grupo familiar y no a una enfermedad (19). Por lo anterior, es importante contar con:

a) Información efectiva.

Teniendo claro que para los pacientes es sumamente importante recibir información acerca de su enfermedad, especialmente información proveniente por parte de sus médicos y/o terapeutas de cabecera, acerca de las posibles complicaciones y el tratamiento a seguir. Es significativo que el equipo de salud se encuentre en la capacidad de dar la información pertinente a los niveles cognitivos y socio-culturales de cada paciente, evitando palabras técnicas que no den claridad a sus dudas (24). Por tal razón, el paciente debe comprender el objetivo del tratamiento, tener claro el tiempo de duración, y la dosificación del mismo, igual el terapeuta encargado debe: realizar tratamientos sencillos que en lo posible no generen efectos secundarios, teniendo en cuenta que, si se educa, motiva y apoya al paciente se pueden superar obstáculos y mejorar la adherencia al tratamiento. De ahí la importancia en la interacción terapeuta/paciente (13,19).

b) Comunicación asertiva.

Tener un acuerdo entre los profesionales de la salud y los pacientes, enfocado a un tratamiento adecuado de la enfermedad, que se relacione con las necesidades del paciente, acorde a sus actividades diarias, con el fin de llegar a un convenio entre ellos, con respecto a la naturaleza de la enfermedad, a un adecuado plan de tratamiento y a las posibles consecuencias y beneficios que pueden generar. Todo

esto, buscando responsabilizar al individuo en cuanto a su rehabilitación, teniendo una participación activa en el desarrollo de la misma, de manera que le genere seguridad, y que entienda el por qué y el para qué debe seguir las recomendaciones dadas (8). Pues, se trata de tener una comunicación asertiva, en donde la participación del paciente sea positiva y este cumpla con las indicaciones dadas para mejorar su condición (25,26).

c) Educación consistente.

Durante las interacciones médico-pacientes, siempre debe primar la educación en salud, hacerle saber al usuario los beneficios y las consecuencias que puede traer adoptar estilos de vida saludables, tanto para ellos como para el sistema de salud, y generarles confianza para que estos puedan resolver todas sus dudas sin temor, y así mismo dar a conocer cuáles son aquellas cosas del tratamiento con las que no están de acuerdo. Debido a esto, la importancia de incorporar a los pacientes en ésta interacción en donde se da como resultado mayor adherencia a las recomendaciones, al cumplimiento de la terapia y menos estancias hospitalarias (6). Motivar al paciente en cuanto a su capacidad de generar cambios en la conducta que benefician su calidad de vida es primordial (24), además de brindar estímulos de autocuidado con el fin de generar responsabilidad, control y manejo tanto en enfermedades crónicas no transmisibles como en enfermedades agudas que requieren de visitas frecuentes al médico, en los tratamientos y en los factores de riesgo. Ya que un paciente con la claridad y la educación en todo su proceso de enfermedad evita hospitalizaciones que se derivan de la misma, generando mayores beneficios económicos tanto para el paciente como para el sistema de salud (8,27,28). En caso de ser pacientes con baja adherencia al tratamiento, es necesario replantear algunas estrategias que se adapten a las necesidades actuales del paciente con el fin de re-motivar y re-negociar las nuevas propuestas de tratamiento (29,30).

2) El apoyo familiar y social.

Es claro que la participación activa de la familia en los procesos de rehabilitación, es de gran importancia para los pacientes, ya que la motivación que le pueden brindar y el interés que tengan en la mejoría del mismo favorece tanto la salud de éste como el entorno familiar, evitando mal ambiente en casa que en vez de mejorar la salud del individuo la puede empeorar, teniendo en cuenta que cuando hay enfermedades presentes que dependiendo de su gravedad, condicionan cambios en su estilo de vida que muchos miembros de la familia no se quieren apropiarse, entre estos se encuentran: cambios emocionales, implicaciones

económicas, la movilidad, hospitalizaciones prolongadas y todos los cuidados que una enfermedad involucra, ayudan a aumentar la situación de crisis. Sin embargo, se ha demostrado que la participación activa de la familia mejora notablemente la asistencia a la terapia. Ya que, ellos son su principal apoyo y cuidadores primordiales, lo que facilita la adherencia a los tratamientos, pues, brindan información asertiva al profesional relacionada con el plan de rehabilitación, mejora el estado anímico del paciente aumentando la satisfacción y la percepción de calidad de la terapia recibida, influyen directamente en sus creencias por lo que pueden facilitar la intervención y comprobar si el paciente tienen conductas adherentes en ausencia del profesional, de no ser así, reforzarlas. Por todo esto es necesario entrenar a las familias en los procesos de enfermedad, brindando información y apoyo. Así mismo, motivar al paciente para que participe en programas sociales o crear espacios grupales, en donde interactúen con sus pares, generando estímulos sociales y por ende mayor participación, esto beneficia la salud y garantiza el acceso y el control del plan de intervención que genera adherencia al tratamiento; disminuir los tiempos de espera y hacer un seguimiento del paciente a largo plazo también impacta positivamente en la adherencia (13,21).

3) Individualización de la intervención.

Crear estrategias de intervención, dirigidas a los factores individuales que alteran la asistencia a la terapia en cada paciente puede favorecer la adherencia al tratamiento, por tal razón, realizar técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual inciden positivamente en la adherencia terapéutica, al igual que la combinación de diferentes técnicas de intervención en una sesión, ya que tiene resultados más efectivos en relación con intervenciones aisladas. Para sacarle provecho a esto, es indispensable abusar de las habilidades que goza el paciente, motivándolo a través de la autoeficacia, a ir logrando paso a paso la complejidad del objetivo, demostrando los avances que logra sesión a sesión y que cada vez se acerca más a cumplir los objetivos propuestos, esto debe ser valorado por el terapeuta para que el paciente atribuya los logros alcanzados a sus capacidades; además, de asegurarse que el paciente esté a gusto con su intervención para que participe activamente de esta y de las decisiones que se tomen a lo largo del tratamiento para que haya mejor funcionalidad y por ende mejor sensación de salud. Estas estrategias están enfocadas a mejorar la terapia con el fin de generar una percepción de bienestar, pues, la falta de este, se relaciona directamente con la baja adherencia. Ya está claro que existen diferentes problemas, por tal razón deben existir diferentes soluciones (28,31).

4) Suministrar información.

Como ya se había mencionado, para el paciente es importante conocer todo acerca de su enfermedad, la importancia de los beneficios que puede generar el tratamiento, la planificación de las estrategias y la permanencia frente a las mismas, porque si el paciente confía plenamente en el tratamiento indicado, esto va a repercutir positivamente en la evolución del proceso de su enfermedad; agregar una responsabilidad de éste proceso favorece la adherencia al tratamiento (21) además, de aprovechar todas las habilidades con las que cuenta cada paciente para mejorar su intervención, ya que la participación activa en su proceso de rehabilitación se vuelve más efectiva, y se tiene un mayor éxito cuando la intervención está enfocada en los hábitos de vida y en las necesidades diarias (24,27).

5) Estrategias conductuales.

Es un sistema creativo de memoria, el cual se enfoca en recordarle al paciente las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, a cumplir los objetivos propuestos, a través de llamadas, planes caseros, gráficas que evidencian la mejoría y ponen de manifiesto si se está cumpliendo o no con los objetivos planteados, videos que en el caso de fisioterapia son más efectivos en cuanto la planificación de los ejercicios, y de esta manera tanto el terapeuta como el paciente, actúan en conjunto con el fin de cumplir el tratamiento en casa, por tal razón es indispensable que el profesional reevalúe para llevar un control del progreso del paciente, pero ante todo corregirlo de ser necesario, esto facilita el éxito de la intervención (21,31,32)

Consecuencias de la no- adherencia.

La no adherencia al tratamiento se define como: el incumplimiento voluntario o involuntario en las recomendaciones terapéuticas dadas por el personal de salud, lo cual es, básicamente, una decisión personal del paciente que implica diferentes causas (16). La no-adherencia al tratamiento se ve reflejada en diferentes formas: no inicio o inicio tardío de éste, suspensión temprana o abandono tardío del proceso rehabilitador, falta de cumplimiento o insuficiencia en el cumplimiento de las indicaciones, la no asistencia a las consultas, la no modificación de hábitos y la falta de estilos de vida que favorecen la mejoría en el proceso de enfermedad. Todo esto puede estar dado por errores de omisión, de tiempo o de dosis, lo que conlleva a una forma equívoca por parte del profesional para dar recomendaciones y por parte del paciente para llevarlas a cabo de la manera más adecuada (28).

El incumplimiento del régimen terapéutico genera variadas consecuencias, clínicas y económicas, que se dan como resultado del aumento de la mortalidad o la morbilidad proveniente de pacientes que no cumplen con sus planes de tratamiento (20). Los efectos que se generan dependen de las situaciones de cada paciente y de su patología, lo que ocasiona grandes repercusiones en la calidad de vida del paciente y su familia, costos elevados para el paciente y los sistemas de salud (28), lo que no permite que los pacientes gocen de los beneficios que se pueden obtener, a través de un buen pronóstico el cual puede ser positivo o no, pero que de igual manera permite un tratamiento más acertado (14). Por las razones ya mencionadas, la no adherencia se ha convertido en un problema de salud pública, teniendo en cuenta que es un problema mundial, que afecta a todos los países independientemente de su nivel de desarrollo, y sin embargo es más notorio en las regiones más pobres (28).

- Desde el punto de vista clínico y/o de rehabilitación, se encuentran la falta de respuesta al tratamiento junto con la falta de respuesta terapéutica que generan mayores tiempos para lograr los objetivos trazados al inicio del tratamiento, recaídas y posible aparición de efectos adversos, además, la poca mejoría de la sintomatología que refleja en el paciente una valoración errada sobre los beneficios del tratamiento que generan una carga de sufrimiento físico y psicológico que puede ser evitable; así como limitaciones físicas y/o funcionales definitivas y progresivas: todo esto se verá reflejado en un aumento de la morbilidad y la mortalidad así como en la afectación de la calidad de vida (11), de igual forma, implica problemas de autoestima, de estrés, miedos ante situaciones que amenazan la vida relacionados con la enfermedad; no obstante, estas consecuencias seguirán presentes por falta de adherencia al tratamiento (22,28).
- Desde el punto de vista económico, la no-adherencia genera pérdidas, no solo económicas sino también de tiempo al sistema de salud por pérdida de recursos invertidos en los servicios, alteración del uso racional de los recursos, atención médica desaprovechada, hospitalizaciones y aumentos del uso de los servicios por recaídas, ejecución de medicamentos no utilizados, entre otros, lo que implica al menos un 20% de los costos en salud pública (22). En cuanto a las implicaciones económicas de los pacientes, en el ámbito laboral la no-adherencia ligada a un proceso rehabilitador no exitoso puede implicar

un reajuste en el rol laboral que afecten la vida económica y productiva de los pacientes que llevan a interferir con las responsabilidades familiares (15,21).

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Según la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este estudio es un estudio sin riesgo ya que es un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (33).

Según el acuerdo No. 0219, por medio del cual se expide el reglamento de propiedad intelectual de la Universidad CES. En la sección V, en el artículo 14 hacen referencia a los derechos de autor, los cuales fueron respetados y se desarrollaron bajo los principios de buena fe, responsabilidad, integración y libertad de investigación, ya que no se hizo copia y todo texto escrito en éste informe está referenciado con su respectiva bibliografía.

8. RECOMENDACIONES.

La recomendación principal es motivar a las personas que de alguna forma están relacionadas con el área de la salud, especialmente a los fisioterapeutas, ya que realizar investigación es un buen futuro para la profesión; sólo a través de la investigación cuidadosamente realizada la fisioterapia podrá adquirir el valor y el lugar que se merece, además que la investigación no sólo beneficia a los profesionales sino también, a su razón de ser, que son los pacientes, sus cuidadores y sus familias brindándoles siempre la mejor atención posible.

Se sugiere realizar más estudios relacionados con la adherencia a los tratamientos específicamente desde el área de la fisioterapia en donde se aborde el tema de manera global abarcando todo lo que gira en función de esta.

Sería de gran ayuda para los profesionales del área de la salud construir un instrumento con el cual se pueda medir objetivamente la adherencia a los planes de tratamiento, siendo ésta abordada, no sólo, por cuántas veces asiste o no a las citas programadas sino mirando aspectos como: que tanto acoge el paciente las sugerencias realizadas por el profesional de la salud, en qué medida son realizados los planes caseros, qué tanto el paciente adopta hábitos de autocuidado etc.; ya que teniendo una información más detallada podrá ser mejor abordada la baja adherencia a los tratamientos y a futuro se podrían obtener mejores resultados tanto en la salud del paciente como en la economía del sistema de salud.

9. PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO DE EJECUCION	DIFICULTADES	SOLUCIONES
Capacitación por parte del municipio de sabaneta en la plataforma del registro nacional de localización y caracterización de personas con discapacidad	Aprender a manejar la plataforma virtual de localización y caracterización de personas con discapacidad.	1 semana	Dificultad al ingresar a la plataforma. Variabilidad de la plataforma.	Asesorías
Confirmación de la existencia de personas con discapacidad a partir de base de datos.	Confirmar a partir de base de datos la existencia de las personas con discapacidad.	2 semanas	Números erróneos Números inexistentes Números en los cuales no vivían personas con discapacidad	Verificación de información
Realización de encuestas.	Caracterizar las personas con discapacidad del municipio de sabaneta.	2 meses	Dificultad de acceso a las viviendas Dificultad en los horarios para realizar las encuestas Dificultad para realizar las encuestas telefónicas.	Acuerdos de horarios con los participantes.
Transcripción de encuesta en papel a base de datos electrónica.	Anexar las encuestas a la encuesta nacional de caracterización	2 semanas	Inconsistencias de la encuesta física con la virtual Números de cedula	Verificación de información

	de personas con discapacidad.		que ya habían sido inscritos. Preguntas en la encuesta física que no existían en la encuesta virtual.	
Búsqueda bibliográfica.	Obtener información para la construcción del artículo de la modalidad de grado	15 días	Poca información acerca de adherencia en discapacidad Poca información de adherencia específicamente desde el área de fisioterapia.	Asesorías
Construcción del artículo de modalidad de grado.	Realizar artículo	5 meses	Problemas con las búsquedas bibliográficas	Asesoría Capacitación en bases de datos Búsquedas guiadas

10. APRENDIZAJE.

Búsqueda bibliográfica: en esta parte del proceso hemos tenido un mayor acercamiento con las metodologías de búsqueda en bases de datos, lo que nos crea un pensamiento más crítico no sólo a la hora de escoger el artículo sino a la hora de escribirlos, lo que es de suma importancia para todo lo que viene en nuestra vida profesional.

Trabajo de campo: El aprendizaje se centra en la interacción con las personas en cómo es su entorno social, cultural, familiar y laboral, etc., en donde se aprende a ver desde diferente perspectiva la situación real en la que viven las personas con discapacidad, se aprende a obtener la información de manera directa de las fuentes primarias de información, se obtiene experiencia en como guiar adecuadamente una encuesta para obtener los datos requeridos.

Desde el punto de vista académico aprendimos cómo se realiza una encuesta, vimos errores como la redacción de las preguntas, las posibles respuestas consideradas, la secuencialidad que debe llevar la encuesta; que comúnmente se cometen y que generan sesgos en la información, lo que nos sirve para nuestros posibles trabajos futuros.

11. BIBLIOGRAFIA.

1. Del duca M, Gallegos Y, Da col G, Trenchi M. Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. *Biomedicina*. 2013;8(1):6. 15.
2. Lago D N. Adherencia al tratamiento, responsabilidad de todos [Internet]. 2004. Available from: http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf
3. Guzman S Y, Estrada Z O, Crespo O. Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. *Rev Fac Salud - RFS*. 2015 May 21;2(1):39. 50.
4. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia [Internet]. *Acta Médica Colombiana*. 2005 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
5. Libertad M A. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente [Internet]. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2006 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864013>
6. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Man Ther*. 2010 Jun;15(3):220. 8.
7. Tapias L. Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema.(Determining individual aspects treatment adherence in population with disabilities in Medellin city: a literature review). *CES Mov Salud*. 2014 Jul 8;2(1):23. 30.
8. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol Vasc*. 2015;16(2):175. 89.
9. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Médica Chile*. 2007;135(5):647. 52.
10. Renato S C, Duitama F. J, Posada J, Arango J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Fac Nac Salud Pública*. 2012 Oct 3;30(2):163. 74.
11. DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 2]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>

12. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cuba Angiol Vasc. 2015;16(2):175. 89.
13. Salinas C E, Nava G M. Adherencia terapéutica. mediagraphic.org.mx. 2012;11(2):102. 4.
14. Corral E B. Conceptos de estrés relacionados con fisioterapia. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol. 2008 Jan;11(1):39. 47.
15. Tapias L. Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión de tema.(Determining individual aspects treatment adherence in population with disabilities in Medellin city: a literature review). CES Mov Salud. 2014 Jul 8;2(1):23. 30.
16. Quiroz C. Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la oms [Internet]. [Cali]: Universidad Autónoma de Manizales; 2012. Available from: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/588/1/Informe%20Final%20Adherencia%20Corregido%20-%202001oct2012.pdf>
17. Cameron M. Agentes físicos en rehabilitación de la investigación a la práctica [Internet]. Barcelona: Elsevier España; 2013 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1746442>
18. Kisner C, Colby L. Ejercicio terapéutico: fundamentos y técnicas. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
19. Bassett SF. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. N Z J Physiother. 2003;31(2):60. 6.
20. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009 Jun;41(6):342. 8.
21. Diaz P. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. 2014 [cited 2016 Oct 10]; Available from: <https://dire.upr.edu/handle/11721/1061>
22. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia [Internet]. Acta Médica Colombiana. 2005 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
23. Marshall A, Donovan H M, Ryall S. An exploration of athletes' views on their adherence to physiotherapy rehabilitation after sport injury. J Sport Rehabil. 2012 Feb;21(1):18. 25.

24. Orueta S. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005;29(2):8. 17.
25. Quiroz C. Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos a procesos de neurorehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la oms [Internet]. [Cali]: Universidad Autónoma de Manizales; 2012. Available from: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/588/1/Informe%20Final%20Adherencia%20Corregido%20-%2001oct2012.pdf>
26. Orueta S. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005;29(2):8. 17.
27. Libertad M A. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente [Internet]. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2006 [cited 2016 Jul 17]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864013>
28. OMS. OMS | Discapacidad y salud [Internet]. WHO. 2015 [cited 2016 Jul 18]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
29. Marshall A, Donovan H M, Ryall S. An exploration of athletes' views on their adherence to physiotherapy rehabilitation after sport injury. *J Sport Rehabil*. 2012 Feb;21(1):18. 25.
30. Maté M, González S L, Trigueros M L. Tema 14. La adherencia al tratamiento. 2010.
31. Ferro G R, García R M, Vives M M. Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia. *Fisioterapia*. 2004 Jan;26(6):333. 9.
32. Home-Based Physical Therapy Intervention With Adherence Enhancing Strategies Versus Clinic-Based Management for Patients With Ankle Sprains. 2007;87.(9.). Available from: <http://ptjournal.apta.org/content/ptjournal/87/9/1132.full.pdf>
33. República de Colombia Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993 (4 de octubre de 1993) [Internet]. [cited 2016 Oct 10]. Available from: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf