



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
SUPERIORES UNIDAD LEÓN**

**TEMA:**

**PROPUESTA DE CUESTIONARIO PARA DETECTAR  
FACTORES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
FISIOTERAPÉUTICO EN EL ÁREA GERIÁTRICA**

**MODALIDAD DE TITULACIÓN:**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN FISIOTERAPIA**

**P R E S E N T A:**

**CINTHIA JACQUELINE MARTINEZ RODRIGUEZ**

**TUTOR:**

**MTRA. ADRIANA DEL CARMEN ECHEVARRIA GONZALEZ**

**ASESOR:**

**DR. JESUS EDGAR BARRERA RESENDIZ**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

A la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León.

A la directora de la E.N.E.S Unidad León, Dra. Laura Susana Acosta Torres.

A mi tutora, Mtra. Adriana Echevarría, por su confianza, apoyo y aprendizaje a lo largo de la licenciatura y el servicio social.

A mi asesor, Dr. Jesús Barrera, por el apoyo incondicional durante esta investigación.

Al grupo de expertos que participaron en la investigación

A mis compañeros del área de geriatría por el gran equipo que formamos durante el último año.

A mis amigos que me acompañaron durante todo este proceso, principalmente a Alessandra por estar durante estos casi diez años a pesar de la distancia.

A mis tíos, tías, primos, primas, sobrinos y sobrinas por siempre estar.

Y principalmente a mi papá, mamá y hermana por su apoyo y amor incondicional, los amo.

## **DEDICATORIAS**

A mis padres, Ramiro y MariChuy por apoyarme en cada paso, por esforzarse cada día por darnos lo mejor.

A mi hermana, Cecilia por su apoyo incondicional y confiar en mi aun cuando yo no lo hacía.

A mis abuelos, Senaida, Teresa, Mauricio y Roberto, por su amor incondicional.

A esos cinco chicos que cambiaron mi vida.

## ÍNDICE

<b>INDICE .....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>8</b>
<b>ENVEJECIMIENTO .....</b>	<b>10</b>
<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....</b>	<b>11</b>
<b>ADHERENCIA EN FISIOTERAPIA .....</b>	<b>12</b>
<b>TIPOS DE ADHERENCIA .....</b>	<b>12</b>
<b>FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA .....</b>	<b>13</b>
<b>CONSECUENCIAS .....</b>	<b>14</b>
<b>PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ...</b>	<b>15</b>
<b>EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA EN FISIOTERAPIA .....</b>	<b>17</b>
<b>ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA .....</b>	<b>20</b>
<b>MEDICIÓN DE ADHERENCIA BASADAS EN EL CONTEXTO CLÍNICO ...</b>	<b>22</b>
<b>METODOLOGÍA DELPHI .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO 3: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO 4: JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO 5: OBJETIVOS .....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO 6: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO 7: HIPÓTESIS .....</b>	<b>30</b>

<b>CAPÍTULO 8: METODOLOGÍA.....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO 9: RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULOS 10: DISCUSIÓN .....</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO 11: CONCLUSIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO 12: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>44</b>
<b>CAPÍTULO 13: ANEXOS .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>50</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La adherencia al tratamiento es “el grado de comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Estudios realizados en el ámbito de fisioterapia han demostrado que alrededor del 14% de los pacientes abandonan su tratamiento, acarreando consecuencias, tanto para el paciente como para la institución que presta el servicio, como el aumento de gastos por tratamientos innecesarios, aumento del dolor, empeoramiento de la condición médica, así como manifestaciones psicológicas como ansiedad, depresión y aislamiento social. Por lo que para la institución es de suma importancia lograr un vínculo de fidelidad con paciente, para el logro de los objetivos. Actualmente en el área de fisioterapia existen muy pocas escalas que buscan medir la adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

**Objetivo:** Diseñar un cuestionario que pueda ayudar a conocer el nivel de adherencia y riesgo de abandono del tratamiento fisioterapéutico en los pacientes geriátricos que acuden a la clínica de fisioterapia ENES UNAM unidad León.

**Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los factores que puedan propiciar la adherencia o el riesgo de abandono al tratamiento fisioterapéutico. Con base en esta revisión se hizo un cuestionario con ítems específicos sobre los apartados que se identificaron como relevantes para el tema. Dicho cuestionario fue sometido a un estudio tipo Delphi bajo el consenso de un grupo de 19 expertos

**Resultados:** Según la resolución obtenida por los expertos se eliminaron dos ítems y se corrigieron tres, dejando un cuestionario con un total de 19 preguntas.

**Conclusiones:** Es de suma importancia tanto para el profesional de la salud como para el paciente y sus familiares/cuidadores tener conocimiento de aquellos factores que pueden propiciar la adherencia, el abandono del tratamiento fisioterapéutico y las consecuencias que puede causar el incumplimiento de este. Al conocer estos factores se pueden implementar estrategias de mejora para favorecer aquellas acciones que propicien la adherencia al tratamiento.

*Palabras claves:* Adherencia al tratamiento, riesgo de abandono, geriatría, tratamiento fisioterapéutico, metodología DELPHI

## CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento se define como “el grado de comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (1). En el campo de la fisioterapia ésta se define como “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, donde actúan diversas dificultades para lograr los objetivos trazados al inicio del plan de tratamiento” (1, 2).

En la actualidad se han propuesto varias definiciones acerca de la adherencia a un tratamiento fisioterapéutico, estas nos hablan de la adherencia como un término de “cumplimiento” o “fidelidad”. Es importante entender que el concepto de adherencia al tratamiento fisioterapéutico no habla del paciente o el terapeuta como un solo encargado y responsable de los resultados que se tengan en el tratamiento, sino que se plantea que los objetivos se deben cumplir como un equipo, una alianza, tomando la responsabilidad que debe de tener cada uno.

La no adherencia al tratamiento se define como: “el incumplimiento voluntario o involuntario en las recomendaciones terapéuticas dadas por el personal de la salud, lo cual es, básicamente una decisión personal del paciente que implica diferentes causas” (3, 4).

En el campo de la fisioterapia estudios han demostrado que el 35% de los pacientes abandonan su tratamiento, de los cuales el 14 % son parte de la población geriátrica, población mayor de 60 años (5), esto nos lleva a considerar la no adherencia al tratamiento como un problema de salud pública debido a las consecuencias que este conlleva para el paciente, tales como complicaciones médicas, retrasos en la curación, recaídas, aumento de la sintomatología, económicas, lo cual al final nos lleva a repercusiones en la calidad de vida del paciente, estas consecuencias pueden verse aumentados o con mayor frecuencia en pacientes geriátricos por todas las cambios propios del envejecimiento tanto físicos, sociales y psicológicos (3, 4, 6). Dentro de estas consecuencias también debemos tener en cuenta no solamente el paciente sino también los prestadores del servicio (6-8).

Dada la gravedad y consecuencias que puede generar la no adherencia al tratamiento fisioterapéutico y tomando en cuenta los escasos de información que hay acerca de ésta y de cómo medirla se hace evidente la importancia que tiene profundizar en los factores que nos conllevan tanto a la adherencia como al abandono, sus consecuencias y las estrategias que como profesionales e institución podemos implementar para disminuirlas.

## CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

### Antecedentes

El término “adherencia” y “cumplimiento” al tratamiento terapéutico no es reciente, sin embargo, ha tenido muchos cambios a lo largo de los años. La primera vez que el término cumplimiento terapéutico fue utilizado fue en la década de los 70's por Haynes y colaboradores que lo definieron como “la medida en que el comportamiento del paciente, en términos de tomar las medicaciones, seguir dietas o llevar a cabo cambios en el estilo de vida coincide con los consejos de médicos u otros proveedores sanitarios” (1, 2). A partir de esta década fue cuando el concepto de adherencia al tratamiento comenzó a adquirir un mayor valor, ya que hasta esa fecha se habían presentado varios estudios en los cuales se acentuaban las consecuencias negativas que se podían llegar a tener si no se lograba el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Todo esto ocasiono la creación de nuevas y mejoradas estrategias para prevenir el abandono terapéutico (5, 9).

DiMatteo y DiNicola (1982), señalan que la adherencia es una “implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (12).

En el año 1986 Costa y López publicaron un artículo en el cual se analizaron otros estudios de varios autores acerca de la adherencia al tratamiento. El objetivo general del estudio publicado por Costa y López era analizar “las tasas de fracaso en el seguimiento de prescripciones terapéuticas”, el resultado de este análisis fueron porcentajes comprendidos entre el 15-94% según el tipo de tratamiento, la duración de este, la edad del paciente, la actitud del paciente y familiares/cuidadores, relación terapeuta-paciente, etc. Los resultados de dicho estudio se presentan en la siguiente tabla (15).

<b>TRATAMIENTO O CONDUCTA EVALUADA</b>	<b>PROBLEMAS DE ADHERENCIA (%)</b>
Tratamiento preventivo a corto plazo	30-40
Tratamiento preventivo a largo plazo	50
Tratamiento curativo a corto plazo	20-30
Tratamiento de por vida	50
Tratamientos pediátricos	34-82
Asistencia a consultas: previamente concertadas	20-50
Asistencia a consultas: demandadas por los pacientes	25
Toma de medicación	20-60
Errores en la administración	25-60
No seguimiento de instrucciones	19-74

Tabla 1: Resultados del estudio de las tasas de fracaso en el seguimiento de prescripciones terapéuticas. Costa y López 1986.

Durante muchos años ésta fue la definición aceptada por los profesionales de la salud, hasta que en el año 1995, Ferrer y diversos autores manifestaron su desacuerdo con la definición propuesta por Haynes en relación con la implicación del término “cumplimiento” debido a que en esta definición “el profesional provee los consejos y el paciente los lleva a cabo” dando a entender que el paciente tiene que hacer lo que se le ha prescrito sin tener en cuenta otros factores en su vida y culpando directamente al paciente del incumplimiento ya que el profesional sólo se encarga de dar las indicaciones. Es así que, Ferrer propuso la sustitución del término “cumplimiento” por el de “adherencia”. El cual, significa que tanto el paciente como el profesional de la salud están implicados en el cumplimiento y por lo tanto en el éxito del tratamiento, hace ver al paciente y al profesional como una alianza (10, 11).

Frances Bassett, adaptó la definición dada por la OMS al ámbito fisioterapéutico, definiéndolo como: “grado en el que los pacientes realizan los componentes prescritos de su programa de fisioterapia que tienen lugar en casa o la clínica” (13).

En el año 2004, la OMS presentó el estudio: “Proyecto sobre adherencia terapéutica a los tratamientos a largo plazo”, en este estudio se definió la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (1).

En un artículo *Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente* publicado en el año 2006, dice que a pesar de los grandes avances diagnósticos y terapéuticos que se han dado en los últimos años los problemas relacionados con el abandono al tratamiento no se han resuelto en su totalidad. Expone que una adherencia deficiente es el resultado de la dificultad en iniciar el tratamiento dado, suspensión temporánea, no modificar el estilo de vida, etc (24).

Otra de las definiciones para este concepto fue propuesta por Hernández y Acosta en el año 2009, en el cual nos dicen que: “La adherencia al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por parte de su paciente y dedique a ello el tiempo necesario” (14).

En el estudio “La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud” publicado en el año 2014 se hace una comparación de varios estudios y autores, Carver y Scheeirer (1995), Chrsitensen (2000), Folkman (2004), Sica, Novara, Dorz y Sanavio (1997), Isel, Reminger y Pin-Hsiao (2006), en estos estudios todos los autores encontraron que la manera (actitud, percepción de su enfermedad, red de apoyo, creencias, etc) que tiene el paciente de afrontar su situación

tiene una estrecha relación con la adherencia al tratamiento terapéutico. En este afrontamiento de la situación entra la percepción que tiene el paciente de sí mismo y de sus capacidades, el apoyo familiar y/o social que este tenga (11).

Existen una amplia lista de estudios que se han enfocado en la medición de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico por la gran repercusión que se tiene sino existe dicha adherencia y la importancia que representa en el campo de la fisioterapia, sin embargo, la mayoría de las otras investigaciones se han centrado en la medición de la adherencia terapéutica en el área de ortopedia y deporte (21, 22). Tomando en cuenta a la población geriátrica y los cambios fisiológicos normales que se presentan con el envejecimiento y las afecciones que estos puedan llegar a presentar podemos darnos cuenta de la importancia que tiene la fisioterapia en esta población y por ende la adherencia a los tratamientos (24).

### **Envejecimiento**

El envejecimiento en los seres humanos es un proceso gradual, adaptativo y no reversible, este proceso está caracterizado por una disminución de la respuesta homeostática debida a los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos propiciados por los cambios inherentes a la edad (18); también existen patrones sociales, culturales y ambientales los cuales influyen en el proceso del envejecimiento. Se considera la población geriátrica a partir de los 60 años (20, 21).

En los últimos años, la pirámide poblacional mundial enfrenta un cambio que va en aumento, el crecimiento de la población anciana. Este aumento se debe a: la baja en la tasa de natalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de los índices de mortalidad. En el caso de México esta transición en la pirámide poblacional es caracterizada por la reducción de la fecundidad y la mortalidad.

Según los datos obtenidos en el 2015 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 10.4% de la población mexicana es mayor de 60 años. Otros datos relevantes son que el Consejo Nacional de Población (CONAPO), calcula que para el año 2030 el porcentaje de adultos mayores suba al 14.8% y para el año 2050 alcance el 50%. Hoy en día no sólo hay más personas mayores en México, sino que la esperanza de vida también ha aumentado, llegó a los 74 años (19).

Con más ancianos viviendo durante más tiempo, las enfermedades crónicas y otras afecciones son más frecuentes en ellos, lo cual lleva a que la cantidad de personas mayores que necesitan la atención fisioterapéutica ha aumentado, pero también el riesgo de abandono va en aumento en esta población por las mismas enfermedades crónicas, dolor, condiciones económicas, sociales, etc.

Todos estos datos previamente mencionados nos indican la importancia de crear nuevas estrategias para atender a la población geriátrica, ya que el incremento de esta población requiere un aumento en los servicios de salud, vivienda y prevalencia de enfermedades que afectan a esta población (19).

Existe una larga lista de padecimientos o motivos por los cuales los ancianos podrían asistir a fisioterapia, los más frecuentes son (21, 22).

- Trastornos de la marcha y balance
- Caídas
- Úlceras por presión
- Dolor crónico
- Síndrome de inmovilidad
- Incontinencia urinaria y/o fecal
- Sarcopenia
- Síndrome de fragilidad

Los puntos previamente mencionados pueden ser los mismos que causen el abandono al tratamiento, ya sea, por ejemplo: la desesperanza ante una enfermedad crónica, haber presentado alguna caída y estar imposibilitado a asistir a terapia por la misma, sentir demasiado dolor, etc.

Igualmente, el abandono no sólo radica en estas razones, este cuenta con una amplia lista de posibles causas las cuales no solamente se basan en las afecciones físicas también puede provocarse por razones sociales, psicológicas, económicas o por la atención fisioterapéutica, esta última nos corresponde a nosotros como profesionales de la salud (21, 22).

### **Adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento es definido por la OMS 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” esto con el fin de general un resultado ya sea preventivo o ya propio de alguna enfermedad o deficiencia; este proceso requiere un seguimiento constante y riguroso el cual se basa en la interacción no sólo del paciente y el profesional de la salud sino también de la familia del paciente, cuidador y entorno de este (1).

Es muy fácil para el profesional de la salud decir que al abandonar el tratamiento el paciente no tiene interés en la rehabilitación y mejora de su padecimiento, lo cual deja al

paciente como el único responsable de las consecuencias del abandono al tratamiento, las cuales generalmente son negativas. Sin embargo, es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud profundizar y tratar de localizar riesgos potenciales para el abandono del tratamiento y buscar estrategias para evitar este.

Según datos obtenidos por la OMS, en los países desarrollados adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es de un 50% y éste aumenta en países en desarrollo, esto por la escasez de recursos y el pobre acceso a la atención sanitaria (1). Sólo la mitad de las personas con algún padecimiento crónico realizan correctamente el tratamiento indicado para el control de su enfermedad, lo cual puede poner en peligro la capacidad del sistema sanitario para lograr los objetivos relacionados con la salud. Todo esto quiere decir que la otra mitad de la población se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones o secuelas (28).

La medición de la adherencia es un punto de suma importancia en la práctica clínica. Se ha señalado que en el campo de la fisioterapia no se puede medir de forma global por lo compleja que es esta, necesita enfocarse en varios factores y es considerada multifacética.

### **Adherencia en fisioterapia**

La adherencia fisioterapéutica es la implicación activa y voluntaria del paciente durante su rehabilitación para lograr un resultado terapéutico deseado (26).

Lograr una buena adherencia al tratamiento es un requisito importante, este se basa principalmente en la relación terapeuta-paciente y esta se comienza a formar desde el primer contacto que se tiene con el paciente. Debemos tener en cuenta que asistir a las sesiones de fisioterapia 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 (27, 28).

### **Tipos de adherencia**

Para evaluar la adherencia primero se debe conocer si la falta de adherencia al tratamiento es intencionada o no intencionada. En la intencionada el paciente tiene una clara voluntad de no cumplir con el tratamiento, mientras que la falta de adherencia no intencionada se puede relacionar con una pérdida de memoria, deterioro cognitivo, pérdida de autonomía, complejidad de rutinas o que estas no fueron lo suficientemente claras, etc (25).

Apareciendo lo que llamamos incumplimiento del tratamiento, esto es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que el abordaje fisioterapéutico puede lograr. El incumplimiento se puede clasificar en:

*Incumplimiento parcial:* El paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.

*Incumplimiento secuencial:* El paciente deja el tratamiento durante períodos de tiempo en los que se encuentra mejor, disminuye el dolor, realiza con mayor facilidad actividades que antes no podía, pero regresa al tratamiento cuando aparecen de nuevo los síntomas.

*Incumplimiento completo:* Abandono de forma indefinida.

### **Factores que intervienen en la adherencia**

Según la OMS existen cinco grupos de factores que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico.

- 1- *Factores relacionados con el paciente:* En este se toman en cuenta aspectos como edad, sexo, expectativas, motivación, confianza, conocimiento sobre la enfermedad, la actitud que tenga el paciente y sus familiares, ideas equivocadas sobre su enfermedad o sobre la importancia de la fisioterapia, dificultad de comprensión de las explicaciones dadas por el fisioterapeuta, falta de percepción de necesidad y/o efectividad del tratamiento, la personalidad, la red social, bajo nivel de actividad física, dificultad en la comprensión de las instrucciones que dé el terapeuta, etc (6, 11). En este punto si el paciente es un infante o un adulto mayor es necesario darle una mayor importancia a el lenguaje, haciendo este más genérico y simple, este último punto es clave para lograr la adherencia al tratamiento con estos pacientes, ya que si el paciente no entiende lo dicho durante la terapia no realizará el trabajo indicado para casa o lo hará de manera incorrecta (26, 27).
- 2- *Factores relacionados con la condición de la enfermedad:* se refiere a los estados emocionales, malestar físico por efectos de medicación o por ejercicio físico, tiempo de evolución, velocidad de progresión, grado de discapacidad. Las patologías crónicas pueden generar mayores problemas de adherencia, esto por el tiempo de evolución, sintomatología, desesperanza, etc (26, 27).
- 3- *Factores relacionados con el sistema de salud y la atención:* excesiva carga laboral, falta de recursos, falta de monitorización y seguimiento al tratamiento, poca capacidad para educar al paciente, actitud negativa por parte del profesional de salud, mala o insuficiente comunicación entre el profesional y el paciente o también entre profesionales, consultas cortas, tiempo de espera prolongados, falta de conocimiento sobre la adherencia al tratamiento y sus beneficios, insatisfacción del paciente (11). Como vemos en este punto, es sumamente importante la evaluación

y educación continua del profesional de la salud, durante muchos años se ha tomado al paciente como el único responsable de la adherencia a su tratamiento y sus consecuencias, dejando de lado aquellos factores negativos que pueden venir de parte del profesional de la salud o de las mismas instalaciones (26, 27).

- 4- Factores socioeconómicos: bajo nivel educativo, analfabetismo, costo elevado del transporte y del servicio de tratamiento, pobreza, conflictos sociales, excesivos problemas laborales (6).
- 5- Factores relacionados con el tratamiento: duración y calidad del tratamiento, cambios frecuentes de tratamiento, fracasos previos, disponibilidad del profesional, pocos efectos beneficiosos (6).

Los factores que tienen mayor influencia sobre la adherencia y/o el riesgo de abandono al tratamiento son los relacionados con el paciente, ya que estos guardan una relación directa con la enfermedad que este padezca y la importancia que tiene el tratamiento para mejorar su condición de salud y su calidad de vida (26, 27).

Otros factores que son los conocidos ya en varios estudios como predictores de baja adherencia terapéutica son: falta de conocimiento de la patología y de las consecuencias del incumplimiento del tratamiento, percepción de falta de seguimiento al tratamiento por parte del profesional, creencias y percepciones propias de su tratamiento, que esto va de la mano con los factores relacionados con el paciente (26, 27).

También existen algunas barreras que influyen en la adherencia al tratamiento, niveles intra e interpersonales, estos pueden ser, por ejemplo: creencia en el tratamiento, motivación, aceptación de las reglas, tolerancia al dolor, apoyo familiar y apoyo fisioterapéutico (26, 27).

### **Consecuencias**

El éxito en la adherencia va a ayudar a mejorar la efectividad de las intervenciones, las cuales tienen como objetivo principal mejorar la calidad de vida, promover estilos de vida saludable, modificar regímenes alimenticios y aumentar la actividad física (7).

Se ha demostrado que la adherencia terapéutica es uno de los factores que determinan el éxito del tratamiento (ya sea fisioterapéutico, farmacológico, nutricional, etc), para cualquier enfermedad. El abandono al tratamiento tiene consecuencias clínicas, económicas, sociales y psicológicas importantes (7). Este incumplimiento afecta la efectividad de los tratamientos lo cual causa una pobre posibilidad de éxito terapéutico, esto puede llegar a terminar en un cambio de tratamiento a unos más agresivos, los cuales serán más riesgosos y costosos (23, 29).

Las consecuencias se van a presentar tanto si existe la adherencia al tratamiento (traerá consecuencias positivas) como si hay una falta de cumplimiento al tratamiento

(consecuencias negativas). Dichas consecuencias, positivas o negativas, se van a dividir en tres principales ramas:

### Consecuencias clínicas

La falta de adherencia al tratamiento nos puede traer como consecuencias el retraso en el tiempo para lograr los objetivos planteados. Puede ocasionar una recaída o aparición de síntomas secundarios o aumento de los ya existentes tales como sufrimiento no solamente físico sino también psicológico, limitaciones físicas y funcionales (pueden ser progresivas), dependencia y deterioro de la calidad de vida (23, 29).

Si el paciente tiene la adecuada adherencia al tratamiento y por consiguiente un seguimiento adecuado del mismo se tendrá una menor probabilidad de recaída y complicaciones secundarias, esto se relaciona directamente con una mejora en la calidad de vida del cliente (29).

### Consecuencias económicas

Estas consecuencias afectan directamente tanto al paciente como al prestador de servicio ya que al abandonar el tratamiento hay una alta probabilidad que haya un incremento de hospitalizaciones, visitas de urgencia, utilización de más medicamentos, aumento de costo para el sistema sanitario, desaprovechamiento de recursos (7, 23).

En cambio, sí existe una adecuada adherencia al tratamiento habrá una: disminución de visitas al médico, utilización únicamente de los medicamentos necesarios (23).

### Consecuencias sociales

El abandono al tratamiento fisioterapéutico puede causar una disminución de la calidad de vida y dependencia, esto puede representar una carga social en el ambiente que nos rodea lo cual provoca que el paciente pueda sentirse deprimido, avergonzado y se niegue a tener una vida social activa (23).

Si existe una adecuada adherencia al tratamiento la funcionalidad y calidad de vida del paciente mejora, su estado de ánimo aumenta y se siente más confiado en sí mismo y acepta tener una vida social (23).

## **Psicología de la salud en la adherencia al tratamiento**

La falta de adherencia al tratamiento implica a todos los profesionales de la salud. Hablando de la psicología esta rama ha aportado importantes teorías y nuevas estrategias para la intervención de la adherencia. Las que han tenido mayor impacto, hablando del campo de la fisioterapia, son las siguientes.

Teoría social cognitiva: Esta teoría se basa principalmente en el concepto de “autoeficacia”, el paciente se sentirá más motivado si percibe que sus acciones pueden ser eficaces. Esta autoeficacia se relaciona con pensamientos positivos, menos estrés y ansiedad y percepción de buenos resultados (30). Es común que el paciente se sienta vulnerable ante su enfermedad o padecimiento, entenderlo y esto llevarlo a conocer y ser consciente de aquellas acciones que son las adecuadas para su tratamiento; la adopción de esta conducta lo llevara a disminuir la probabilidad de secuelas o empeoramiento de la enfermedad. No obstante, si la persona no cree ser capaz de desarrollar la capacidad de autoeficacia, es poco probable que siga las indicaciones que el profesional de salud le dé (30, 31).

Teoría de la acción razonada: relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conductas. Esto quiere decir que las personas recogen del entorno la información que consideran oportuna sobre los riesgos para la salud, beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no determinadas comportamientos – Ajzen (31).

Modelo de creencias en salud: Este modelo se encarga de estudiar la teorías conductuales y cognitivas para explicar por qué la gente no se adhiere a las conductas que son saludables. El nivel de adherencia al tratamiento dependerá de varios factores (31, 32):

- Grado de motivación e información que tenga sobre su salud
- Autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad
- Percibir condición como amenazante
- Estar convencido de que la intervención o tratamiento es eficaz

Modelo transteórico: Este modelo habla de que el cambio en el comportamiento del paciente es un proceso progresivo, que la persona debe pasar por diferentes niveles de motivación, estos niveles se van rigiendo según la evolución y la actitud que vaya teniendo el usuario (33).

Este método fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores, sin embargo, en los últimos años este modelo ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en estudios como: disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH, ejercicio, dietas, etc (33).

Se conocen cinco etapas diferentes para el cambio:

- 1) Precontemplación: el individuo no tiene intención de cambiar, de realizar acciones específicas para cambiar aquellas acciones que impliquen un riesgo para su salud en un lapso de los primeros 6 meses (33).
- 2) Contemplación: etapa en la que la persona ya tiene una intención de cambio, comenzara a hacer intentos formales para modificar su comportamiento y acciones.

El usuario ya es consciente de los beneficios que tendrá si cambia sus acciones (33).

- 3) Preparación: etapa en la que las personas ya toman la decisión de cambio y tiene el compromiso propio para hacerlo (33).
- 4) Acción: etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento. Las personas en esta etapa ya tienen una valoración muy grande de los beneficios que tienen los cambios y tienen un nivel mayor de autoeficacia. Uno de los objetivos más importantes de esta etapa es lograr el mantenimiento, la necesidad del paciente de mantenerse constantemente en este cambio y lograr mejoras permanentes (33).
- 5) Terminación: en esta última etapa la persona tiene un 100% de confianza en sí mismo y en los beneficios de realizar los cambios (33).

### **Evaluación y medición de la adherencia en fisioterapia**

Una buena evaluación de los factores de adherencia y/o riesgo al tratamiento es fundamental para crear e implementar estrategias que sean efectivas y eficientes. En la actualidad son pocas las escalas que miden el grado de adherencia al tratamiento en el campo de la fisioterapia y las ya existentes son consideradas poco validas o fiables (1).

Entre estas mediciones algunas pueden consistir en que los profesionales de la salud le pidan a los pacientes que califiquen el grado de adherencia que ellos creen tener al tratamiento, qué tan seguido realizan los ejercicios, con qué facilidad entienden indicaciones, etc. Este método no es muy confiable ya que dado a que es una pregunta directa el paciente puede llegar a negar el no haber seguido las indicaciones (34).

Otros medios ya utilizados son los cuestionarios estandarizados los cuales son administrados a los pacientes, en los estudios donde se utilizan estos cuestionarios no se ha encontrado un factor o rasgo estable que nos indique un riesgo de abandono. Estos mismos cuestionarios se pueden aplicar a los familiares y/o cuidador principal del paciente, sin embargo, esta opción no es fiable ya que es una percepción diferente a la que nos puede dar el paciente (34).

Algunas de las escalas que evalúan el grado de adherencia al tratamiento fisioterapéutico son los siguientes:

*“Escala de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas (Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale, SIRAS)”* creada por Brewer y colaboradores. En esta se valoran tres diferentes apartados, los cuales se calificarán, cada uno, del 1 al 5 (donde uno es la menor calificación y el cinco es la mayor). Los puntos para valorar son: la intensidad en la ejecución de los ejercicios en casa, la frecuencia en el cumplimiento de

las instrucciones del fisioterapeuta y la receptividad del paciente ante los cambios en el programa de rehabilitación (23).

**“Completar por el fisioterapeuta al finalizar cada sesión. Rodear con un círculo el número que mejor indica el comportamiento del paciente.”**

1- La intensidad con la que el deportista completa los ejercicios de rehabilitación en la sesión de hoy: 1(mínimo) → 2 → 3 → 4 → 5 Máximo
2- Durante la sesión de hoy, ¿Con qué frecuencia siguió el paciente tus instrucciones y consejos? 1(mínimo) → 2 → 3 → 4 → 5 Máximo
3- ¿Cómo de receptivo estaba el paciente ante los cambios en el programa de rehabilitación durante la sesión de hoy? 1(mínimo) → 2 → 3 → 4 → 5 Máximo

Tabla 2. “Escala de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas (Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale, SIRAS)”

Brewer y colaboradores nos dicen que “el éxito de muchos programas de fisioterapia depende del cumplimiento de las tareas que deben realizar en casa”, para evaluar esto se deben utilizar autoinformes que el propio paciente debe completar una vez que realiza los ejercicios en sus domicilios, lo cual dificulta la medición debido a que el terapeuta no está presente para asegurar que el paciente realmente realice los ejercicios. Este tipo de escalas son consideradas como poco fiables ya que el paciente puede mentir acerca de la realización de los ejercicios (34, 35).

Otro instrumento utilizado para la medición de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico es “Scale to Measure Adherence to the Neurorehabilitation (SMAN v 1.0)” propuesta por Quiroz, C. en el año 2014. Esta se basa en la medición en el campo de la rehabilitación neurológica (5). Esta escala se basa en los factores que propician la adherencia en el tratamiento terapéutico propuestos por la OMS.

<b>Instrumento de evaluación de la adherencia a los procesos de neurorrehabilitación</b>
Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.
Las redes de apoyo social con las que cuento favorecen mi permanencia en los tratamientos para mi rehabilitación.
Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi enfermedad y tratamiento, sigo mi proceso de rehabilitación como me lo indican.
Sea cual sea mi situación familiar actual, continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.
Los servicios de salud a los cuales tengo acceso facilitan mi proceso de rehabilitación
El conocimiento y preparación por parte de los profesionales que me asisten contribuye positivamente en mi proceso de rehabilitación.
Me han suministrado educación sobre mi condición de salud y me han hecho un adecuado seguimiento a mi situación de discapacidad.
El personal que me atiende se preocupa por mi permanencia en mi proceso de rehabilitación.
Recibo las sesiones de rehabilitación necesarias desde las diferentes profesiones para cumplir satisfactoriamente mi proceso de rehabilitación.
Soy constante en mi asistencia a las sesiones de rehabilitación así se requieran cambios en las diferentes intervenciones que se me realizan.
A pesar de que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición funcional, sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.
A pesar de mi grado actual de limitación física continúo asistiendo a las sesiones de tratamiento de rehabilitación.
Independiente de la progresión de mi condición neurológica es grave, hago todo lo que esté a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.
Si se sospecha que mi condición neurológica es grave, hago todo lo que esté a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.
Así se presenten trastornos de salud adicionales a los que padezco sigo asistiendo a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.
Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de tratamiento para mi rehabilitación.
Reconozco la necesidad del tratamiento de rehabilitación.
Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas respecto a mi proceso de rehabilitación.
Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente a mi proceso de rehabilitación.

**Tabla 3.** "Scale to Measure Adherence to the Neurorehabilitation (SMAN v 1.0)", Quiroz C. 2014

## **Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica**

La OMS refiere que “ninguna estrategia de medición única se ha considerado totalmente óptima”<sup>ya</sup> que ninguna te asegura que el paciente no abandonara el tratamiento (1), sin embargo, existen algunas recomendaciones o estrategias que se han demostrado en varios estudios que pueden disminuir el abandono al tratamiento fisioterapéutico (4, 12).

Algunos de estas recomendaciones son las siguientes:

- Presentarse
- Tratar de conocer las preocupaciones, dudas, temores, miedos, expectativas y metas del paciente.
- Responder a las preguntas, sin minimizar las dudas.
- Educar al paciente utilizando un vocabulario acorde con su nivel cultural. Instrucciones breves y precisas, proporcionando información por escrito y con imágenes.
- Ser cordial, no distante.
- Tratar de conocer las preferencias y sugerencias del paciente y utilizar la vía de negociación para establecer acuerdos.
- Información al entorno paciente-cuidador-familia del proceso y sus objetivos
- Dar a conocer las consecuencias de seguir/no seguir las prescripciones
- Mejorar la interacción entre profesional-paciente-cuidador/familia
- Concientización del esfuerzo y presencia de molestias durante el proceso de recuperación funcional.

En el artículo “Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas” publicado en el 2005, se exponen una serie de aspectos que deben estar presentes en cada una de las intervenciones, las cuales son: (29, 38).

- 1) No culpabilizar: no culpar, ni regañar al paciente si este no realiza los ejercicios indicados. Primero debemos averiguar cuál es la razón por la que el paciente no realiza los ejercicios indicados, recordarle y hacerle entender lo importante que es la realización del trabajo en casa para el cumplimiento de los objetivos del tratamiento.
- 2) Individualización de la intervención: la adherencia tiene un origen multifactorial, es necesario establecer intervenciones individuales basándonos en las características propias de la enfermedad y las del paciente.
- 3) Fortalecimiento de la relación: establecer una adecuada relaciones y comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, el paciente necesita sentir que existe la confianza para expresar sus preocupaciones o dudas que tenga acerca de su tratamiento o su enfermedad.

- 4) Participación de distintos profesionales para la educación del cliente sobre su enfermedad y su tratamiento: Intervención de psicólogos, enfermeras, médicos, etc.
- 5) Intervenciones simplificadas: facilitar el tratamiento tratando que este no interfiera con las actividades diarias del paciente, horarios accesibles.
- 6) Intervenciones educativas: educar y orientar al paciente acerca de su padecimiento y de su tratamiento, incluyendo los objetivos de este y el plan de intervención. Durante el transcurso de las sesiones seguir atento a las dudas que puedan surgir respecto al tratamiento.
- 7) Intervención de apoyo familiar y social: Según varios estudios aquellos pacientes que residen solos o que tienen una pobre red social son propensos a tener mayor riesgo de abandonar el tratamiento, al contrario de pacientes que cuentan con un buen apoyo familiar y/o social ya que también se puede orientar a estas personas sobre el tratamiento del paciente y de esta manera apoyarnos de ellos para lograr un buen cumplimiento de las indicaciones.
- 8) Intervenciones de refuerzo conductual: Generalmente el paciente cree que el tratamiento será beneficioso para su salud cuando este empieza a tener una evolución positiva, lo cual aumenta la responsabilidad y autocontrol que tenga este.

Otras estrategias referidas a aumentar la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas, las cuales se mencionan a continuación (36, 39, 42).

- Diseñar e implementar programas específicos encaminados a mejorar el cumplimiento por parte de los pacientes. Se desarrollan en colaboración de un grupo de profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, fisioterapeutas y farmacéuticos).
- Informar a los pacientes sobre su enfermedad y su tratamiento.
- Utilizar técnicas para reforzar la motivación para cumplir el tratamiento, técnica de la entrevista clínica motivacional.
- Se fomentará el uso de recompensas en caso de cumplimiento terapéutico, como aumentar el tiempo entre citas, felicitaciones, etc.

El punto central en el que se basan la mayoría de las recomendaciones o estrategias de mejora a la adherencia al tratamiento, ya descritas, tienen que ver con la relación terapeuta-paciente, la cual empieza desde el primer contacto que se tiene con este ya que esta relación puede ser la base de la adherencia o no adherencia que presente el paciente ante su tratamiento. En este punto es donde radica la importancia de saber con qué estrategias de mejora contamos o cuales son nuestras debilidades como profesionales o del entorno en el que se desenvuelven las terapias, si conoces estas podemos implementar estrategias de mejora para disminuir el riesgo de abandono al tratamiento fisioterapéutico (45).

Existen muchas recomendaciones para disminuir el abandono al tratamiento fisioterapéutico, entre las más conocidas encontramos las impuestas en el estudio “Patient Adherence to medical treatment: a meta review”, en el cual se desarrolló un foro donde participaron varios expertos internacionales en el tema de la adherencia terapéutica, algunos de estos expertos fueron: Barbiu, Bender, Byrne, Connor, Devine, DiMatteo, Giuffrida, Haskard, Merinder, Roter, Schroeder, Takiya, Van Dam y Yildiz, entre otros, estos expertos hicieron unas recomendaciones las cuales van dirigidas a la forma en que se debe tratar el concepto de adherencia (37):

- 1) La adherencia terapéutica debe verse como una forma de comportamiento del cliente y no como una patología que se debe curar.
- 2) Esta conducta debe ser enfocada en el cliente y no en el médico
- 3) Es necesario identificar cuando el paciente presenta una conducta que nos puede propiciar al abandono del tratamiento de forma intencional y no intencional. Es importante distinguir entre estos patrones de conducta ya que los clientes en algún momento podrían mostrar ambas.
- 4) Uno de los elementos importantes es la calidad de la relación fisioterapeuta-paciente en la que debe de existir una atmósfera que permita la discusión de las alternativas terapéuticas, aspectos relacionados a la adherencia terapéutica y que junto al cliente se planifique el plan de tratamiento y el seguimiento de este.
- 5) Incorporar el uso de recursos tecnológicos para apoyar el tratamiento, ya que estos pueden ayudar a monitorear y ajustar dosis de medicamentos, ejercicios, etc.
- 6) Los factores psicológicos y los no cognitivos, más las opciones de tratamiento que se le presenten al paciente son las variables que pueden determinar la adherencia al tratamiento: negación, temor a la dependencia, ansiedad provocada por el tratamiento o/y secuelas de la enfermedad y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

### **Medición de actividades basadas en el contexto clínico**

Los comportamientos de adherencia incluyen tanto la asistencia a las sesiones de fisioterapia ya prescritas como la realización de los ejercicios recomendados durante estas terapias. Ambos comportamientos son sumamente importantes a la hora de medir la adherencia, para medirlos se han utilizado los siguientes métodos (40):

#### *Medidas basadas en el propio comportamiento*

El comportamiento más utilizado en este método es la medición de la asistencia a las sesiones. La manera en la que se mide es el porcentaje de sesiones asistidas sobre el total de sesiones planificadas al inicio del tratamiento (23, 40).

La medición de la adherencia a los ejercicios u otras actividades indicadas durante las sesiones suele ser más complicada, ya que en su mayoría estas actividades son indicadas para casa y es complicado saber si el paciente los realiza o si los realiza de la manera correcta (18). Existen varios instrumentos que se encargan de medir la calidad de la realización de las actividades. A pesar de la existencia de estas escalas aún sigue siendo muy laborioso el registro de las observaciones del comportamiento. Por esta razón los investigadores han recurrido al método conocido como “juicio profesional” (23, 40).

Este método se basa en la medición de la realización de los ejercicios domiciliarios, dicha medición se mide con un biofeedback electromiográfico conectado a una computadora o mediante cronómetros incorporados a aparatos de video que contienen un programa de ejercicios específicos para medir la frecuencia y el tiempo en que los pacientes realizan sus ejercicios. A pesar de la objetividad de estos aparatos estos pueden experimentar problemas en su fiabilidad y validez (23, 43).

#### Medidas basadas en el juicio del profesional

En este método el profesional manifiesta a través de la aplicación de escalas de valoración subjetiva mediante la observación del paciente. Este método se basa en que el fisioterapeuta está preparado para poder emitir juicios, sin embargo, este también puede afectarse por la presencia de sesgos de memoria del terapeuta por dicho motivo las observaciones deben registrarse lo más próximos posibles a la ocurrencia de estos comportamientos (23, 40).

#### Medición de actividades basadas en el contexto del domicilio

Los comportamientos de adherencia al tratamiento en los programas domiciliarios incluyen la realización de los ejercicios específicos indicados por el terapeuta. Para la medición de estos se han creado los siguientes métodos (23):

#### Medidas basadas en el autoinforme del paciente

Estas medidas son las más fáciles de obtener y son las más utilizadas para medir la adherencia, aun así, estos métodos no están exentos de problemas (41, 42).

**Diarios:** Se utilizan para monitorizar la realización y/o duración de ejercicios. Este método requiere un gran esfuerzo y compromiso por parte del paciente, sin embargo, se ha demostrado que este suele ser del agrado del paciente por su formato sencillo y es de fácil interpretación para el profesional (41, 42).

**Cuestionarios:** Estos preguntan directamente al paciente sobre la realización de los ejercicios al igual que su frecuencia y duración. Los tipos de cuestionarios que normalmente se aplican para medir la adherencia son: a) preguntas abiertas, b)

preguntas cerradas con categorías numéricas, c) preguntas cerradas con categorías dicotómicas (si/no). Se recomienda que las preguntas deben buscar respuestas con escalas para que estas sean mucho más precisas y fácil de entender para el paciente (41, 42).

## **Metodología Delphi**

### Metodología Delphi

En el año 1948 se publicó el primer estudio que utilizó la metodología Delphi, este fue un estudio de un tema político militar en el cual se pidió el consenso de un grupo de expertos. Este método comenzó a ser más utilizado a partir de la década de los 70's convirtiéndose actualmente en uno de los métodos más utilizados por los investigadores para diferentes situaciones y problemáticas (44).

En el año 2003 Vélez Pareja definió el método Delphi como “una técnica que permite llegar a opiniones de consenso en un grupo, sobre cierto asunto en específico (44). Consiste en una serie de preguntas repetidas, por lo general utilizando encuestas o cuestionarios, sobre el tema que se investigan a personas que se considera que conocen el tema. El grupo que participa en un proceso de esta naturaleza es experto en el tema. Esta técnica permite recoger y decantar el conocimiento del grupo de expertos sobre el tema que se ha escogido. Concede la formación de consenso en un grupo (45, 46).”

Dicha metodología es recomendada cuando no se dispone de información suficiente para la toma de decisiones o es necesario para la investigación recoger opiniones consensuadas, este tipo de estudios permite al investigador obtener una visión más detallada y profunda del tema que se está tratando y de las opiniones que existen acerca del mismo (46).

Lo que diferencia a la Metodología Delphi de otras es la versatilidad que tiene esta, ya que se utiliza la experiencia y conocimientos de cada uno de los participantes en el grupo de expertos (44) (46). Puede ser descrito como un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de analizar a un grupo de individuos, como un todo y tratar un problema complejo que estos tengan (46). Se trata de llegar a un grado de consenso o acuerdo entre especialistas sobre el problema planteado, en lugar de dejar la decisión a un solo profesional (44).

El análisis Delphi puede ser utilizado con dos objetivos principales:

*Fines predictivos:* Obtener información sobre escenarios futuros. Es la más utilizada, conocida como una técnica de previsión de condiciones de incertidumbre, es decir, los

resultados obtenidos a partir de este análisis pueden utilizarse como una guía para la toma de decisiones, puede ser útil para conocer diferentes escenarios de acción (45).

*Obtención de opinión:* Se requiere información sobre un tema específico (45).

El método Delphi es señalado como uno de proyección, teniendo una variedad de áreas bastante amplia, entre las que destacan (45):

- Planear en grupos o mejorar la comunicación.
- Hacer predicciones sobre cómo va a ser un evento futuro.
- Identificar necesidades y solucionar problemas.
- Tomar decisiones reales o simuladas.
- Identificar y estudiar un rango de posibles alternativas o estrategias para resolver un problema.

### **CAPÍTULO 3: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Estudios realizados en el ámbito de fisioterapia han demostrado que alrededor del 14% de los pacientes abandonan su tratamiento, la baja de estos pacientes se relacionan con condiciones específicas que pueden o no estar relacionadas directamente con el paciente y la manera en que este se percibe. También influye la atención del fisioterapeuta, la disposición que tenga este para resolver dudas y escuchar al paciente, la capacidad de comunicar información acerca de su enfermedad y del objetivo del tratamiento. El apoyo social y familiar con el que se cuente también suele ser un factor que puede ya sea predisponer la adherencia o el abandono al tratamiento (1, 26).

La falta de adherencia en fisioterapia lleva a tener varias consecuencias a corto y largo plazo, tales como tratamientos innecesarios, aumento del número de profesionales a los que se visiten con el fin de recibir tratamiento, complicaciones de la patología, aumento de dolor, aumento del riesgo de dependencia, y aumento en la cantidad de recursos económicos que se invierten en el tratamiento del paciente. Todo esto puede traer consecuencias en los diferentes roles del paciente: su vida laboral, familiar, rol social, etc (6).

Para la institución que brinda atención a la salud es de suma importancia lograr un vínculo de fidelidad con el paciente. Este vínculo se logrará con la calidad de servicio que se proporcione. Las consecuencias que ésta puede sufrir al no lograr este vínculo pueden ser desde económicas hasta el fracaso de esta; estas pueden llegar a dañar la credibilidad de la efectividad de los tratamientos y los servidores (6).

A pesar de que la adherencia terapéutica es un tema de suma importancia para el éxito del tratamiento fisioterapéutico existen pocos estudios en los que se planteen estrategias o se hable de los factores que propicien la adherencia en el campo de la fisioterapia. Los estudios ya existentes se enfocan principalmente en el área de ortopedia y deporte, los cuestionarios y escalas que se utilizaron en estos estudios fueron considerados pocos fiables. La falta de estudios y de escalas que se centren en la importancia de la adherencia al tratamiento evidencia que como instituciones aún tenemos que trabajar más en todos los aspectos que rodeen el tratamiento de nuestro paciente, recordemos que aunque no existen estrategias que funcionen totalmente existen algunas que pueden ayudar a disminuir el riesgo de abandono al tratamiento, por lo cual este estudio pretende contribuir en el aspecto de informar acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento y servir de base a otros estudios e instituciones para la creación de nuevas y mejores estrategias.

## CAPÍTULO 4: JUSTIFICACIÓN

Se sabe que en el área de geriatría los factores de riesgo para abandono del tratamiento suelen encontrarse con mayor facilidad, estos causados ya sea por factores propios de la edad, enfermedad, socioeconómicos, red social, una sensación de no avance en sus tratamientos, sentirse en una situación desesperada, etc. Es crucial para las instituciones valorar el servicio que se les dé a los usuarios que acudan a recibir tratamiento para identificar los factores de riesgo principales que se puedan presentar en los pacientes y en base a estos poder desarrollar estrategias que nos permitan disminuir este riesgo y mejorar en aquellos que nos ayuden a propiciar la adherencia

Al conocer estos factores se pretende realizar un plan de posibles estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento: tales como la importancia de que el paciente sea un participante activo de su recuperación, la relación terapeuta-paciente, el apoyo familiar en los procesos de la rehabilitación e informar de las posibles consecuencias de la no adherencia desde un punto de vista socioeconómico, psicológico y clínico.

Por lo cual la aplicación de este cuestionario no sólo sería de gran beneficio para el paciente, al proporcionarles información de la importancia de la adherencia a su tratamiento, sino también aportaría información hacia los profesionales de la salud sobre aquellos puntos en los que se debe trabajar más ya que es un tema que se enfrenta diariamente en el ámbito de la fisioterapia. De igual manera es necesario indagar más en el campo de la fisioterapia geriátrica ya que a partir de esta etapa se comienzan a presentar cambios biopsicosociales que pueden aumentar el riesgo de abandono al tratamiento fisioterapéutico.

## **CAPÍTULO 5: OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Diseñar un cuestionario para conocer el nivel de adherencia y riesgo de abandono del tratamiento fisioterapéutico en los pacientes geriátricos que acuden a la clínica de fisioterapia ENES UNAM unidad León.

### **Objetivos específicos**

- Evaluar la validez del cuestionario a través de la validación de expertos
- Conocer los factores que propicien adherencia al tratamiento.
- Conocer los factores de riesgo que propicien al abandono del tratamiento.

## **CAPÍTULO 6: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles serían los ítems de un cuestionario para identificar los factores de riesgo de abandono y adherencia al tratamiento de los pacientes que acuden al área de fisioterapia geriátrica en la clínica de fisioterapia de la ENES UNAM, unidad León?

## **CAPÍTULO 7: HIPOTESIS**

Se pudieron identificar los ítems para reconocer los factores de adherencia y de riesgo de abandono al tratamiento fisioterapéutico según un consenso de expertos.

## CAPÍTULO 8: MATERIAL Y MÉTODO

### Descripción del estudio

Estudio transversal de validación tipo DELPHI

#### 1. Fase preparatoria

##### Determinación de objetivos y elaboración del cuestionario:

Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica mediante una búsqueda electrónica en las bases de datos: PubMed, Scielo, Elsevier, PEDro y Google Scholar. Las palabras claves que se utilizaron fueron: *Adherencia al tratamiento, riesgo de abandono, geriatría, tratamiento fisioterapéutico*. Durante la búsqueda en la base de datos las palabras claves se buscaron tanto en idioma español como en el idioma inglés, se realizó durante inicios del año 2019.

Se buscaron artículos publicados desde el año 2004, que hablarán de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico y adherencia en la población geriátrica, se incluyeron artículos donde se identifiquen factores que propicien al abandono o la adherencia al tratamiento fisioterapéutico y artículos que plantearán estrategias de mejora para evitar el abandono al tratamiento fisioterapéutico. No fueron incluidos artículos que hablarán únicamente de adherencia al tratamiento farmacológico.

Se realizó el análisis de los artículos seleccionados para conocer cuáles son los factores que propician la adherencia y/o abandono al tratamiento fisioterapéutico. Con los datos obtenidos de este análisis se planteó el borrador del cuestionario, el cual se dividió en tres categorías, esto basado en los tres principales factores que se detectaron en la revisión bibliográfica, estos son:

- Servicios y atención clínica: los cuales se basan en la experiencia completa que tiene el paciente desde que asiste por primera vez a la clínica de fisioterapia y tiene su primera valoración, la atención que se le brinda por las enfermeras en la toma de signos vitales, la terapia que está a cargo del estudiante y la orientación que reciba por parte del profesor encargado del área.
- Evolución: se basan en cómo se siente el paciente desde que comenzó a asistir a terapia, qué actividades puede hacer con mayor facilidad y cuáles ha podido realizar de nuevo, si presenta más o menos dolor, etc.
- Biopsicosociales: el entorno en el que se desenvuelve el paciente, si presenta alguna dificultad económica o de traslado, etc.

## CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN LA POBLACIÓN QUE ASISTE AL ÁREA DE GERIATRIA.

Edad

Genero

### Servicio y personal de la clínica

	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
1. ¿El personal de la clínica le inspira confianza?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
2. ¿Los estudiantes reciben asesorías, de los profesores, durante las terapias?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
3. ¿El trato que tienen los estudiantes hacia usted es bueno?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
4. ¿Durante su hora de terapia se siente en un buen ambiente de trabajo?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
5. ¿Los estudiantes tienen una buena actitud?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
6. ¿Su terapeuta le explica en que consiste su plan de tratamiento y sus objetivos?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
7. ¿Realiza los ejercicios indicados para casa?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>

### Evolución

8. ¿Considera que su calidad de vida ha mejorado partir de que inicio con la terapia?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
9. ¿Antes de acudir a la clínica de fisioterapia consideraba que su problema de salud era más grave que el de la mayoría de las personas de su edad?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
10. ¿Ahora que asiste a terapia considera que su problema de salud es más grave que el de la mayoría de las personas de su edad?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>

11. ¿Considera que la fisioterapia es una parte importante de su recuperación?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
12. ¿Desde qué ingreso a terapia hasta este momento siente que sus molestias han disminuido?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
13. ¿Su terapeuta le cambia los ejercicios después de la revaloración?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
14. ¿Desde que comenzó a asistir a terapia considera que puede realizar actividades que antes no lograba hacer o que le costara trabajo hacer (caminar más de una cuadra, subir escalones, agacharse, cargar algo, etc)?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>

### **Factores biopsicosociales**

15. ¿Su familia lo apoya para que siga viniendo a terapia?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
16. ¿Desde que viene a terapia se siente de buen humor?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
17. ¿Le es difícil pagar las terapias?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
18. ¿Invierte demasiado dinero en trasladarse de su hogar a la clínica de fisioterapia?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
19. ¿Invierte demasiado tiempo en trasladarse de su hogar a la clínica de fisioterapia?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
20. ¿Asiste a sus terapias?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
21. ¿Le gusta asistir a sus terapias?	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>

### Selección de expertos:

Se decidió que participaran profesionales expertos o con amplio conocimiento en la atención a la población geriátrica tanto en el área médica, campo fisioterapéutico y salud pública. Se pidió la participación de todos los profesionales, fisioterapeutas, que laboraban en esos momentos en la clínica de fisioterapia ENES León. Por otro lado, a través del convenio que existe entre el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y la Clínica de Fisioterapia ENES León, se solicitó la

participación de varios médicos geriatras. También se solicitó la participación de profesionales expertos en el campo de salud pública.

Inicialmente se contactó con 23 expertos, de los cuales 15 son fisioterapeutas que en ese momento se encontraban laborando en la clínica de fisioterapia ENES León como encargados de las prácticas de los estudiantes de la licenciatura, 7 médicos geriatras y 1 experta en el área de salud pública que es parte del equipo de profesionales que laboran en la clínica de odontología de la ENES León. Se pidió su participación por medio de un correo electrónico en el que se adjuntó una carta de presentación del trabajo y la petición de colaboración, en esta misma se indicaban los objetivos del proyecto y lo que se realizaría en el mismo. Quedaron excluidos los que no se pudieron localizar después de dos intentos de correo o aquellos que rechazaron la invitación a participar, quedando un total de 19 expertos. La carta enviada a los expertos fue la siguiente:

León, Guanajuato a 22 de mayo de 2019.

Comité Académico.  
Escuela Nacional de Estudios Superiores.  
Unidad León.  
P R E S E N T E

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con la finalidad de informar que estoy comenzando mi proceso de titulación de la Licenciatura en Fisioterapia, en el cual he elegido la modalidad de tesis, con el tema: "Propuesta de cuestionario para identificar la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en el área geriátrica" para el cual hago de su conocimiento que cuento con el apoyo de la Mtra. Adriana del Carmen Echevarría González en su capacidad de tutora y del Dr. Edgar Jesús Barrera Reséndiz en su capacidad de asesor para la elaboración de la misma.

Los objetivos de la investigación son:

- Diseñar y aplicar un cuestionario para conocer la adherencia y riesgo de abandono del tratamiento fisioterapéutico en los pacientes geriátricos que acuden a la clínica de fisioterapia ENES UNAM unidad León.
- Determinar los factores que propicien adherencia al tratamiento.
- Determinar los factores de riesgo que propician el abandono del tratamiento.
- Elaborar ítems para cada factor que favorece el abandono y adherencia al tratamiento.
- Realizar una validación de expertos del cuestionario.

Dicha validación será realizada mediante la metodología Delphi, para lo cual se le brindará a un comité de expertos multidisciplinarios el cuestionario inicial, donde se incluyen ítems divididos en 3 temáticas identificadas en la adherencia y riesgo de abandono al tratamiento de adultos mayores, en base a la revisión bibliográfica hecha.

Para dicho proceso se le invita a participar en un proceso de análisis y selección de los ítems contenidos en el cuestionario. El cual se le envía en archivo anexo al correo.

**Indicación a seguir:** En caso de aceptar participar se solicita en esta fase del proceso, indique cuáles ítems, basados en su experiencia profesional clínica y/o campo de conocimiento, considera necesario eliminar del cuestionario, ya sea por ser repetitivos, innecesarios, la pregunta no es clara o alguna otra razón.

Sin más por el momento, agradezco su atención y quedo a sus órdenes.

E.LFT. Cinthia Jacqueline Martínez Rodríguez

Buenas tardes, profesores.

## Fase de consulta

En el mismo correo donde se envió la carta a los expertos se anexo el cuestionario previamente diseñado, con la diferencia de que los ítems del cuestionario fueron acomodados de manera aleatoria, no se hizo ninguna distinción de los grupos/categorías en las que se dividieron los ítems del cuestionario (Anexo 1). Esto se realizó de esta manera para que si en algún momento se llegará a aplicar un cuestionario piloto se aplique este segundo borrador y así el paciente pueda responder de una manera más honesta las preguntas.

En el mismo correo se pidió al grupo de expertos que seleccionaran aquellos ítems que consideraran innecesarios, repetitivos o poco entendibles y que indicaran si estos debiesen ser eliminados o únicamente corregidos. Las respuestas obtenidas de este correo se agruparon en aquellos que la mayoría de los expertos consideraban que deberían ser eliminados y aquellos que se consideraban que solo deberían ser corregidos, se analizó las razones que dieron los expertos por lo cuál consideraban el cambio o eliminación del ítem y se realizaron las correcciones indicadas.

Cuestionario enviado a los expertos con orden aleatorio

## Anexo 2: Cuestionario enviado a los expertos

### CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN LA POBLACIÓN GERIATRICA

Edad: Género:

¿Cuánto tiempo lleva asistiendo a terapia?

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1- ¿Desde que viene a terapia se siente de buen humor?			
2- ¿Antes de acudir a la clínica de fisioterapia consideraba que su problema de salud era más grave que el de la mayoría de las personas de su edad?			
3- ¿Durante su hora de terapia se siente en un buen ambiente de trabajo?			
4- ¿El personal de la clínica le inspira confianza?			

5- ¿Su terapeuta le explica los objetivos de su tratamiento y de los ejercicios?			
6- ¿Realiza los ejercicios indicados para casa?			
7- ¿Los estudiantes reciben asesorías durante las terapias?			
8- ¿Considera que la fisioterapia es una parte importante de su recuperación?			
9- ¿Los estudiantes tienen buena actitud?			
10-¿Invierte demasiado tiempo en trasladarse de su hogar a la clínica de fisioterapia?			
11-¿Desde qué ingreso a terapia hasta este momento siente que ha evolucionado constantemente?			
12-¿Invierte demasiado dinero en trasladarse de su hogar a la clínica de fisioterapia?			
13-¿Su familia le apoya para que siga viniendo a terapia?			
14-¿Considera que su calidad de vida ha mejorado partir de que inicio con terapia?			
15-¿Su terapeuta le cambia los ejercicios después de una evaluación?			
16-¿Le gusta asistir a sus terapias?			
17-¿El trato que tienen los estudiantes hacia usted es bueno?			
18- ¿Le es difícil pagar las terapias?			
19-¿Asiste a sus terapias?			
20-¿Ahora que asiste a terapia considera que su problema de salud es más grave que el de la mayoría de las personas de su edad?			
21-¿Desde que comenzó a asistir a terapia considera que puede realizar actividades que antes no lograba hacer o que le costara trabajo hacer (caminar más de una cuadra, subir escalones, agacharse, cargar algo, etc.)?			

## CAPÍTULO 9: RESULTADOS

### Fase de resultados

Se realizó una ronda de consulta del cuestionario a través de los expertos bajo la metodología Delphi.

Esta fase se basó en el análisis del cuestionario piloto, en este se pidió a los expertos la lectura del cuestionario y que seleccionaran aquellos ítems que necesitaban ser corregidos o eliminados, esto bajo la premisa de ser poco entendibles, irrelevantes o repetitivos.

Cabe recordar que el número de los ítems es el indicado en el cuestionario enviado a los expertos, esto quiere decir que el número que le corresponde es el asignado por el orden aleatorio, no en el cuestionario original:

Del cuestionario original fueron eliminados dos ítems, estos fueron el número 18 y el 20.

En la siguiente tabla se anexa los ítems eliminados al igual que los ítems con los que se compararon y por los que se consideró que era necesaria la eliminación de los primeros.

ELIMINADOS	
18-. ¿Le es difícil pagar las terapias?	12-. ¿Invierte demasiado dinero en traslado a la clínica y el pago de sus terapias?
20-. ¿Ahora que asiste a terapia considera que su problema de salud es más grave que el de la mayoría de las personas de su edad?	11-. ¿Desde que ingreso a terapia hasta este momento siente que ha evolucionado constantemente? 21-. ¿Desde que comenzó a asistir a terapia considera que puede realizar actividades que antes no lograba hacer o que le costara trabajo hacer (caminar más de una cuadra, subir escalones, agacharse, cargar algo, etc)?

A continuación, se explicará la razón de la eliminación de dichos ítems.

- **Ítem 18:** *¿Le es difícil pagar las terapias?*

Este ítem fue eliminado ya que los expertos consideraron que el planteamiento de la pregunta era repetitivo al ítem número 12, ya que ambos se relacionan con el factor económico.

-Ítem 12: ¿Invierte demasiado dinero en trasladarse de su hogar a la clínica de fisioterapia?

Se llegó al consenso de que el ítem número 12 era más entendible y esto lo haría más fácil de entender para los pacientes.

- **Ítem 20.** *¿Ahora que asiste a terapia considera que su problema de salud es más grave que el de la mayoría de las personas de su edad?*

Este ítem fue eliminado por estar redactado de una manera poco entendible, también fue considerado como repetitivo a los ítems 11 y 21.

*Ítem 11: ¿Desde qué ingreso a terapia hasta este momento siente que ha evolucionado constantemente?*

Ítem 21: ¿Desde que comenzó a asistir a terapia considera que puede realizar actividades que antes no lograba hacer o que le costara trabajo hacer (caminar más de una cuadra, subir escalones, agacharse, cargar algo, etc)?

Ambos ítems, 11 y 21, abordaban el mismo fin que el ítem 20 y lo plasmaban de una manera más entendible.

Dentro del consenso llegado junto con los expertos se indicó que existían otros ítems importantes de marcar pero que la redacción no era la correcta o era poco entendible y únicamente debía ser corregida.

Estos ítems que únicamente fueron redactados nuevamente fueron los números: 4, 5 y 7.

En la siguiente tabla se anexa la comparación de los ítems planteados antes del consenso con los expertos y su redacción después de ser corregidos.

<b>CORREGIDOS</b>	<b>ORIGINAL (ANTES DEL CONSENSO)</b>
4- ¿El personal de la clínica le inspira confianza para preguntar o realizar comentarios acerca de su tratamiento?	4- ¿El personal de la clínica le inspira confianza?
5- ¿Su terapeuta le explica los objetivos de su tratamiento y de los ejercicios?	‘5- ¿Su terapeuta le explica en que consiste su plan de tratamiento y sus objetivos?
‘7- ¿Los estudiantes reciben asesorías durante las terapias?	‘7- ¿Los estudiantes reciben asesorías, de los profesores durante las terapias?

En la segunda fase se realizó la reestructuración del cuestionario, ya con la eliminación y corrección de los ítems indicada previamente. Este nuevo cuestionario constaba con un total de diecinueve ítems. Tomando en cuenta la división indicada en el cuestionario principal, la cual se basa en los factores previamente encontrados en la búsqueda bibliográfica, el resultado final se dividió de la siguiente manera

- “*Servicios y personal de la clínica*”: siete ítems
- “*Evolución*”: seis ítems
- “*Factores biopsicosociales*”: seis ítems

Resultado final de la propuesta de cuestionario de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en la población que asiste al área de geriatría.

## **CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN LA POBLACIÓN GERIATRICA**

**Edad: Género:**

**¿Cuánto tiempo lleva asistiendo a terapia?**

	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
1- ¿Desde que viene a terapia se siente de buen humor?			
2- ¿Antes de acudir a la clínica de fisioterapia consideraba que su problema de salud era más grave que el de la mayoría de las personas de su edad?			
3- ¿Durante su hora de terapia se siente en un buen ambiente de trabajo?			
4- ¿El personal de la clínica le inspira confianza para preguntar dudas o realizar comentarios acerca de su tratamiento?			
5- ¿Su terapeuta le explica los objetivos de su tratamiento, los ejercicios y la importancia que tienen estos dos?			
6- ¿Realiza los ejercicios indicados para casa?			
7- ¿Los estudiantes reciben asesorías de los profesores durante las terapias?			

8- ¿Considera que la fisioterapia es una parte importante de su recuperación?			
9- ¿Los estudiantes tienen buena actitud?			
10- ¿Invierte demasiado tiempo en trasladarse de su hogar a la clínica de fisioterapia?			
11- ¿Desde qué ingreso a terapia hasta este momento siente que ha evolucionado constantemente?			
12- ¿Invierte demasiado dinero en trasladarse de su hogar a la clínica de fisioterapia?			
13- ¿Su familia le apoya para que siga viniendo a terapia?			
14- ¿Considera que su calidad de vida ha mejorado partir de que inicio con terapia?			
15- ¿Su terapeuta le cambia los ejercicios después de una evaluación?			
16- ¿Le gusta asistir a sus terapias?			
17-¿El trato que tienen los estudiantes hacia usted es bueno?			
18- ¿Asiste a sus terapias?			
19- ¿Desde que comenzó a asistir a terapia considera que puede realizar actividades que antes no lograba hacer o que le costara trabajo hacer (caminar más de una cuadra, subir escalones, agacharse, cargar algo, etc.)?			

## CAPÍTULO 10: DISCUSIÓN

Existen pocas escalas que se hayan creado con la finalidad de medir el grado de adherencia que exista en el campo de la fisioterapia y ese número disminuye aún más cuando hablamos de la medición de la adherencia en la población geriátrica. En un artículo publicado en el año 2014 se menciona que el 35% de los pacientes abandona su tratamiento, de los cuales el 14% pertenecen a la población geriátrica (5). Tomando en cuenta estos porcentajes se consideró el diseño de un cuestionario que ayude a medir la adherencia y/o el riesgo de abandono al tratamiento fisioterapéutico en el campo geriátrico ya que la falta de adherencia en la población geriátrica nos puede llevar a consecuencias más graves para el paciente, tales como dependencia, depresión, dolor, disminución de la calidad de vida, etc. Los cuestionarios y escalas que existen para apoyar al fisioterapeuta en la medición de la adherencia al tratamiento no solo son escasos, sino que tan bien son considerados como poco fiables y la mayoría se centra únicamente en el campo ortopédico y deportivo.

Los estudios encontrados sugieran algunas medidas que se pueden implementar para medir la adherencia tales como pedirle al paciente que haga un “diario de ejercicio” y que registre la frecuencia con la que realizan los ejercicios según el juicio del propio paciente. También existen medidas que se basan en el juicio del profesional, que depende únicamente de lo que los avances que el fisioterapeuta va observando en el paciente. Estas medidas son consideradas poco fiables porque la información puede no ser totalmente honesta o ser subjetiva. (23, 34, 40, 43).

Brewer y colaboradores crearon la “Escala de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas (Sport Injury Rehabilitation Adherencia Scale SIRAS) en la cual se valoran tres diferentes apartados, intensidad de ejecución de los ejercicios, frecuencia del cumplimiento de las indicaciones y receptividad del paciente ante los cambios en el programa (23). Esta escala evalúa la adherencia al tratamiento únicamente desde el punto de vista del fisioterapeuta ya que este es el encargado de registrar los resultados que el mismo observe durante la sesión, esto dificulta la medición y la fiabilidad de esta ya que el terapeuta es el único implicado en la medición, tampoco toma en cuenta otros factores que pueden estar ocasionado una pobre adherencia al tratamiento. Otro inconveniente que puede presentar la aplicación de esta escala es que coloca al paciente como único responsable del éxito del tratamiento al no abarcar apartados acerca de la relación terapeuta-paciente, la cual se ha demostrado que es uno de los factores que más influyen en la adherencia al tratamiento. El diseño de nuestro cuestionario coincide en la importancia de abarcar apartados acerca de la realización de los ejercicios hechos en terapia y en casa, sin embargo, también contiene ítems acerca de otros factores que son de gran relevancia en la adherencia al tratamiento.

De igual manera en el estudio de Quiroz, C. en el año 2014 se propuso un instrumento para la medición de la adherencia fisioterapéutica en pacientes adultos con alguna afección neurológica crónica (SMAN, v. 1.0). Esta escala evalúa diferentes ítems basándose en los factores que influyen en la adherencia al tratamiento propuestos por la OMS (5). Existen varias similitudes con el trabajo propuesto en esta investigación, ya que ambos se basan en los factores que indica la OMS. Sin embargo, a diferencia del propuesto por Quiroz la presente propuesta puede ser considerada más fácil de aplicar, ya que algunos ítems de la SMAN han sido considerados como repetitivos y poco entendibles.

## CAPÍTULO 11: CONCLUSIÓN

En conclusión, la falta de adherencia al tratamiento en el campo de la fisioterapia es un problema de salud pública por las consecuencias a corto y largo plazo que este puede conllevar.

Se logro obtener un consenso de 19 expertos para diseñar un cuestionario. El carácter multidisciplinario y clínico de los expertos contribuyo a enriquecer el contenido de este nuevo cuestionario, haciéndolo más práctico y útil para la práctica clínica en la atención de fisioterapia. En el grupo de expertos se llegó al consenso de eliminar dos de los ítems originales por ser considerados repetitivos y poco entendibles, otros tres ítems fueron reestructurados para que fueran más entendibles.

Existen muchos factores que pueden propiciar el abandono o la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Basándonos en la evidencia conseguida después de la búsqueda bibliográfica los factores que tienen un mayor índice de abandono y/o adherencia al tratamiento son los relacionados con el paciente, conocimiento acerca de la patología, una mala relación terapeuta paciente, poco apoyo familiar, entre otros.

Como ya se ha mencionado, el presente trabajo propone un cuestionario que será de apoyo para la medición de la adherencia al tratamiento en el campo de la fisioterapia geriátrica lo cual también ayudará a conocer los puntos débiles que tengamos como institución o profesionales de la salud. Existe la necesidad de promover la creación y uso de los distintos instrumentos que existen para la medición de la adherencia al tratamiento. Se deben identificar los factores que impliquen un riesgo potencial tanto las que son propias del paciente geriátrico como las que nos corresponden a nosotros como profesionales de la salud, esto con el fin de poder implementar estrategias de mejora para evitar el abandono al tratamiento fisioterapéutico y asimismo minimizar o postergar las consecuencias de los padecimientos que pueda tener el paciente, recordando que en la población geriátrica estas consecuencias suelen ser mayores gracias a las comorbilidades que se presentan con el envejecimiento.

Se considera adecuado continuar con el estudio, realizando una prueba piloto de la aplicación del cuestionario a los pacientes que asisten al área de geriatría en la clínica de fisioterapia ENES Unidad León, esto con el fin de poder conocer cuáles son aquellos factores que pueden ocasionar que el paciente abandone el tratamiento fisioterapéutico y posteriormente establecer estrategias de mejora.

## CAPÍTULO 12: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. 2004
2. Salinas E., Nava, M. Adherencia terapéutica. *Enfermería neurológica*. 2012; 11(2), 102-104.
3. Forkan, R., Pumper, B., Smyth, N. Exercise Adherence Following Physical Therapy Intervention in Older Adults With Impaired Balance. 2006; 86 (3), 401-410.
4. Hernández JL, Acosta FJ, Pereira J. Adherencia terapéutica. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria* 2009; 9 (1): 15-28.
5. Quiroz, M. An instrument for assessing the adherence of adults to a functional longterm neurorehabilitation process, base don the dimensions proposed by the World Health Organization. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2014; 32(1); 52-61.
6. Pamplona, L., Uribe, D. Adherencia al Tratamiento Fisioterapéutico. Trabajo de investigación. Universidad CES Facultad de Fisioterapia. 2016.
7. Pamplona L., Uribe, D., Ayala, J. Adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión de tema. *Rev. CSV* 2018; 10 (1): 62-75.
8. Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., Sacristán, J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*. (2009); 41(6): 342-348.
9. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
10. Ferrer, V. A. Adherencia o cumplimiento de prescripciones terapéuticas y de salud: Conceptos y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología y Salud* 1995; 7(1): 35-61.
11. Díaz, M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot* 2014; 7(1): 73-84.
12. DiMatteo, M.R; DiNicola DD. Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role. 1982. New York. Pergamon Press.

13. Frances Bassett: The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. NZ Journal of Physiotherapy. 2003; 31(2): 60-66.
14. Hernández, JL., Acosta, FJ., Pereira, J. Adherencia terapéutica. Cuadernos de psiquiatría comunitaria. 2009; 9(1): 15-28.
15. Costa M., López E. Salud comunitaria. Barcelona, 1986.
16. Mahmoud, A. Medication Noncompliance in Patients With Chronic Disease: Issues in Dialysis and Renal Transplantation. The American Journal of Managed Care. 2003; 9(2): 155-171.
17. Quiroz, C. Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos a procesos de neurorrehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS. Universidad Autónoma de Manizales. 2012.
18. Alexandre NM, Nordin M, Hiebert R, Campello M. Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain. Rev Panam Salud Pública 2002; 12: 86-95.
19. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid (2006)
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Población. México; 2016
21. Gutiérrez L.M. Implicaciones para la salud del envejecimiento de la población y la transición epidemiología en México. D'Hyver C., Gutiérrez L.M. Geriatria. 3ª Ed. México: Manual Moderno; 2014. P. 2-13
22. Rodríguez R., Lazcano G., Medina H., Hernández M. Práctica de la Geriatria. 3ª. Ed. México: McGraw Hill; 2011.

23. Brewer BW., Van JL., Petiptas AJ., Sklar J., Ditmar TD. A brief measure of adherence during sport injury rehabilitation sessions. *Journal of Applied Sport Psychology* 1995; 8: S161.
24. Libertad M. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cuba Salud Pública*. 2006; 32(3).
25. Ibarra O., Morillo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*. 2017; 5-10.
26. Tapias L. Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico: una revisión del tema. 2012.
27. Poalasin L., Ontaneda G. El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartrosis de rodilla. 2016; 18(1); 24-30.
28. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol Vasc*. 2015; 16(2): 175-189.
29. Salinas V. Adherencia de los Pacientes en Fase Post-Aguda a Consejos de Fisioterapia: Magnitud y Factores Asociados. Tesis para optar el grado de Doctor por la Universidad de Murcia. 2013.
30. Van Der Ven., Weinger K., Pouwer F. The confidence in diabetes self-care scale: Psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and U.S. patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 713-719.
31. Ajzen I., Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.
32. Mccord E., Brandenburg C. Beliefs and attitudes of persons with diabetes. *Family Medicine* 1995; 27: 276-281.

33. Prochaska J., Di Clemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract* 1982; 19:276-288.
34. Fajardo Ultrilla B., Cruz Lérica A. Adherencia terapéutica. Latorre Postigo JM. *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Madrid: Síntesis; 1995. 151-162.
35. Casanova A. La Adherencia al Tratamiento en Fisioterapia: Revisión bibliográfica. Universidad de la Laguna, Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. 2016.
36. Aguililla JM., Roura V. De fisioterapeuta a paciente, de biomédico a biopsicosocial. 2012.
37. Dulmen S., Dijk L., Ridder D. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. 2007
38. Sánchez O. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005.
39. Conthe P. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. 2012.
40. Turk DC, Rudy Te. Neglected topics in the treatment of chronic pain patients relapse noncompliance and adherence enhancement. *Pain* 1991; 44:5-28.
41. Rand CS., Wise RA. Measuring adherence to asthma medication regimens. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine* 1994; 149: 569-576.
42. Alewijnse D., Mesters I., Metsemakers J., Adriaans J.,m Van Den Borne. Predictors of long-term adherence to pelvic floor muscle exercise therapy among women with urinary incontinence. *Health Educ Res* 200MA. Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled Clinical Trial* 2000; 21:188-194.

43. Sluis EM, Van Der Zee J, Kok GJ. Differences between physical therapists in attention paid to patient education. *Physiother Theory Pract.* 1993; 9: 103-117.
44. López, E. El método Delphi en la investigación actual en educación: una revisión teórica y metodológica. *Educación XX1* 2018. 21: 17-40
45. Márquez T de J. Factores que inciden en el proceso hacía la salud en personas con alguna forma de trastorno de la conducta alimentaria. Un estudio Delphi [Licenciada]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
46. Varela Ruíz M, Díaz Bravo L, García Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *ELSEVIER.* 2012;(1):90–95.

# ANEXOS

## Anexo 1

### Orden aleatorio de los ítems

La siguiente tabla muestra el orden en el que se enviaron las preguntas a los expertos en comparación con el orden que se tenía en el cuestionario original, antes de añadir los cambios hechos por los expertos.

Ejemplo: El ítem que ocupa el número 4 en el cuestionario original corresponde al número 3 en el cuestionario enviado a los expertos.

<b>Orden cuestionario original</b>	<b>Orden cuestionarios expertos</b>
1	4
2	7
3	17
4	3
5	9
6	5
7	6
8	14
9	2
10	20
11	8
12	11
13	15
14	21
15	13
16	1
17	18
18	12
19	10
20	19
21	16