



VICERRECTORADO ACADÉMICO

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

“FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR, INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, LIMA, 2019”

PRESENTADO POR:

MG. CARMEN ROSANA MOYA NOLLI

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

LIMA – PERÚ

2019



VICERRECTORADO ACADÉMICO

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

“FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR, INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, LIMA, 2019”

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PÚBLICA – DETERMINANTES DE LA SALUD

ASESOR

DR. WALTER GÓMEZ GONZALES

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A nuestro creador por iluminar mi camino
y fortalecer mis decisiones.

A mis seres queridos mi madre Carmen,
mi hijo Carlos y a María Esther Almenara
apoyándome siempre comprendiendo mi
presencia ausente.

AGRADECIMIENTO

A los Tecnólogos Médicos del Departamento de UMD por brindarme su tiempo, especialmente a la Lic. Flor Gordillo.

A la Dra. Silvana Sam, Dr. Pedro Solis, Dr. Walter Gómez por las enseñanzas compartidas y en especial por su amistad.

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, mi querida alma mater que ha permitido mi formación académica y la culminación de mis estudios de Doctorado en salud pública.

ÍNDICE	Págs.
CARATULA.....	i
CONTRA CARATULA (línea de Investigación).....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RECONOCIMIENTO	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
RESUMEN EN UN TERCER IDIOMA.....	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	16
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.2.1 Delimitación Espacial.....	19
1.2.2 Delimitación Social	19
1.2.3 Delimitación Temporal.....	19
1.2.4 Delimitación Conceptual	19
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.3.1 Problema Principal	19
1.3.2 Problemas Específicos.....	20
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.4.1 Objetivo General.....	20
1.4.2 Objetivos Específicos	20
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.5.1 Justificación Teórica.....	21
1.5.2 Justificación Práctica	21

1.5.3	Justificación Social.....	22
1.5.4	Justificación Metodológica.....	22
1.5.5	Importancia.....	22
1.6	FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.7	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	22
	CAPÍTULO II: MARCO FILOSÓFICO	22
2.1	FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA	27
	CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	27
3.1	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	27
	Antecedentes nacionales	27
	Antecedentes internacionales.....	30
3.2	BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS	34
3.2.1	Adherencia fisioterapeutica	34
3.2.2	Comprobación de la adherencia en fisioterapia.....	35
3.2.3	Asistencia a sesiones programadas.....	35
3.2.3.1	Medidas basadas en el propio comportamiento.....	36
3.2.3.2	Supervision del fisioterapeuta.....	36
3.2.4	Regimen rehabilitador	37
3.2.5	Prevalencia de la adherencia.....	37
3.2.6	Factores intrínsecos y extrínsecos	39
3.2.7	Factores intrínsecos.....	39
3.2.7.1	Factores relacionados con el paciente.....	39
3.2.7.2	Factores relacionados con la condición de la enfermedad.....	40
3.2.8	Factores extrínsecos	41
3.2.8.1	Factores relacionados con el sistema de salud y la atención	41
3.2.8.2	Factores socioeconómicos	42

3.2.8.3 Factores relacionados con el tratamiento.....	43
3.2.9 Prevención de la adherencia fisioterapéutica.....	43
3.3.0 Efecto de la no de adherencia	44
3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	46
3.4 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	46
CAPÍTULO IV: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	50
4.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	50
4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	50
4.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	51
CAPÍTULO V: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
5.1 ENFOQUE, TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	53
5.1.1 Enfoque de la Investigación	53
5.1.2 Tipo de Investigación	53
5.1.3 Nivel de Investigación	53
5.2 MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	54
5.2.1 Métodos de Investigación.....	54
5.2.2 Diseño de la Investigación.....	54
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	55
5.3.1 Población	55
5.3.2 Muestra.....	55
5.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	55
5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
5.4.1 Técnicas.....	56
5.4.2 Instrumentos	56
5.4.3 Validez y confiabilidad.....	57

5.4.4	Procesamiento y análisis de datos	58
5.4.5	Ética en la investigación.....	59
CAPÍTULO VI: RESULTADOS		60
6.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	60
6.2	ANÁLISIS INFERENCIAL.....	77
CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN DE RESULTADOS		81
	CONCLUSIONES FILOSOFICAS.....	84
	CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION	86
	RECOMENDACIONES.....	87
	FUENTES DE INFORMACIÓN	88
ANEXOS		
1.	Matriz de consistencia.....	97
2.	Instrumentos.....	99
3.	Validación de expertos.....	101
4.	Prueba de validación.....	108
5.	Data procesada	112
6.	Consentimiento informado.....	117
7.	Autorización de la ejecución del trabajo de campo	120
8.	Declaratoria de autenticidad de la tesis.....	122

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Prueba Alfa de Cronbach.....	58
Tabla N° 2: Edad promedio de la muestra	60
Tabla N° 3: Grupos etáreos de los participantes	61
Tabla N° 4: Disposición de los participantes por sexo	62
Tabla N° 5: Factores intrínsecos de la muestra.....	63
Tabla N° 6: Factores extrínsecos de la muestra	65
Tabla N° 7: Adherencia de la muestra al tratamiento fisioterapéutico	67
Tabla N° 8: Adherencia fisioterapéutica de los participantes según sexo	68
Tabla N° 9: Adherencia fisioterapéutica de los participantes según edad	19
Tabla N° 10: Factores intrínsecos y adherencia fisioterapéutica de la muestra.....	71
Tabla N° 11: Factores extrínsecos y adherencia fisioterapéutica de la muestra	74
Tabla N° 12: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	77
Tabla N° 13: Prueba de Chi-Cuadrado para comprobar la hipotesis general	78
Tabla N° 14: Prueba de Chi-Cuadrado para comprobar la hipotesis especifica 1	79
Tabla N° 15: Prueba de Chi-Cuadrado para comprobar la hipotesis especifica 2	80
Tabla N° 16: Validez del Cuestionario mediante la prueba V de Aiken	108
Tabla N° 17: Resultados de la prueba piloto para la confiabilidad del CAF	109
Tabla N° 18: Matriz de correlaciones entre elementos	110
Tabla N° 19: Media, varianza y correlación total de los elementos.....	111
Tabla N° 20: Base de datos	112

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Grupos etáreos de los participantes.....	61
Gráfico N° 2: Disposicion de los participantes por sexo	62
Gráfico N° 3: Presentación de la adherencia	67
Gráfico N° 4: Adherencia fisioterapéutica de los participantes según sexo	68
Gráfico N° 5: Adherencia fisioterapéutica de los participantes según edad	70

RESUMEN

El **objetivo** fue determinar la relación que existe entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019. **El Método:** Hipotético deductivo, Muestra de 110 pacientes. **Dimensiones:** intrínsecos, extrínsecos, Asistencia a sesiones programadas y Régimen rehabilitador. **Resultados:** Destacan. El grupo etéreo entre 60 a 69 años (26,4%), el 78% presenta adherencia y el 22% no presenta adherencia, en relación al sexo las mujeres (49%) son más adherentes que los hombres (29%), los pacientes de 50 a 69 años (40%) fueron más adherentes. **Conclusiones:** De acuerdo a la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson, el valor calculado $p = 0,001$ es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$, permite confirmar que: Los factores intrínsecos y extrínsecos están relacionados a la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019.

PALABRAS CLAVE: Factores intrínsecos y extrínsecos, adherencia fisioterapéutica

ABSTRACT

The **objective** was to determine the level of relationship that exists between intrinsic and extrinsic factors with physiotherapeutic adherence in patients treated at the Department of the Motor and Pain Unit, National Institute of Rehabilitation, 2019. **The Method:** Hypothetical deductive, Sample of 110 patients. **Dimensions:** intrinsic, extrinsic, Attendance at scheduled sessions and rehabilitation regimen. **Results:** Stand out. In the age group between 60 and 69 years (26.4%), 78% present adherence and 22% do not present adherence, in relation to sex, women (49%) are more adherents than men (29%) are, patients aged 50 to 69 years (40%) were more adherent. **Conclusions:** According to Pearson's Chi-square statistical test, the calculated value is less than the level of significance, it allows to confirm that: Intrinsic and extrinsic factors are related to physiotherapeutic adherence in patients treated in the Unit Department Motor and Pain, National Institute of Rehabilitation, Lima 2019.

KEY WORDS: Intrinsic and extrinsic factors, physiotherapeutic adherence.

RESUMO

O objetivo foi determinar o nível de relação existente entre os fatores intrínsecos e extrínsecos com a adesão fisioterapêutica em pacientes atendidos no Departamento de Unidade de Motor e Dor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019. **O Método:** Hipotético dedutivo, Amostra de 110 pacientes. **Dimensões:** intrínseca, extrínseca, Presença nas sessões agendadas e regime de reabilitação. **Resultados:** Destaque-se. Na faixa etária entre 60 e 69 anos (26,4%), 78% apresentam adesão e 22% não apresentam adesão, em relação ao sexo, as mulheres (49%) são mais aderentes do que os homens (29%), pacientes de 50 a 69 anos (40%) eram mais aderentes. **Conclusões:** De acordo com o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson, o valor calculado é inferior ao nível de significância, permite confirmar que: Fatores intrínsecos e extrínsecos estão relacionados à adesão fisioterapêutica em pacientes atendidos no Departamento de Unidade Motor e Dor, Instituto Nacional de Reabilitação, Lima 2019.

PALAVRAS CHAVE: Fatores intrínsecos e extrínsecos, adesão fisioterapêutica

INTRODUCCIÓN

El tratamiento fisioterapéutico es el resultado de diversas investigaciones en salud teniendo como finalidad restablecer la capacidad funcional del paciente. Es importante que esta suma de procedimientos deba ser llevada a cabo con rigurosidad por el fisioterapeuta y el paciente. Al profesional involucrado con la salud pública le corresponde aplicar los procedimientos correctos actuando con criterio y ética mientras que al paciente le corresponde comprometerse, es decir adherirse a las indicaciones y recomendaciones establecidas por el fisioterapeuta.

La evidencia científica ha demostrado que una parte esencial del tratamiento en terapia física y rehabilitación es la adherencia fisioterapéutica, entendiéndose como el compromiso real, sincero y honesto del paciente y que se alinea a los consejos del fisioterapeuta, esto a menudo parece sencillo, pero en la práctica es difícil de lograr debido a la existencia de factores intrínsecos y extrínsecos que influyen significativamente cuando el paciente decide tratarse.

Conocer como estos factores se corresponden con otras variables permitirá concluir en la existencia o no de uno o más perfiles de comportamiento en pacientes y así poder establecer si son pacientes con tendencia a abandonar el tratamiento.

De ser pacientes con baja adherencia fisioterapéutica se podrán tomar medidas adecuadas a fin de evitar el abandono del tratamiento rehabilitador. Lograr una alta adherencia es decir, que cumplan con asistir a todas las sesiones programadas e involucrarse de forma activa en su proceso rehabilitador permitirá alcanzar metas específicas en tiempos establecidos y, por ende, resultados positivos en la capacidad funcional del paciente

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la actualidad con respecto a la salud pública ha aumentado el análisis de la adherencia terapéutica en las diversas situaciones de salud, en razón a las consecuencias que tiene para el individuo y para el plan sanitario en general el que no se siga las disposiciones realizadas por los profesionales de la salud. Así tenemos que habiéndose estudiado la adhesión farmacológica con más énfasis, se ha incluido estudiar la adherencia a las diversas terapias necesarias en las dolencias permanentes.

En este concepto se incluye diversos comportamientos en relación a la salud y se aumenta al uso de los fármacos la participación de los fisioterapeutas. Se concibe a la persona como cooperador activo y no solo como receptor pasivo de instrucciones.¹

Así tenemos que la adherencia a la terapéutica es la actitud del paciente para cambiar sus acciones encaminadas a preservar su salud, relacionadas a las referencias establecidas por los salubristas para buscar resultados terapéuticos deseados.¹

En los marcos de las observaciones anteriores el adherirse a la rehabilitación es una transformación activa, continua, múltiple con necesidad de seguimiento constante y riguroso en donde deben actuar el paciente, su núcleo social y el terapeuta.

Como se va aclarando, para que el proceso sea efectivo se debe tener presente todos los factores que influyen, como son los factores intrínsecos relacionados con el paciente y con la condición de la enfermedad; así como los factores extrínsecos los mismos que se relacionan con el sistema de salud y la atención, socioeconómicos, y los relacionados con el tratamiento. Además, se debe considerar la comunicación fisioterapeuta-paciente y las habilidades cognitivas y físicas del paciente.²

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha definido adherencia terapéutica a 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 por un prestador de asistencia sanitaria”.³

Con respecto a la adherencia fisioterapéutica se puede definir así: compromiso y voluntad del doliente al desarrollo de su guía rehabilitadora para conseguir éxitos curativos esperados.⁴

En lo referente a las enfermedades crónicas, las personas además de seguir las recetas médicas se tiene la perspectiva que se comprometan de forma activa en la rehabilitación a largo plazo, es entonces que la adhesión tiene mayor relevancia al haber mayor participación en el proceso y en consecuencia menor probabilidad de renunciar a los tratamientos.

Por otra parte, diversos estudios mencionan las conductas relacionadas a la adherencia a los procesos de rehabilitación. Rossini y otros sostienen que la falta de compromiso del paciente a seguir su rehabilitación indicaría disminución de resultados obtenidos.⁵

Por otro lado en España encontramos dos estudios: el primero demuestra que el 66,7% se adhieren a los consejos de fisioterapia ⁶. El segundo demuestra que la tasa de abandono fue del 38,5% en pacientes de un programa de rehabilitación respiratoria.⁷

En Latinoamérica hay pocos estudios⁸, un estudio en Argentina⁹, menciona que el 47% de pacientes del servicio de fisioterapia desistieron de continuar, en Colombia se describe que el no adherirse a la fisioterapia evidencia costos elevados en las ocupaciones laborales.⁴

En el Perú solo se evidencio un estudio que evalúe los factores relacionados a la adherencia fisioterapéutica en una clínica privada más no en Instituciones estatales.

Así tenemos que en el Departamento de Unidad Motora y Dolor (en adelante UMD) del Instituto Nacional de Rehabilitación (en adelante INR) “Dra. Adriana Rebaza Flores” el 20% de pacientes abandonaron sus sesiones programadas.

Como se puede apreciar de seguir esta situación los pacientes que no asisten a sus sesiones de fisioterapia pueden generar como resultado un alto costo económico, social y laboral.

Considerando lo anteriormente señalado y dada la importancia que tiene la adherencia fisioterapéutica en los procesos de rehabilitación y ante la inexistencia de estudios sobre este tema en nuestro país para ser parte del estudio, de esta forma la investigación se centraliza en los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente y como estos se relacionan con la adherencia fisioterapéutica.

El estudiar esta situación es importante porque, la adhesión a la fisioterapia resulta en mejorar los estándares de vida de los dolientes.

En tal sentido, la presente investigación tratará de responder la interrogante planteada más adelante.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Espacial

Se realizó en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor del Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”, Lima; Unidad que atiende a personas con dolencias crónicas.

1.2.2 Delimitación Social

Fueron evaluados los pacientes que asisten al Departamento de UMD del INR “Dra. Adriana Rebaza Flores” donde reciben sesiones programadas de fisioterapia.

1.2.3 Delimitación Temporal

Comprendido de setiembre 2018 a agosto 2019.

1.2.4 Delimitación Conceptual

Indagación fundamentada utilizando fuentes bibliográficas, científicas, como los conceptos, clasificación o tipos, características que estarán mencionadas en el marco teórico y sus variables.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019?

1.3.2 Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores intrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica en pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019?
- ¿Cuáles son los factores extrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica en pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019

1.4.2 Objetivos Específicos

- Establecer los factores intrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica en pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019
- Determinar los factores extrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica en pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Principalmente se trata de determinar la relación existente entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes que asisten al Departamento de UMD.

Luego de la literatura revisada 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 multifactorial con sus componentes, los factores que la disminuyen y las posibles contingencias que se puedan 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 fisioterapéutica, sino también para los Tecnólogos Médicos que se enfrentan diariamente a éste problema.

La presente investigación busca recopilar información acerca de la adherencia, su significado, los factores que se relacionan con el paciente.

1.5.1 Justificación Teórica

Al evidenciar los resultados se podría implementar actividades de sensibilización, con el fin de aumentar la adherencia fisioterapéutica en los pacientes que asisten al Departamento de UMD. Para continuar con su asistencia, su compromiso de mejora funcional y participación social.

1.5.2 Justificación Práctica

La realización de este estudio tiene una justificación práctica porque se analizaran como estos factores se conectan a la adherencia fisioterapéutica en pacientes que asisten a sus terapias, información que podría utilizarse para tomar medidas con tendencia a mejorar la adherencia fisioterapéutica, en relación al compromiso de seguimiento a las pautas de control postural, al entrenamiento

activo y a poner en práctica lo aprendido durante el día y así controlar sus dolencias o malestares.

1.5.3 Justificación Social

Los resultados del estudio servirán como fuente de información al Departamento de UMD para implementar programas relacionados a la adherencia fisioterapéutica que permitan generar bienestar, salud integral en los pacientes, ser útiles a la sociedad y tener independencia económica.

1.5.4 Justificación Metodológica

Desde esta perspectiva, se origina la aplicación de los instrumentos para desarrollar conocimientos válidos y confiables en relación al tema.

1.5.5 Importancia

Es importante porque se podrá disponer de instrumentos validados para efectuar replicaciones en otras comunidades. Por tanto los principales beneficiarios son por una parte los Tecnólogos médicos del Área de Terapia Física y Rehabilitación, y por otra los pacientes con lesiones crónicas.

1.6 FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

- La investigadora utilizará recursos económicos propios.
- Al ejecutar la investigación no se causará daño al paciente ni a la institución.
- Se respetaran los derechos de autor de las informaciones teóricas citando las respectivas referencias bibliográficas.

1.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los hallazgos que se encontraron serán válidos para los pacientes del estudio, no pudiendo ser generalizados en otras poblaciones debido al muestreo utilizado; sin embargo cabe la posibilidad que se encuentren resultados similares en poblaciones con características parecidas.

CAPÍTULO II: MARCO FILOSÓFICO

2.1 FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA

Para iniciar con esta fundamentación se puede mencionar que la indagación de carácter científico es un camino que implica encontrar conocimientos nuevos, para tomar decisiones que contribuyan a resolver problemas. Buscamos lo que no tenemos.¹⁰

Por tal motivo para emprender la labor investigativa se presupone partir de determinadas premisas filosóficas que faciliten la justa comprensión de la tarea que se ejecuta con todos sus riesgos, potencialidades, obstáculos, méritos, logros, etc.¹⁰

En consecuencia la filosofía de la salud pública se encarga de reflexionar acerca de la vida y el bienestar de los seres humanos, en lo que respecta a la salud de las personas y del ambiente, de sus poblaciones, con sus organizaciones y sistemas de salud.¹¹

Involucra por lo tanto, a los trabajadores de la salud y a los administradores y gestores, en áreas comunes donde convergen con la filosofía, y en particular con la filosofía de las ciencias y la bioética para profundizar en los principios y demás aspectos de la salud en forma general y especial.¹¹

Según la concepción filosófica de la salud pública, se busca bienestar en los seres humanos, de tal forma que los médicos velan por la salud individual de cada paciente.

Los salubristas, de la salud de la colectividad.¹¹ Los fisioterapeutas de preservar, restablecer y mejorar el movimiento y la función de sus pacientes.

Para comprender nuestras acciones relacionadas con la atención a los pacientes se considera necesario una breve descripción del modelo biopsicosocial creado por George Engel, que lo concibió como un modelo dinámico, interactivo y dualista de la experiencia humana donde existe una influencia mutua entre mente y cuerpo.¹²

En la práctica clínica se considera necesario equilibrar aproximaciones lineales (especialmente al planear los tratamientos) así como el cambio de la postura del profesional desde el distanciamiento objetivo hacia una participación reflexiva infundiendo un cuidado que implique mayor calidez y preocupación.¹²

El modelo biopsicosocial no debiera entenderse tanto como un cambio de paradigma - en el sentido de una crisis del método científico en la medicina o en la elaboración de nuevas leyes científicas- sino que debería entenderse como la aplicación parsimoniosa de los conocimientos científicos, al servicio de las necesidades concretas de cada paciente.¹²

A pesar del tiempo transcurrido desde la creación de dicho modelo, han surgido dos tendencias intelectuales fortaleciéndolo aún más. La primera en relación a la dualidad mente-cuerpo al reconocer que el conocimiento es construido socialmente. La segunda considerar a la teoría de la complejidad como un modelo más adecuado para poder entender la causalidad, el dualismo y la participación en el cuidado.¹³

Describir las maneras en que los sistemas tienden a organizarse, por ejemplo las familias, puede dar interesantes pistas al profesional de la salud.¹³

En lo concerniente a los aspectos fundamentales desde la óptica biopsicosocial aplicada por el fisioterapeuta nos estimula a un conocimiento más integral del paciente y su entorno, se integran los hallazgos en las tres ámbitos: biológica, psicológica y social, y reconocemos el papel central que desempeña la relación mutua en el curso del tratamiento fisioterapéutico.¹⁴

De esta forma se reconoce al paciente como sujeto activo del proceso asistencial, y se adapta a sus requerimientos personales y culturales para darle la mejor atención posible.¹²

Si bien es cierto que en la actualidad se aprecia una evolución conceptual que trasciende de lo biológico hacia enfoques sociales, interdisciplinarios y complejos; la mayor parte de las intervenciones fisioterapéuticas en salud pública están basadas en un modelo epidemiológico, el cual no toma en cuenta el contexto de cada individuo para dar una respuesta adecuada sino los resultados de un modelo positivista que es la suma de factores de riesgo.¹⁵

En este sentido, es necesaria una comprensión no reduccionista del ser humano para mejorar la comunicación con los sujetos y, de esta manera, impactar las condiciones de calidad de vida de las poblaciones. Bajo esta perspectiva, es indispensable entender a los individuos desde la complejidad de su entorno, en el que convergen distintas realidades, decisiones y factores para entender su proceso de salud-enfermedad.¹⁵

De acuerdo a las apreciaciones en líneas anteriores, los factores intrínsecos y extrínsecos se vinculan en un estrecha relación biopsicosocial, lo que permite comprender e interpretar al ser humano de forma holística como un todo único por esta razón estos factores aumentan o disminuyen la adherencia fisioterapéutica.

Es en ese sentido que la investigación está sustentada en el modelo biopsicosocial de Engel; podemos mencionar que dicho modelo es un tanto una filosofía del cuidado clínico como también una guía clínica práctica.¹²

Desde la óptica filosófica, el padecimiento y la enfermedad son afectados por diversos niveles de organización, desde lo social a lo molecular.¹²

Desde el nivel funcional, es la manera de captar la experimentación subjetiva del paciente al ser un contribuyente elemental para conseguir un dictamen acertado.¹²

Así tenemos que el modelo biopsicosocial genera:

- Una visión del mundo que incluiría la experiencia subjetiva del paciente junto con la información biomédica objetiva.

- Un modelo de causalidad que fuera más amplio y naturalista que los simples modelos reduccionistas lineales.
- Una perspectiva en el proceso clínico y transformara el papel del paciente de objeto de investigación pasivo a protagonista y sujeto del acto médico.¹²

Cuestionamiento filosófico:

- 1.- ¿Como especialista en fisioterapia la presente investigación me permitirá incrementar la calidad profesional?
- 2.- ¿Como paciente, con los resultados del estudio conseguiría acceder a la atención con calidad?

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Se han localizado los siguientes antecedentes:

- a. Antecedentes Nacionales
 - Zegarra E. (2018) en su artículo *Adherencia terapéutica y apoyo social en pacientes con hipertensión arterial, Hospital de apoyo Chepén*. Con el objetivo de: Determinar la asociación entre adherencia terapéutica y nivel de apoyo social en pacientes con hipertensión arterial. Estudio correlacional, transversal. La muestra estuvo constituida por 195 pacientes de 40 a 70 años de edad con hipertensión arterial. Se aplicó el cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky y el cuestionario de nivel de apoyo social. Resultados: la edad promedio fue de 57.56 ± 7.55 años; el 68.7% de los pacientes fue de sexo femenino, el 97.9% presentó un nivel de adherencia terapéutica baja, el 80.5% presentó nivel de apoyo social mínimo. Conclusiones: no hubo asociación significativa entre la adherencia terapéutica y el nivel de apoyo social en la población estudiada.¹⁶
 - Meza W, Peralta A, Quispe F, Cáceres F. (2017) en el artículo *Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred la Palma, Ica 2017*. Con el

objetivo de: Determinar la adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red La Palma, Ica 2017. Estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal. Realizado mediante un test de Morisky-Green-Levine. Resultados: Se encuentra que existe 42% de mala adherencia, entre los factores asociados, se encuentra los relacionados a la terapéutica, a la asistencia sanitaria, y los factores relacionados al paciente.¹⁷

- Coello D, Rojas N, Mayta P. (2016) en su artículo *Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú*. Con el objetivo de: Conocer la incidencia y los factores de riesgo asociados a la falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con dolor y trastornos músculo esqueléticos que asisten a una clínica docente en Lima, Perú. Retrospectivo, con 549 pacientes en 2012-2014. Resultados: 68,3% sexo femenino, 37,2% tenían 60 o más años, las lesiones más frecuentes fueron en el miembro inferior (34,2%) y el dorso lumbar (24,6%). Se encontró una incidencia de falta de adherencia de 56,4% que estuvo asociada a residir lejos de la clínica y tener menos de 40 años. Concluyendo que: Existe una alta incidencia de falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico relacionado con la distancia y la edad de los pacientes.¹⁸
- Ortiz R, Llosa C, Paredes Y. (2016) en el artículo *Adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Ciudad Nueva, Tacna – 2016*. Con el objetivo de: Determinar la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna. Estudio básico, descriptivo. Se trabajó con el total de la población, 23 pacientes tuberculosos atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva. Para la evaluación se utilizó el Test de Morisky Levine. Resultados: las edades de los pacientes atendidos en este programa fluctúan entre 18 a 29 años de los cuales más del 52% no respondieron positivamente a la evaluación. Conclusión: La mayoría de pacientes con tuberculosis atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva en el año 2016, presentan mala adherencia al tratamiento.¹⁹

- Guevara J, Fernández G, Guevara H, Guevara L, Soto V. (2015) en el artículo *nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y dietético en pacientes del programa de diabetes del policlínico Chiclayo oeste - Essalud en diciembre del 2015*. Con el objetivo de: Estimar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y dietético, teniendo en cuenta la relación existente con la edad, el sexo, el grado de instrucción y el control de glicemia. Estudio transversal descriptivo en 124 pacientes. Resultados: el 35,48% presentó adherencia farmacológica, y el 33,87% adherencia dietética. Además el 47,58% reflejó control de la enfermedad teniendo como base el nivel de glicemia de su último control. Conclusiones. El nivel de adherencia al tratamiento tanto farmacológico como dietético no llega a la mitad de los pacientes y no se encontró una relación significativa entre pacientes con nivel de glicemia controlada y nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y dietético.²⁰
- Rodríguez J, Solís R, Rogic S, Román Y, Reyes M. (2015) en el artículo *Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015*. Con el objetivo de: Evaluar si existe asociación entre conocimientos sobre hipertensión y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. estudio transversal analítico. La muestra fue de 340 pacientes hipertensos. Resultados. Se encontró asociación entre bajo conocimiento de hipertensión y adherencia parcial al tratamiento, tener más de 10 años de hipertensión, no haber recibido información sobre hipertensión y tiempo de consulta mayor a 15 minutos. Conclusión. Los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen más probabilidad de tener adherencia parcial al tratamiento.²¹
- Ocampo P. (2014) en el artículo *Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos*. Con el objetivo de: Determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y los factores determinantes de la no adherencia. Investigación descriptiva, correlacional y prospectiva. La muestra fue de 204 pacientes de las provincias de Trujillo y Chimbote (84 y 120, respectivamente). Los resultados

muestran un alto nivel de coincidencia en la identificación de pacientes no adherentes, tanto en Trujillo como Chimbote (60,83 y 79,76%, respectivamente). El entorno social (27,47% y 22,72%) y la percepción del trato del personal de salud (20,7% y 20,53%) fueron las dimensiones que influenciaron más negativamente. Se concluye que los pacientes hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes el entorno social y una percepción negativa del trato del personal de salud.²²

- Tejada P, Cahuana J, Chalco J, De Freitas C, Cabello J. (2013) en el artículo *Adherencia al tratamiento de osteoporosis en pacientes posmenopáusicas en un hospital de referencia, Perú 2013*. Con el objetivo de: Evaluar la frecuencia de la baja adherencia al tratamiento de la osteoporosis y sus características asociadas. Estudio descriptivo, transversal y observacional. La muestra fue de 81 pacientes posmenopáusicas con diagnóstico de osteoporosis. Resultados: la edad media fue 67,1 años (\pm 8,2); el porcentaje de no adherencia al tratamiento fue 80,2%. Las características asociadas fueron número de medicamentos adicionales, número de comorbilidades, diabetes y la falta de búsqueda de información sobre la enfermedad. Conclusiones: Existe un elevado porcentaje de no adherencia al tratamiento de la osteoporosis.²³

b. Antecedentes Internacionales

- Almadana V, Pavón M, Gómez-Bastero A, Muñiz A, Tallón R, Montemayor T. (2016) en su artículo *Perfil de pacientes que abandonan un programa de rehabilitación respiratoria*. Con el objetivo de: identificar las principales causas de abandono de un programa de rehabilitación respiratoria. Estudio prospectivo con 57 pacientes con diagnóstico de (EPOC). Se consideraron adherentes los pacientes que asistieron al 70% de las sesiones. Se les incluyó en un programa de rehabilitación respiratoria de 36 sesiones; 35 pacientes culminaron el programa y 22 desertaron. En ambos grupos, el sexo masculino fue el de más porcentaje en la sexta década de la vida. Resultados: 38,5% abandonaron el programa. Describiendo baja motivación, problemas de transporte, enfermedades asociadas, decesos.

Conclusiones: la baja adherencia a los programas de rehabilitación pudiera relacionarse no sólo con factores motivacionales o de distancia al centro, sino también con un perfil de determinados pacientes.⁷

- Poalasin L, Ontaneda G. (2016) en su artículo *El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartritis de rodilla*. Con el objetivo de: analizar si el género pueda significar una amenaza para la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con OA. Mencionan que: la adherencia fisioterapéutica recibe el influjo de varios factores, entre ellos los que se relacionan con el paciente. Conclusiones: el género como variable proporciona importantes evidencias en favor de una aclaración psicosocial mayor que biológica, presentando descripciones diferenciales de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en una patología prevalente como la osteoartritis, que debe ser tenida en cuenta por el fisioterapeuta en la evaluación y tratamiento de pacientes de ambos sexos con osteoartritis de rodilla; ya que en la práctica es cada vez más evidente la existencia diversos grados de variación en la adherencia a los procedimientos terapéuticos, según el género.²⁴
- Henao C, Pérez J. (2016) en su artículo *Adherencia a procesos de Neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular*. Con el objetivo de: establecer el nivel de adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en adultos colombianos con lesión medular. Estudio descriptivo correlacional con 330 participantes Resultados: 80% evidencio discapacidad moderada. El 66% resulto con niveles medio y alto de adherencia. Hallándose correlación significativa con los factores socio-económico, equipo de asistencia sanitaria, tratamiento y paciente y, por el otro, entre el dominio ambiental de la calidad de vida relacionada con la salud con la adherencia global y todos sus factores ($p < 0.001$). Conclusiones: La mayor adherencia se presentó asociada al factor paciente y la menor al factor socioeconómico. El dominio que mostró mejor percepción de calidad de vida

relacionada con la salud fue el de salud psicológica y el de menor percepción fue el asociado con el ambiente.²⁵

- Nava T, Roeniger A, Arellano A, Cruz E. (2016) en su artículo *Adherencia al programa de ejercicios de estabilización lumbar en pacientes con dolor crónico de espalda baja*. Con el objetivo de: conocer el grado de adherencia a los programas de ejercicio terapéutico es indispensable para evaluar la eficacia como servicios de salud, planificar estrategias, optimizar recursos, y favorecer la plena recuperación de los pacientes en un menor tiempo. Estudio prospectivo, observacional con seguimiento a 6 meses muestra de 31 pacientes con dolor crónico de espalda baja, incluidos en el programa de estabilidad lumbar. Resultados: El porcentaje de adherencia fue de 84% en cada trimestre. La adherencia no mostró correlaciones con variables sociodemográficas, depresión, ansiedad ni miedo. Los pacientes categorizados como adherentes mostraron una mejoría más rápida y evidente en cuanto al dolor y funcionalidad ($p > 0.05$). Conclusión: todos los pacientes presentaron mejoría significativa en cuanto a dolor y funcionalidad. Los pacientes con depresión mostraron puntajes más altos en las escalas de dolor, funcionalidad al inicio y término del estudio.²⁶
- Betancourt B. Gallego M. (2016) en su tesis *Adherencia al tratamiento en mujeres con diagnóstico de fibromialgia y los factores asociados*. Con el objetivo de: Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y los factores asociados en mujeres con diagnóstico de Fibromialgia. Metodología cuantitativa, transversal. Muestra formada por 28 mujeres con diagnóstico de FM. Resultados: 53.57% evidencian nivel medio de adherencia al tratamiento farmacológico, 40.40% nivel bajo de adherencia al tratamiento no farmacológico; los factores que más se asocian al nivel farmacológico son el factor enfermedad; este se asocia negativamente con el nivel de adherencia al tratamiento no farmacológico porque la Fibromialgia bloquea las actividades de la vida diaria, hacer ejercicio y la movilidad. Por otro lado el sistema de Salud se asocia por las dificultades para autorizar las sesiones de terapias suficientes para una evidente

mejoría. Conclusión: La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, es múltiple, por la complejidad de diversos factores.²⁷

- Salort M. (2014) y su investigación *La Adherencia al tratamiento kinésico en una entidad de salud pública*”. Con el objetivo de: Determinar el nivel de adherencia al tratamiento kinésico de las lesiones traumáticas en el Aparato Locomotor y que factores son la que la condicionan. Estudio no experimental transversal, descriptivo constituido por 120 personas. Teniendo como resultados: el nivel de adherencia fue del 75.8%. El factor socio-económico y demográfico, con el 34%, fue la causa principal de no-adherencia. El segundo factor de incumplimiento, en un 24%, es el relacionado al sistema de salud y al equipo profesional. Conclusiones: Se considera una alta adherencia al tratamiento kinésico en el hospital público de Mar del Plata.²⁸
- Salinas V. (2013) en su tesis *Adherencia de los pacientes en fase post-aguda a consejos de fisioterapia: Magnitud y factores asociados, Universidad de Murcia*. Con el objetivo de: describir la frecuencia en la que los pacientes en fase post-aguda reciben durante la asistencia a fisioterapia consejos que implican la realización de ejercicios domiciliarios específicos para su problema, ejercicios de acondicionamiento general y el área del automanejo del dolor. Estudio transversal con 465 participantes, con edades de 18 a 59 años. Concluyo que: el 66,7% se adhieren a los consejos de fisioterapia, en cuanto a “información y educación proporcionada por el fisioterapeuta” “calidad percibida” los pacientes la valoran como buena, el sexo femenino se adhiere más al tratamiento.⁶
- Taboada M. (2013) en su tesis *Adherencia terapéutica a largo plazo en pacientes con patologías crónicas*. Con el objetivo de: Valorar el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes crónicos afiliados a PAMI y evaluar los factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento kinésico a largo plazo. Estudio descriptivo exploratorio, la muestra fue de 39 pacientes. Resultados: presentismo alto (97,43%), medio (2,56%); nivel de cumplimiento alto (61,53%), medio (38,46%); factores de motivación: recuperación (46,15%), dolencias (20,51%),

buena atención (17,64%), confianza en la derivación del médico (2,56%). Con respecto a la elección del centro de rehabilitación, 10,25% por cercanía al domicilio y el 7,69% por comodidad en el traslado. La relación kinesiólogo / paciente fue excelente (46,15%), muy buena (43,58%), cordial (7,69%) y normal (2,56%). Los aspectos de dicha relación valorados por el paciente fueron empatía y eficacia terapéutica (69,23%), empatía (20,51%) y eficacia terapéutica (10,25%).²⁹

3.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

3.2.1 Adherencia fisioterapéutica

La Organización Mundial de la Salud en el año 2004 publicó el documento Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción que define adherencia al tratamiento en: “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”.³

En base a esta definición y en concordancia con el contenido del documento en el campo de la Fisioterapia es el compromiso dinámico e intencionado del paciente en el transcurso de su rehabilitación para conseguir la cura deseada⁹, que tiene relación con acudir a las terapias, la ejecución de las actividades de forma correcta propuestas por el fisioterapeuta y las recomendaciones domiciliarias.

Aun conociéndose que las conductas adherentes logran recuperaciones óptimas, algunas investigaciones en Colombia evidencian lo contrario.⁵

3.2.2 Comprobación de la adherencia en fisioterapia

Para comprobar la adherencia en fisioterapia se utilizan los métodos indirectos a razón de entrevistas personales o formularios, por ser más sencillo y útil en la praxis habitual en fisioterapia. Como desventaja: el paciente puede modificarla y dependiendo del formulario que se utilice puede mostrar disparidad en los resultados, sobrevalorando la adherencia al tratamiento.³⁰

Brewer señaló que la adherencia no puede ser medida en forma global sino que su medida necesita ser multifacética de acuerdo a cada uno de los comportamientos implicados. Aquella práctica supondría una simplificación porque los pacientes pueden mantener la adherencia para unos comportamientos y no otros.³¹

Por ejemplo Alexandre y colaboradores realizaron un análisis de tres tipos de actividades con 120 pacientes con lumbalgia inespecífica que asistieron a un centro de ortopedia ocupacional e industrial de Nueva York: la asistencia a sesiones, la visualización de videos y la realización de ejercicios en casa. El cumplimiento fluctuó en relación a la actividad realizada, entre un 35% y un 59%.³²

3.2.3 Asistencia a sesiones programadas

La asistencia a las sesiones evidencia el cumplimiento del paciente a su programa de tratamiento. Brewer, menciona que los comportamientos de adherencia del paciente abarcan el asistir a las sesiones programadas así como la ejecución de las pautas establecidas y agrega que para medir estos comportamientos se han usado dos métodos a saber.³¹

3.2.3.1 Medidas basadas en el propio comportamiento

Alexandre y colaboradores mencionaron que para medir este comportamiento se ha utilizado el registro del fisioterapeuta que detalla la asistencia a las sesiones y si se cumplen en relación a todas las programadas.³²

En consecuencia, Evans y Taylor, sustentan que para regular la vigilancia de la conducta en las terapias se propusieron instrumentos, en relación a pacientes con lesiones deportivas.^{33, 34}

3.2.3.2 Supervisión del fisioterapeuta

El fisioterapeuta tiene el conocimiento suficiente para observar y medir los comportamientos que deben ser registrados.³¹ Existe una Escala de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas conocido como SIRAS, creada por Brewer y colaboradores.³⁵ Consta de tres ítems que valora la fuerza de los pacientes al ejecutar los ejercicios, el seguimiento de las orientaciones y la aceptación a los cambios en sus sesiones.

Las propiedades psicométricas de la escala han sido testeadas en distintos estudios con distintas clases de pacientes.³⁵

Al respecto la OMS refiere:

“Ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima, un enfoque multimétodos que combina medidas objetivas razonables y de autonotificación factibles constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica”.³

3.2.4 Régimen rehabilitador

Posterior a la evaluación fisioterapéutica se establece la estrategia a seguir o el plan de tratamiento acorde a las necesidades del paciente y posibilidades de recuperación que implica cambios en su rutina diaria.

Resulta de gran importancia brindar al paciente información adecuada para el nivel cognitivo y socio-cultural de cada individuo, evitar palabras técnicas que le generen confusión, se le debe explicar hasta que comprenda plenamente las indicaciones dadas como por ejemplo cual es el objetivo de su tratamiento, como se va a realizar, el tiempo de duración. Se trata de entablar una comunicación fluida entre el fisioterapeuta y el paciente.³⁶

Durante el proceso de recuperación se debe crear conciencia en el paciente sobre su constancia para la finalización del tratamiento, que depende de su voluntad y compromiso para fortalecer su independencia física muy ligada a las funciones en sus actividades de la vida diaria, pues por diferentes factores se pueden perder logros ya obtenidos.⁴

Finalizando este proceso, el paciente continuara trabajando de acuerdo con el plan casero y las recomendaciones que le brinde el profesional de la salud y de ahí la importancia de la buena adherencia durante el tratamiento fisioterapéutico pues en última instancia es el paciente quien ejecuta las indicaciones dadas por el fisioterapeuta y decide cómo y cuándo lo hará.⁴

3.2.5 Prevalencia de la Adherencia

En relación a otros tratamientos, la fisioterapia no es ajena a la adherencia,³⁶ en el caso de los tratamientos farmacológicos se sugirió la terminología de baja adherencia con el fin de determinar niveles que no se alinean a las dosis o

prescripciones correctas. Se ha indicado que esta terminología puede ser de utilidad en Fisioterapia.³⁷

Una vía idónea para determinar el nivel de adherencia inadecuado es el propuesto por Gordis: “el punto bajo el cual es improbable que sea alcanzado el resultado preventivo o terapéutico deseado”.³⁸ Así tenemos que el paciente que asistió al 80% de las sesiones y este porcentaje es lo menos deseado en mejora significativa, al ser así sería visto como cumplidor.³⁸

No obstante en lo comprensible de este criterio, falta estudios que tengan la certeza de cuál es el nivel óptimo de comportamientos para lograr beneficios en la mejoría, en consecuencia falta consenso sobre el criterio de Gordis.³⁸

La prevalencia de adherencia se estudió de acuerdo a dos acciones: el asistir a las terapias y la ejecución de actividades en las mismas.⁵

En cuanto a la **asistencia**, las investigaciones de Kolt y Friedrich en pacientes con lumbalgia hallaron una asistencia media de un 87,7%.^{39, 40}

En el estudio de Alexandre y Di Fabio,^{32,41} establecieron tres niveles de adherencia tomando en cuenta la asistencia sobre el total de las sesiones, resultante en no adherente 0%, bajo adherente, de 1% a 80%, altos adherentes a más del 80%.

Vasey menciona que al encuestar a fisioterapeutas estos detallaron que entre un 5,8% y un 10,7% de los pacientes citados no se presentaron a la primera sesión.⁴²

En el nivel de adherencia a las **Actividades durante las sesiones** de fisioterapia utilizando los reportes y el SIRAS, hallaron 77,4%.³⁹

3.2.6 Factores intrínsecos y extrínsecos

Con respecto a la adherencia fisioterapéutica podemos mencionar que tiene un comportamiento multidimensional que implica varios factores, según la OMS en el documento adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción, refiere que éstos factores se clasifican en 5 grupos; los mismos que para la presente investigación se han dividido en factores intrínsecos (factores relacionados con el paciente y factores relacionados con la condición de la enfermedad) así como factores extrínsecos (factores relacionados con el sistema de salud y la atención, factores socioeconómicos y con el tratamiento) que fueron considerados constructos para elaborar el instrumento de evaluación en el presente trabajo de investigación.³

3.2.7 Factores intrínsecos

3.2.7.1 Factores relacionados con el paciente

Agrupados al sexo, edad, perspectivas, estímulo, convicción, bajo conocimiento de la enfermedad y su terapéutica, carencia de unión familiar, trastornos emocionales, baja práctica de actividad física, dificultad para comprender las indicaciones del fisioterapeuta.³

En lo relacionado a la atención de niños y adultos mayores se deberá emplear lenguaje simple, siendo uno de las causas básicas para la continuidad del tratamiento.⁴³ y a la vez se vincula con el Modelo de Creencias de Salud, al describir aquellos pacientes que se conducen mejor con lo recomendado cuando estiman las mejoras del tratamiento.⁴⁴

Además los trastornos oculares y del oído, hacen que procesen la información de forma diferente al limitar la comprensión de las pautas para el tratamiento.^{45, 46}

El tratamiento constante eleva la adherencia, por que habitualmente se hace feedback de las diferentes rutinas en las sesiones, además como parte importante el fisioterapeuta con una desarrollada experticia elabora un plan de rehabilitación distinto para cada individuo.^{47, 48}

En consecuencia la intervención efectiva del fisioterapeuta es importante, 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.⁴⁶

3.2.7.2 Factores relacionados con la condición de la enfermedad

Estos están vinculados a las emociones, dolencias físicas por acción de los fármacos, el curso de la dolencia, enfermedades adicionales, inhabilidad.³

Se ha mostrado que las dolencias persistentes generan menos adherencia en relación dolencias leves.⁴⁶ Investigaciones deportivas, señalan que los lesionados por primera vez eran menos dispuestos a culminar las rehabilitaciones en relación a los que reportaron 3 o más lesiones.⁴⁹

Es importante mencionar que la disponibilidad de los tratamientos efectivos puede generar en los pacientes la disminución de la cronicidad, genera mejoría en el estado emocional que es benéfico para el paciente en cuanto a la disminución de la sintomatología y por ende en la adherencia al tratamiento.^{9, 50, 51, 52}

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.⁴⁶

La exacerbación del dolor durante la intervención con ejercicio físico es una de las barreras importantes en la adherencia al tratamiento en Fisioterapia, por eso, disminuir éste síntoma a través de técnicas manuales y agentes físicos como la termoterapia y la crioterapia,⁵³ permiten que el paciente retorne a su intervención y desarrolle los ejercicios sin 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.⁵²

3.2.8 Factores extrínsecos

3.2.8.1 Factores relacionados con el sistema de salud y la atención

Se refieren al exceso laboral de los fisioterapeutas, escasos recursos, falta de seguimiento constante de la evolución del tratamiento, servicios inadecuados.³

Otros estudios evidencian que la disminución en los tiempos de espera y el seguimiento mejora la culminación del tratamiento, así los pacientes hospitalizados muestran mayor adherencia que los ambulatorios.⁵⁴ Los pacientes descontentos muestran más probabilidades de no culminar el tratamiento.⁵⁵

Un estudio en Francia menciona que al realizar fisioterapia grupal la ejecución de las rutinas aumenta en relación a la individualizada, porque los grupos permanecen constantes.⁵⁶

Cabe mencionar que se debe tener en cuenta que hay otros factores que dan un aporte negativo a la adherencia al tratamiento, debido a la baja supervisión del individuo, atención deficiente, conductas inadecuadas del terapeuta, excesiva obligación laboral para los mismos, espera prolongada para sesiones de poca duración.^{57, 58}

3.2.8.2 Factores socioeconómicos

Los Factores socioeconómicos hacen referencia al bajo nivel instrucción, centro de terapias alejado, alto costo del transporte, dificultades en el trabajo que obstaculizan la asistencia a las terapias, escasez de dinero, que condiciona al paciente.³

Es importante mencionar la edad y el tipo de enfermedad, puesto que, repercuten en la adherencia al tratamiento.⁵⁰ Hay estudios que demuestran que los adolescentes se adhieren menos que los niños pequeños, al igual que los adultos mayores, siendo 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.⁴⁸

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.⁴⁸

3.2.8.3 Factores relacionados con el tratamiento

Los factores relacionados con el tratamiento mencionan el tiempo de la terapéutica, frustraciones anteriores, variabilidad habitual de tratamiento, presencia de efectos beneficiosos y presencia de apoyo clínico.³

Una parte del éxito de la adherencia radica en la importancia de crear seguridad en el paciente y hacer un acompañamiento constante durante el tratamiento.^{46, 59, 45}

De los descritos anteriormente, los factores que mayor influencia tienen sobre ser adherente a la fisioterapia, son los relacionados con el paciente.⁴

3.2.9 Prevención de la adherencia fisioterapéutica

Existe un modelo biopsicosocial, descrito por Aguililla y Roura donde se menciona que “los aspectos psicosociales influyen en la evolución y el pronóstico de los problemas físicos y en el resultado de los tratamientos en fisioterapia”.⁶⁰ Para la práctica clínica los mismos autores sugieren las siguientes pautas:

- Establecer la interacción con el paciente de forma tal que se pueda aumentar la confianza al evaluar. Un contacto más activo con el paciente nos lleva reconocer qué factores, desde un criterio biopsicosocial, aumenta o disminuye su problema de salud.
- El dialogo es un recurso importante al comprender las perspectivas de los pacientes. De esta forma, se puede planificar tratamientos con su participación activa.

Este modelo permite que el fisioterapeuta incluya en su atención, una categoría enfocada tanto en las estrategias de un tratamiento como en el propio paciente, mejorando así su calidad como profesional de la salud.⁶⁰

3.3.0 Efecto de la no adherencia

Para iniciar este apartado es conveniente definir la no adherencia como incumplimiento preconcebido o involuntario de las recomendaciones terapéuticas por parte del paciente.⁴⁶

El no adherirse al tratamiento refleja 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.⁴⁶

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.⁶¹

El incumplimiento de las terapias genera altos costos médicos y económicos, que dan como resultado incremento de enfermedades proveniente de pacientes que incumplen sus planes de tratamiento.⁴³

Los efectos que se generan dependen de las situaciones de cada paciente y de su patología, lo que ocasiona grandes repercusiones en su estilo de vida y costos elevados en los sistemas de salud, 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.⁵¹

Por las razones ya mencionadas, la no adherencia se convierte en un obstáculo para la salud pública, que atañe a diversas naciones sin importar el nivel socioeconómico, y sin embargo es más notorio en las regiones más pobres.⁶¹

La falta de adherencia fisioterapéutica puede ser descrita desde dos puntos de vista a saber:

- Desde la perspectiva rehabilitadora, se encuentran ausencia en la respuesta al tratamiento junto con la falta de respuesta terapéutica que generan mayores tiempos para consolidar metas preestablecidas 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 padecimientos psicosomáticos, restricciones funcionales definitivas y progresivas: todo esto se verá reflejado en un aumento de defunciones y de enfermedades ⁶², igual forma, implica problemas de autoestima, de estrés, miedos ante situaciones que amenazan la vida relacionados con la enfermedad.^{45,61}
- Desde la perspectiva económica, 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 aproximadamente 20% de los gastos en salubridad.⁴⁵

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.^{4, 59}

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Adherente.- Es el paciente que cumple con asistir a todas las sesiones programadas en el periodo de su recuperación.⁴
- Compromiso.- Es un término que refleja la actitud del paciente para seguir las indicaciones del médico o fisioterapeuta y asistir a las terapias.⁶³
- Factores relacionados con el paciente.- son aquellos inherentes a la persona que hacen referencia al sexo, edad, emociones, pensamientos, expectativas, cognición, estímulo, creencias.³
- Factores relacionados con la condición de la enfermedad.- son los referidos a los malestares físicos que pueda presentar el paciente y que tienen relación con los fármacos recetados, también a la cronicidad de la enfermedad así como a enfermedades asociadas.³
- Factores relacionados con el sistema de salud y la atención.- son los vinculados a la excesiva carga laboral de los fisioterapeutas o al trato que brinda al paciente, también se refiere a la escases de recursos, al seguimiento constante en la evolución del tratamiento y a los servicios inadecuados o deficientes.³
- Factores socioeconómicos.- son las condiciones que incluyen el nivel de instrucción, los ingresos económicos, el costo del transporte en referencia a la distancia de su domicilio al lugar donde recibe su terapia rehabilitadora todo esto relacionado con el paciente.³
- Factores relacionados con el tratamiento.- son aquellos enlazados a fracasos anteriores en los planes de tratamiento, al cambio o mejora del mismo, a los efectos beneficiosos y presencia de apoyo clínico. Así como el tiempo que lleva asistiendo a las terapias.³

- Independencia física.- Condición del paciente que demuestra que no requiere de ayuda para realizar actividades que involucren movimiento y función del cuerpo.⁶⁴
- No adherente.- Es el paciente que no cumple con la asistencia a las sesiones programadas, ni evidencia un compromiso activo en el periodo de su recuperación.⁴
- Voluntad.- Deseo consiente del ser humano para realizar determinadas acciones referidas a sus necesidades, intereses o deseos.⁶⁵

3.4 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
Factores Intrínsecos y Extrínsecos	Factores Intrínsecos	<ul style="list-style-type: none"> • Factores relacionados con el paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy motivado a seguir mi proceso de rehabilitación 2. Creo que las sesiones de fisioterapia van a disminuir los síntomas de mi enfermedad 3. El fisioterapeuta me informa sobre mi enfermedad y la importancia del tratamiento fisioterapéutico 4. Me siento positivo con el proceso de rehabilitación 5. Comprendo las instrucciones que me brinda el fisioterapeuta 	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> • Factores relacionados con la condición de la enfermedad 	<ol style="list-style-type: none"> 6. A pesar de los malestares físicos asisto a las sesiones de fisioterapia 7. A pesar del tiempo que tengo la enfermedad continuo en mi proceso de rehabilitación 8. A pesar que no se evidencien resultados inmediatos continuo con mis sesiones de fisioterapia 9. A pesar del grado de limitación física que tengo asisto a mis sesiones de fisioterapia 10. Tengo episodios de depresión con respecto a mi enfermedad 	
	Factores Extrínsecos	<ul style="list-style-type: none"> • Factores relacionados con el sistema de salud y la atención 	<ol style="list-style-type: none"> 11. El fisioterapeuta muestra actitudes negativas durante las sesiones de fisioterapia 12. Espero más de 2 meses para que me programen las sesiones de fisioterapia 13. El fisioterapeuta me ha explicado sobre la importancia de asistir y participar de forma activa en las sesiones programadas 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Factores socioeconómicos 	<p>14. Mi situación familiar actual permite mi asistencia a las sesiones de fisioterapia</p> <p>15. La distancia de mi casa al Hospital es un impedimento para ir a las sesiones de fisioterapia</p> <p>16. A pesar del costo elevado del transporte asisto a mis sesiones de fisioterapia</p>	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> • Factores relacionados con el tratamiento 	<p>17. Por el tiempo que llevo asistiendo a las sesiones de fisioterapia considero abandonar el tratamiento</p> <p>18. He interrumpido la asistencia a mis sesiones programadas anteriormente por no apreciar disminución de los síntomas</p> <p>19. Asisto a las sesiones programadas así se modifique mi tratamiento</p> <p>20. El fisioterapeuta me recuerda constantemente sobre los beneficios de asistir a las sesiones de fisioterapia</p>	
Adherencia fisioterapéutica	Asistencia a sesiones programadas	<ul style="list-style-type: none"> • Adherente • No adherente 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que cumplen con asistir a 8 ó más sesiones. • Pacientes que cumplen con asistir a menos de 8 sesiones. 	Nominal
	Régimen rehabilitador	<ul style="list-style-type: none"> • Voluntad • Compromiso • Independencia física 	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo la voluntad de asistir a cada una de las sesiones. • Cumpló con el compromiso de seguir las recomendaciones realizadas en el tratamiento. • He logrado resultados positivos del tratamiento. 	Ordinal

CAPÍTULO IV: HIPÓTESIS Y VARIABLES

4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Los factores intrínsecos y extrínsecos tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019.

4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Los factores intrínsecos tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019.
- Los factores extrínsecos tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019.

4.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

- **Definición conceptual**

Variable 1:

Factores intrínsecos y extrínsecos: Son variables inherentes a la persona, en la forma de convicciones culturales y sociales, aspectos cognitivos, esperanza, percepciones.¹ Son variables que determinan la adherencia del paciente desde fuera de su estructura corporal y son la inadecuación de los servicios, estado socioeconómico, fracasos previos.¹

Variable 2:

Adherencia Fisioterapéutica: La adherencia fisioterapéutica es participación dinámica e intencionada por parte del paciente en el desarrollo de su régimen rehabilitador con la finalidad de conseguir efectos terapéuticos excelentes.⁴

- **Definición operacional**

Variable 1:

Factores intrínsecos y extrínsecos: Es la medición que se obtiene con la aplicación del “Cuestionario sobre Adherencia Fisioterapéutica-CAF”, el cual considera dos dimensiones.

Se utilizara la siguiente valoración:

< 18 años,> 65 años

Sexo: Masculino y femenino

Para los demás indicadores se utilizará la siguiente valoración:

Escala Likert: Siempre 5, Casi siempre 4, A veces 3, Casi Nunca 2, Nunca 1

Variable 2:

Adherencia Fisioterapéutica: Es el porcentaje de asistencia a las sesiones programadas, que se describen como:

Adherente: Pacientes que cumplen 8 sesiones a más.

No adherente: Pacientes que cumplen menos de 8 sesiones

Se utilizará la siguiente valoración:

El cálculo se obtiene al formular:

$$X = \left[\frac{\text{total de sesiones asistidas}}{\text{total de sesiones programadas}} \right] \times 100$$

Siendo la adherencia el total de las asistencias a las sesiones de fisioterapia entre el total de las sesiones programadas (10) x 100.

> de 8 sesiones = Adherente

< de 8 sesiones = No adherente

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 ENFOQUE, TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

5.1.1 Enfoque de investigación

Enfoque cuantitativo a razón de que se recolecta información, se prueban supuestos y se analizan estadísticamente para obtener resultados.⁶⁶

5.1.2 Tipo de Investigación

Sustantiva básica, sin direccionar las variables y se observa las situaciones como se presentan de forma natural para después analizarlos.⁶⁶

5.1.3 Nivel de Investigación

Descriptivo, al describirse las relaciones existentes los Factores intrínsecos y extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica.⁶⁶

5.2 MÉTODOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

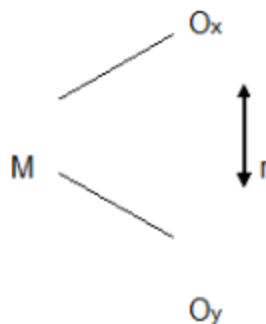
5.2.1 Métodos de Investigación

Hipotético-deductivo y el método específico: estadístico, al recopilar antecedentes en referencia a las variables del estudio se realizan suposiciones que se prueban para determinar resultados.⁶⁶

5.2.2 Diseño de la Investigación

No experimental, transversal, prospectivo y relacional con la intención de describir relaciones entre las variables.⁶⁶

El diagrama es el siguiente:



Dónde:

- * M: Muestra: Pacientes atendidos en el Departamento de UMD, Instituto Nacional de Rehabilitación, año 2019.
- * Ox: Observaciones sobre factores intrínsecos y extrínsecos.
- * Oy: Observaciones acerca de la Adherencia fisioterapéutica.
- * r: Nivel de relación que se establece entre factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con la adherencia fisioterapéutica.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

5.3.1 Población

La población es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades poseen características en común, las cuales se estudian y dan origen a los datos de la investigación”.⁶⁶

La población de la presente investigación estuvo constituida por 154 pacientes programados que asistieron al Departamento de UMD en el INR “Dra. Adriana Rebaza Flores” entre agosto y setiembre 2019.

5.3.2 Muestra

Las muestras no probabilísticas, también llamadas muestras dirigidas, en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la población.⁶⁶

La muestra de nuestro estudio, fue no probabilística, compuesta por 110 pacientes, obtenidos utilizando la formula muestral siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{(N-1) \times (E)^2 + Z^2 \times p \times q} = \frac{(1.962)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 154}{153 \times 0.0025 + (1.962)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 110$$

5.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión
 - Pacientes mayores de edad.
 - Pacientes ambos sexos.
 - Pacientes que firmaron consentimiento.

- Criterios de exclusión
 - Pacientes que desistieron continuar con la aplicación del instrumento de evaluación por razones personales.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recopilación de los datos se pueden utilizar diferentes técnicas, como la observación, documental, entrevista, encuestas, etc. Su utilización depende de la fuente de donde se van a obtener los datos. ⁶⁶

En el presente estudio se utilizó la técnica documental y la técnica de encuesta.

5.4.1 Técnicas

Documental: se usó el record de asistencia de los pacientes a las sesiones de fisioterapia, obtenido del sistema INR-DIS II que almacena información en una base de datos del INR, para determinar la adherencia fisioterapéutica al tratamiento de rehabilitación de la muestra.

Encuesta: esta técnica se realizó mediante la utilización del cuestionario de adherencia fisioterapéutica –CAF para identificar los factores intrínsecos y extrínsecos de la muestra.

5.4.2 Instrumentos

Instrumento: cuestionario estructurado

Autora: Carmen Rosana Moya Nolli

Administración: individual

Duración: 10 minutos

Significancia: Evalúa los factores relacionados a la adherencia fisioterapéutica.

Descripción del cuestionario:

El cuestionario evalúa y describe como diversos factores se relacionan con la adherencia fisioterapéutica, está compuesto por 20 preguntas, los resultados tendrán las siguientes puntuaciones:

Categoría cualitativa	Categoría cuantitativa
Siempre	De 81 a 100
Casi siempre	De 61 a 80
A veces	De 41 a 60
Casi nunca	De 21 a 40
Nunca	De 1 a 20

5.4.3 Validez y confiabilidad

Se validó el cuestionario por 7 expertos con el grado académico de Doctor (anexo 3). Para establecer la validez se utilizó la prueba V de Aiken con un valor de 0,890 (Tabla N°16). Este resultado significa que el cuestionario es válido para su utilización.

Para la confiabilidad se realizó una prueba Piloto de campo con 30 pacientes que asistieron al Departamento de la Unidad Motora y Dolor, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach con un valor de 0,814. Este resultado demuestra que el cuestionario es confiable.

*Valores de Alfa de Cronbach*⁶⁷

- Coeficiente alfa >.9 a .95 es excelente
- Coeficiente alfa >.8 es bueno
- Coeficiente alfa >.7 es aceptable
- Coeficiente alfa >.6 es cuestionable
- Coeficiente alfa >.5 es pobre
- Coeficiente alfa <.5 es inaceptable

Tabla N° 1: Prueba Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,814	30

Fuente: elaboración propia

5.4.4 Procesamiento y análisis de datos

Para la recolección de los datos se solicitó autorización de la Dirección del Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”. Luego de la autorización según resolución directoral N° 167-2019-SA-DG-INR (anexo 7) se coordinó con el Dr. Cesar Kuroki García Jefe la Unidad Motora y Dolor para la obtención de información referente a la programación de horarios de los pacientes y así coordinar e informar a los mismos sobre la investigación.

Al final de la sesión de fisioterapia se informó al paciente sobre la investigación y se le invito a completar el consentimiento informado y el instrumento (anexo 2 y 6).

Para la protección de la confidencialidad de la información se utilizó códigos diferentes elaborados para este fin, la información solo fue accesible para la investigadora, la parte estadística se procesó con los códigos en mención. La base de datos se traspasó al Excel y al paquete estadístico SPSS versión 25.

Para el análisis descriptivo se utilizó tablas de contingencia, la media, la desviación estándar y gráficos correspondientes, que permitieron describir los resultados del estudio.

Para el análisis inferencial, con el propósito de responder la hipótesis establecida, se realizó la prueba de normalidad mediante el estadístico de Kolmogórov – Smirnov en la que se obtuvo en p valor de 0,000, (tabla 12) lo cual indica que no

hay normalidad; por tanto, se eligió la prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrado porque la investigación es relacional.

5.4.5 Ética en la investigación

En el estudio se aplicó el consentimiento informado (anexo 6). Se respetó la ética en investigación a personas como:

- **Autonomía:** Los participantes del estudio decidieron su inclusión en la investigación, firmando o el consentimiento informado.⁶⁸
- **Beneficencia:** Al concluir la investigación se hará entrega a las autoridades del INR los resultados, lo que les permitirá tomar medidas correctivas en beneficio del paciente.⁶⁸
- **No maleficencia:** No se ocasiono ningún daño o perjuicio a los participantes de la investigación.⁶⁸

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Edad promedio de la muestra

Tabla N° 2: Edad promedio de la muestra

	Características de la edad
Muestra	110
Media	53,01
Desviación estándar	± 13,86
Edad mínima	21
Edad máxima	84

Fuente: Elaboración Propia

Muestra compuesta por 110 pacientes, que fueron evaluados respecto a los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica, con promedio de edades 53,01 años con σ de $\pm 13,86$ años y con categoría de edades de 21 a 84 años.

Distribución de los participantes por edad

Tabla N° 3: Grupos etáreos de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< de 30 años	7	6,4	6,4
de 30 a 39 años	15	13,6	20,0
de 40 a 49 años	22	20,0	40,0
de 50 a 59 años	27	24,5	64,5
de 60 a 69 años	29	26,4	90,9
> de 70 años	10	9,1	100,0
Total	110	100,0	

Origen: Creación propia

La tabla N° 3 detalla edades de los 110 participantes. 7 pacientes menores de 30 años; 15 tenían de 30 a 39 años; 22 tenían de 40 a 49 años; 27 tenían de 50 a 59 años; 29 pacientes tenían de 60 a 69 años y 10 pacientes tenían más de 70 años. Las proporciones se visualizan en el gráfico N° 1.

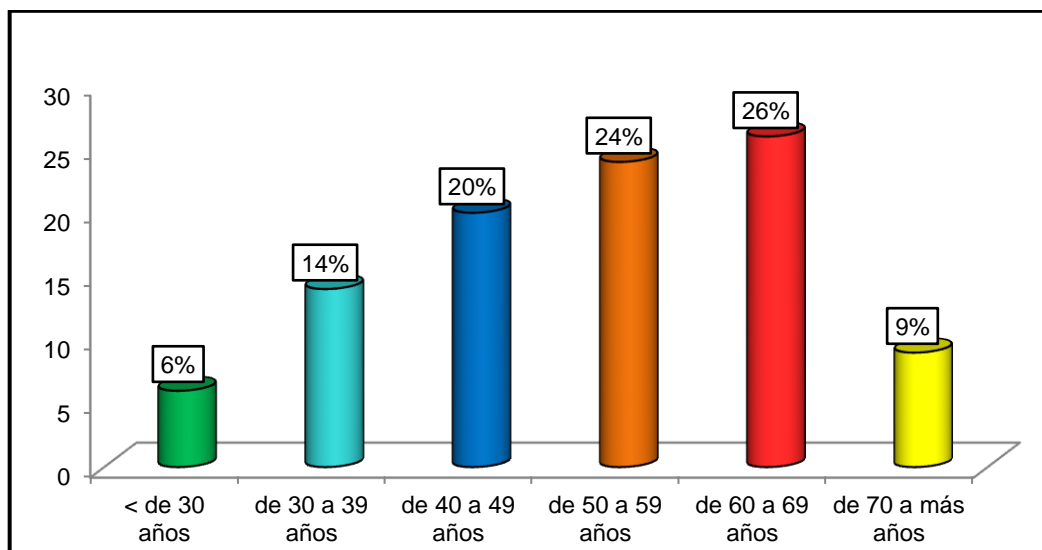


Gráfico N° 1: Grupos etáreos de los participantes

Disposición de los participantes por sexo

Tabla N° 4: Disposición de los participantes por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	72	65,5	65,5
Masculino	38	34,5	100,0
Total	110	100,0	

Origen: Creación propia

La tabla N° 4 evidencia la disposición por sexo. Los 110 pacientes que fueron evaluados respecto a los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica, 72 del sexo femenino y 38 masculino. Las particiones se visualizan en el gráfico N° 2.

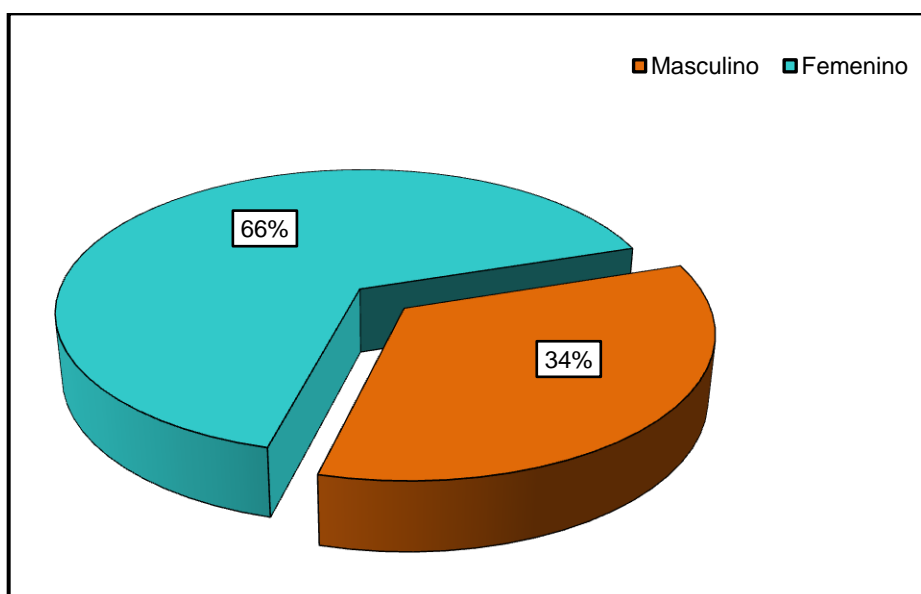


Gráfico N° 2: Disposición de los participantes por sexo

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS

Factores intrínsecos de la muestra

Tabla N° 5: Factores intrínsecos de la muestra

	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Estoy motivado a seguir mi rehabilitación	101	91,8	9	8,2	-	-	-	-	-	-
Creo que las sesiones van a disminuir los síntomas de mi enfermedad	82	74,5	23	20,9	5	4,5	-	-	-	-
El fisioterapeuta me informa sobre la importancia del tratamiento	84	76,4	16	14,5	8	7,3	2	1,8	-	-
Me siento positivo en el proceso de rehabilitación	98	89,1	12	10,9	-	-	-	-	-	-
Comprendo las instrucciones que brinda el fisioterapeuta	90	81,8	18	16,4	2	1,8	-	-	-	-
A pesar de los malestares físicos asisto a las sesiones	102	92,7	7	6,4	1	0,9	-	-	-	-
A pesar del tiempo que tengo la enfermedad continuo con mi rehabilitación	96	87,3	14	12,7	-	-	-	-	-	-
A pesar que no se evidencien resultados sigo asistiendo a las sesiones.	98	89,1	10	9,1	2	1,8	-	-	-	-
A pesar del grado de limitación física que tengo asisto a mis sesiones.	99	90,0	7	6,4	4	3,6	-	-	-	-
Tengo episodios de depresión con respecto a mi enfermedad	4	3,6	21	19,1	50	45,5	20	18,2	15	13,6

Fuente: Elaboración propia

Al evaluar los factores intrínsecos, relacionados a la adherencia fisioterapéutica de la muestra, encontramos en el ítems 1 “Estoy motivado a seguir mi rehabilitación”, el 91,8% manifestaron siempre y el 8,2% casi siempre. En el ítems 2 “Creo que las sesiones van a disminuir los síntomas de mi enfermedad”, el 74,5% manifestaron que siempre; el 20,9% casi siempre y el 4,5% manifestaron que a veces. En el ítems 3 “El fisioterapeuta me informa sobre la importancia del tratamiento”, el 76,4% manifestaron que siempre; el 14,5% casi siempre; el 7,3% que a veces y el 1,8% manifestaron que casi nunca. En el ítems 4 “Me siento positivo en el proceso de rehabilitación”, el 89,1% manifestaron que siempre y el 10,9% casi siempre. En el ítems 5 “Comprendo las instrucciones que brinda el fisioterapeuta”, el 81,9% manifestaron que siempre; el 16,4% casi siempre y el 1,8% manifestaron que a veces. En el ítems 6 “A pesar de los malestares físicos asisto a las sesiones”, el 92,7% manifestaron que siempre; el 6,4% casi siempre y el 0,9% manifestaron que a veces. En el ítems 7 “A pesar del tiempo que tengo la enfermedad continuo con mi rehabilitación”, el 87,3% manifestaron que siempre y el 12,7% casi siempre. En el ítems 8 “A pesar que no se evidencien resultados sigo asistiendo a las sesiones”, el 89,1% manifestaron que siempre; el 9,1% casi siempre y el 1,8% manifestaron que a veces. En el ítems 9 “A pesar del grado de limitación física que tengo asisto a mis sesiones”, el 90,0% manifestaron que siempre; el 6,4% casi siempre y el 3,6% manifestaron que a veces. En el ítems 10 “Tengo episodios de depresión con respecto a mi enfermedad”, el 3,6% manifestaron que siempre; el 19,1% casi siempre; el 45,5% manifestaron que a veces; el 18,2% manifestaron que casi nunca y el 13,6% manifestaron que nunca.

Factores extrínsecos de la muestra

Tabla N° 6: Factores extrínsecos de la muestra

	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
El fisioterapeuta muestra actitudes negativas durante las sesiones.	2	1,8	-	-	1	0,9	11	10,0	96	87,3
Espero más de 2 meses para que me programen las sesiones.	45	40,9	19	17,3	26	23,6	9	8,2	11	10,0
El fisioterapeuta me ha explicado sobre la importancia de asistir y participar de forma activa en las sesiones.	99	90,0	10	9,1	-	-	1	0,9	-	-
Mi situación familiar actual permite la asistencia a mis sesiones.	88	80,0	18	16,4	1	0,9	1	0,9	2	1,8
La distancia de mi casa al hospital es un impedimento para asistir a las sesiones.	10	9,1	3	2,7	13	11,8	12	10,9	72	65,5
A pesar del costo elevado del transporte asisto a mis sesiones.	96	87,3	7	6,4	-	-	2	1,8	5	4,5
Por el tiempo que llevo asistiendo a las sesiones considero abandonar el tratamiento.	3	2,7	2	1,8	2	1,8	8	7,3	95	86,4
He interrumpido la asistencia a mis sesiones programadas anteriormente por no apreciar disminución de los síntomas.	3	2,7	1	0,9	7	6,4	7	6,4	92	83,6
Asisto a las sesiones programadas así se modifique el tratamiento.	95	86,4	10	9,1	1	0,9	2	1,8	2	1,8
El fisioterapeuta me recuerda constantemente sobre los beneficios de asistir a las sesiones.	92	83,6	15	13,6	2	1,8	1	0,9	-	-

Fuente: Elaboración propia

Al evaluar los factores extrínsecos, relacionados a la adherencia fisioterapéutica de la muestra, encontramos en el ítems 11 “El fisioterapeuta muestra actitudes negativas durante las sesiones.”, el 1,8% manifestaron siempre; el 0,9% a veces; el 10,0% casi nunca y el 87,3% manifestaron que nunca. En el ítems 12 “Espero más de 2 meses para que me programen las sesiones”, el 40,9% manifestaron que siempre; el 17,3% casi siempre; el 23,6% algunas veces; el 8,2% casi nunca y el 10,0% manifestaron que nunca. En el ítems 13 “El fisioterapeuta me ha explicado sobre la importancia de asistir y participar de forma activa en las sesiones”, el 90,0% manifestaron que siempre; el 9,1% casi siempre y el 0,9% manifestaron que casi nunca. En el ítems 14 “Mi situación familiar actual permite la asistencia a mis sesiones”, el 80,0% manifestaron que siempre; el 16,4% casi siempre; el 0,9% manifestaron que a veces; el 0,6% manifestaron que casi nunca y el 1,8% manifestaron que nunca. En el ítems 15 “La distancia de mi casa al hospital es un impedimento para asistir a las sesiones”, el 9,1% manifestaron que siempre; el 2,7% casi siempre; el 11,8% manifestaron que a veces; el 10,9% casi nunca y el 65,5% manifestaron que nunca. En el ítems 16 “A pesar del costo elevado del transporte asisto a mis sesiones”, el 87,3% manifestaron que siempre; el 6,4% casi siempre; el 1,8% casi nunca y el 4,5% manifestaron que nunca. En el ítems 17 “Por el tiempo que llevo asistiendo a las sesiones considero abandonar el tratamiento”, el 2,7% manifestaron que siempre; el 1,8% casi siempre; el 1,8% a veces; el 7,3% casi nunca y el 86,4% nunca. En el ítems 18 “He interrumpido la asistencia a mis sesiones programadas anteriormente por no apreciar disminución de los síntomas”, el 2,7% manifestaron que siempre; el 0,9% casi siempre; el 6,4% a veces; el 6,4% casi nunca y el 83,6% nunca. En el ítems 19 “Asisto a las sesiones programadas así se modifique el tratamiento”, el 86,4% manifestaron que siempre; el 9,1% casi siempre; el 0,9% a veces; el 1,8% casi nunca y el 1,8% manifestaron que nunca. En el ítems 20 “El fisioterapeuta me recuerda constantemente sobre los beneficios de asistir a las sesiones”, el 83,6% manifestaron que siempre; el 13,6% casi siempre; el 1,8% manifestaron que a veces y el 0,9% manifestaron que casi nunca.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA

Adherencia al tratamiento fisioterapéutico

Tabla N° 7: Adherencia de la muestra al tratamiento fisioterapéutico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presenta adherencia	86	78,2	78,2
No presenta adherencia	24	21,8	100,0
Total	110	100,0	

Origen: Creación propia

La tabla N° 7 exhibe la valoración de la adherencia. 86 pacientes presentaron adherencia fisioterapéutica mientras que solo 24 pacientes no presentaron adherencia fisioterapéutica. En el gráfico N° 3 se observa las proporciones respectivas.

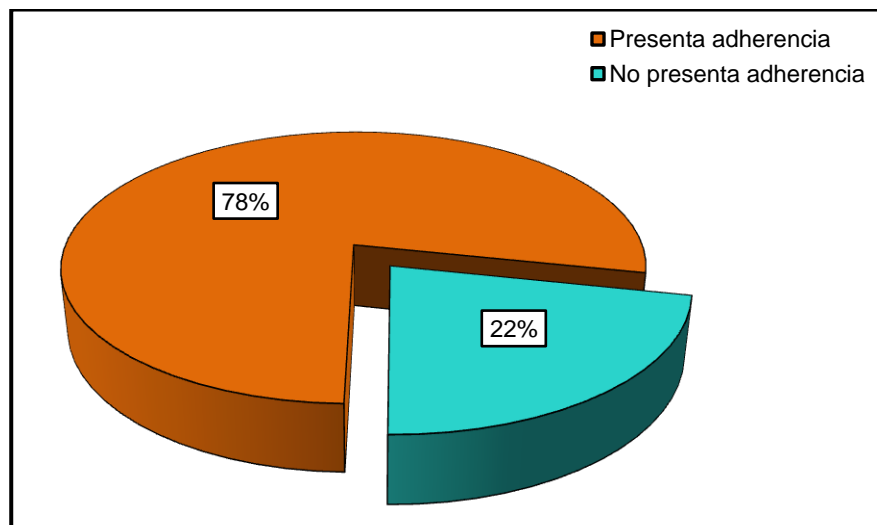


Gráfico N° 3: presentación de la adherencia

Adherencia fisioterapéutica de los participantes según sexo

Tabla N° 8: Adherencia fisioterapéutica de los participantes según sexo

	Adherencia fisioterapéutica		Total
	Presenta adherencia	No presenta adherencia	
Masculino	32	6	38
Femenino	54	18	72
Total	86	24	110

Origen: Creación propia

La tabla N° 8 exhibe la adherencia fisioterapéutica según sexo. Evidenciándose que en el masculino, 32 presentaron adherencia y solo 6 no presentaron adherencia. En los pacientes del sexo femenino, 54 presentaron adherencia y 18 no presentaron adherencia. El gráfico N° 4 muestra los porcentajes.

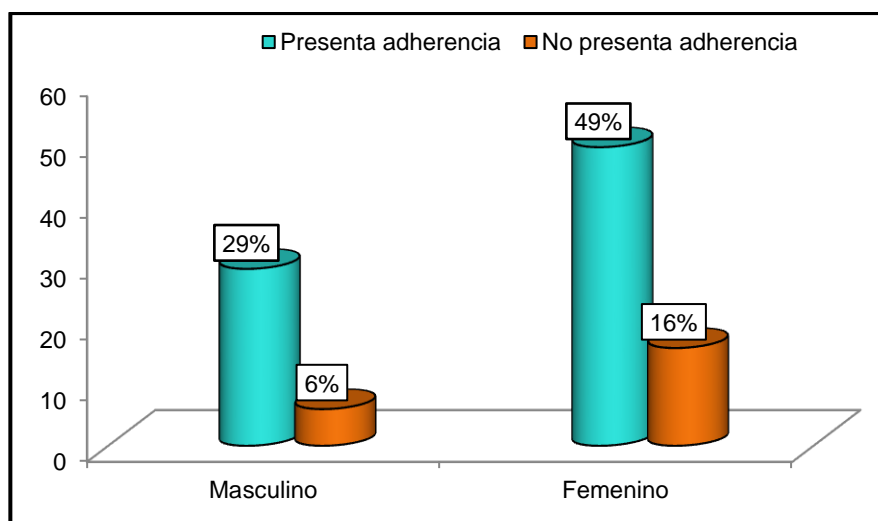


Gráfico N° 4: Adherencia fisioterapéutica de los participantes según sexo

Adherencia fisioterapéutica de los participantes según edad

Tabla N° 9: Adherencia fisioterapéutica de los participantes según edad

	Adherencia fisioterapéutica		Total
	Presenta adherencia	No presenta adherencia	
< de 30 años	4	3	7
de 30 a 39 años	13	2	15
de 40 a 49 años	17	5	22
de 50 a 59 años	22	5	27
de 60 a 69 años	22	7	29
70 o más años	8	2	10
Total	86	24	110

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 9 muestra la adherencia fisioterapéutica, según la edad. En los pacientes que tenían menos de 30 años, 4 presentaron adherencia y 3 no presentaron adherencia. En los pacientes que tenían menos de 30 a 39 años, 13 presentaron adherencia y 2 no presentaron adherencia. En los pacientes que tenían de 40 a 49 años, 17 presentaron adherencia y 5 no presentaron adherencia. En los pacientes que tenían de 50 a 59 años, 22 presentaron adherencia y 5 no presentaron adherencia. En los pacientes que tenían de 60 a 69 años, 22 presentaron adherencia y 7 no presentaron adherencia. En los pacientes que tenían 70 a más años, 8 presentaron adherencia y 2 no presentaron adherencia. El gráfico N° 5 muestra los porcentajes correspondientes.

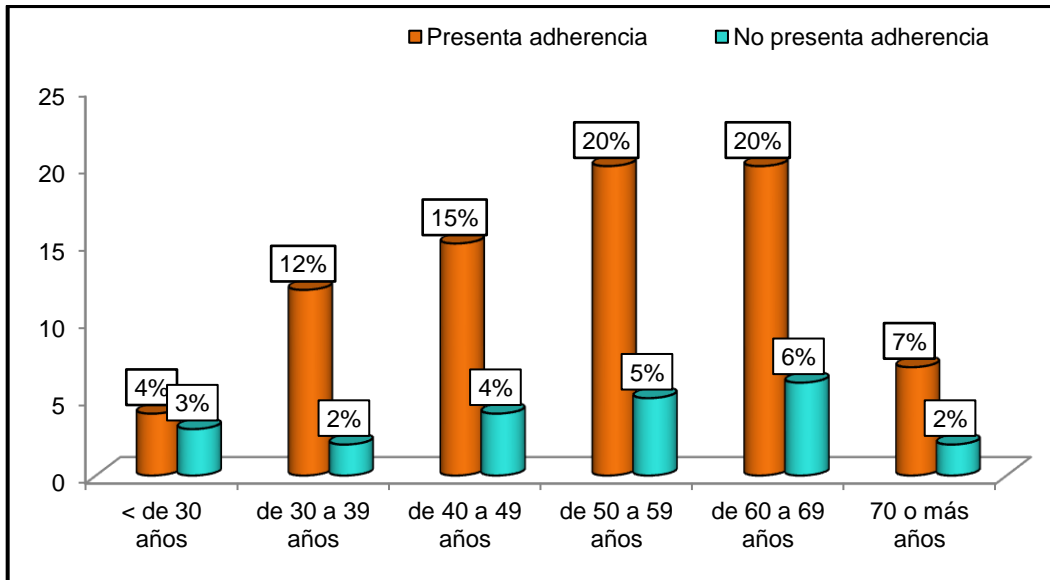


Gráfico N° 5: Adherencia fisioterapéutica de los participantes según edad

Factores intrínsecos y adherencia fisioterapéutica de la muestra

Tabla N° 10: Factores intrínsecos y adherencia fisioterapéutica de la muestra

		Adherencia fisioterapéutica		Total	p valor
		Presenta adherencia	No presenta adherencia		
FI-1 Estoy motivado a seguir mi rehabilitación.	Casi siempre	1	8	9	0,000**
	Siempre	85	16	101	
FI-2 Creo que las sesiones van a disminuir los síntomas de mi enfermedad.	A veces	4	1	5	0,000*
	Casi siempre	9	15	24	
	Siempre	73	8	81	
FI-3 El fisioterapeuta me informa sobre la importancia del tratamiento.	Casi nunca	2	0	2	0,004*
	A veces	7	1	8	
	Casi siempre	7	9	16	
	Siempre	70	14	84	
FI-4 Me siento positivo en el proceso de rehabilitación.	Casi siempre	6	6	12	0,022**
	Siempre	80	18	98	
FI-5 Comprendo las instrucciones que brinda el fisioterapeuta.	A veces	2	0	2	0,006*
	Casi siempre	9	9	18	
	Siempre	75	15	90	
FI-6 A pesar de los malestares físicos asisto a las sesiones.	A veces	1	0	1	0,004*
	Casi siempre	2	5	7	
	Siempre	83	19	102	
FI-7 A pesar del tiempo que tengo la enfermedad continúo con mi rehabilitación.	Casi siempre	8	6	14	0,041**
	Siempre	78	18	96	
FI-8 A pesar que no se evidencien resultados sigo asistiendo a las sesiones.	A veces	2	0	2	0,007*
	Casi siempre	4	6	10	
	Siempre	80	18	98	
FI-9 A pesar del grado de limitación física que tengo asisto a mis sesiones.	A veces	2	2	4	0,000*
	Casi siempre	1	6	7	
	Siempre	83	16	99	
FI-10 Tengo episodios de depresión con respecto a mi enfermedad.	Nunca	13	2	15	0,273*
	Casi nunca	16	4	20	
	A veces	40	10	50	
	Casi siempre	13	8	21	
	Siempre	4	0	4	

* Prueba exacta de Fisher ** Prueba Chi-cuadrado

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 10 presenta en el primer factor intrínseco: “Estoy motivado a seguir mi rehabilitación”, el 77% que se encontraba siempre motivado presentó adherencia fisioterapéutica y de los que se encontraban motivados casi siempre, solo el 1% presentó adherencia. En el factor 2 “Creo que las sesiones van a disminuir los síntomas de mi enfermedad”, el 66% que siempre creía que las sesiones disminuyen sus síntomas presentó adherencia fisioterapéutica; los que creen casi siempre, el 8% presentó adherencia y los que creen a veces, el 4% presentó adherencia fisioterapéutica. En el tercer factor intrínseco: “El fisioterapeuta me informa sobre la importancia del tratamiento”, el 64% que indicó que siempre el fisioterapeuta le informa de la importancia del tratamiento, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron que casi siempre, el 6% presentó adherencia; los que dijeron que a veces, el 6% presentó adherencia y los que manifestaron que casi nunca, el 2% presentó adherencia fisioterapéutica. En el factor 4 “Me siento positivo en el proceso de rehabilitación”, el 73% que manifestó sentirse siempre positivo con el proceso de tratamiento, presentó adherencia fisioterapéutica y los que manifestaron estar casi siempre, el 5% presentó adherencia. En el factor 5 “Comprendo las instrucciones que brinda el fisioterapeuta”, el 68% que manifestó siempre comprender las instrucciones del fisioterapeuta, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron comprender casi siempre, el 8% presentó adherencia y los que dijeron comprender a veces, el 2% presentó adherencia.

En el factor 6 “A pesar de los malestares físicos asisto a las sesiones”, el 68% que manifestó siempre asistir a las sesiones a pesar de los malestares, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron asistir casi siempre, el 2% presentó adherencia y los que dijeron asistir a veces, el 1% presentó adherencia. En el factor 7 “A pesar del tiempo que tengo la enfermedad continuo con mi rehabilitación”, el 71% que manifestó siempre continuar con la rehabilitación a pesar de tener bastante tiempo con la enfermedad, presentó adherencia fisioterapéutica y los que manifestaron continuar con la rehabilitación casi siempre, el 7% presentó adherencia. En el factor 8 “A pesar que no se evidencien resultados sigo asistiendo a las sesiones”, el 73% que manifestó siempre asistir a las sesiones a pesar que no se evidencias resultados positivos, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron asistir casi siempre, el 4% presentó adherencia y los que dijeron asistir a veces, el 2% presentó adherencia. En el factor 9 “A pesar del grado de limitación física que tengo asisto a mis sesiones”, el 75% que manifestó siempre asistir a las sesiones a pesar del

grado de limitación física, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron asistir casi siempre, el 1% presentó adherencia y los que dijeron asistir a veces, el 2% presentó adherencia. En el ítems 10 “Tengo episodios de depresión con respecto a mi enfermedad”, el 4% que manifestó siempre tener depresión por su enfermedad, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron tener depresión casi siempre, el 12% presentó adherencia; los que manifestaron tener depresión a veces, el 36% presentó adherencia; los que manifestaron tener depresión casi nunca, el 15% presentó adherencia y los que manifestaron nunca tener depresión, el 12% presentó adherencia. Se observa que existe relación ($p < 0,05$), en cada uno de los ítems de la dimensión factores intrínsecos con la adherencia fisioterapéutica, excepto en el ítems 10 ($p > 0,05$).

Factores extrínsecos y adherencia fisioterapéutica de la muestra

Tabla N° 11: Factores extrínsecos y adherencia fisioterapéutica de la muestra

		Adherencia fisioterapéutica			p valor
		Presenta adherencia	No presenta adherencia	Total	
FE-11 El fisioterapeuta muestra actitudes negativas durante las sesiones.	Nunca	78	18	96	0,028*
	Casi nunca	6	5	11	
	A veces	1	0	1	
	Siempre	1	1	2	
FE-12 Espero más de 2 meses para que me programen las sesiones.	Nunca	10	1	11	0,487*
	Casi nunca	6	3	9	
	A veces	22	4	26	
	Casi siempre	13	6	19	
FE-13 El fisioterapeuta me ha explicado sobre la importancia de asistir y participar de forma activa en las sesiones	Casi nunca	1	0	1	0,001*
	Casi siempre	3	7	10	
	Siempre	82	17	99	
FE-14 Mi situación familiar actual permite la asistencia a mis sesiones	Nunca	1	1	2	0,000*
	Casi nunca	0	1	1	
	A veces	1	0	1	
	Casi siempre	8	10	18	
FE-15 La distancia de mi casa al hospital es un impedimento para asistir a las sesiones	Nunca	59	13	72	0,012*
	Casi nunca	7	5	12	
	A veces	10	3	13	
	Casi siempre	2	1	3	
FE-16 A pesar del costo elevado del transporte asisto a mis sesiones	Nunca	0	5	5	0,000*
	Casi nunca	2	0	2	
	Casi siempre	3	4	7	
	Siempre	81	15	96	
FE-17 Por el tiempo que llevo asistiendo a las sesiones considero abandonar el tratamiento.	Nunca	75	20	95	0,000*
	Casi nunca	6	2	8	
	A veces	1	1	2	
	Casi siempre	1	1	2	
	Siempre	3	0	3	

FE-18 He interrumpido la asistencia a mis sesiones programadas anteriormente por no apreciar disminución de los síntomas	Nunca	73	19	92	0,000*
	Casi nunca	5	2	7	
	A veces	6	1	7	
	Casi siempre	0	1	1	
	Siempre	2	1	3	
FE-19 Asisto a las sesiones programadas así se modifique el tratamiento.	Nunca	2	0	2	0,001*
	Casi nunca	0	2	2	
	A veces	1	0	1	
	Casi siempre	4	6	10	
	Siempre	79	16	95	
FE-20 El fisioterapeuta me recuerda constantemente sobre los beneficios de asistir a las sesiones.	Casi nunca	1	0	1	0,032*
	A veces	1	1	2	
	Casi siempre	7	8	15	
	Siempre	77	15	92	

* Prueba Chi-cuadrado

Origen: Creación propia

La tabla N° 11 presenta en el primer factor extrínseco: “El fisioterapeuta muestra actitudes negativas durante las sesiones”, en los pacientes que manifestaron que siempre el fisioterapeuta muestra actitudes negativas, solo el 1% presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron a veces, solo el 1% presentó adherencia; los que manifestaron que casi nunca, el 6% presentó adherencia y los que manifestaron que nunca, el 71% presentó adherencia. En el factor 2 “Espero más de 2 meses para que me programen las sesiones de fisioterapia”, en los pacientes que manifestaron que siempre esperan más de 2 meses para que programen sus sesiones, el 32% presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron que casi siempre, el 12% presentó adherencia; los que manifestaron que a veces, el 20% presentó adherencia; los que manifestaron que casi nunca, el 6% presentó adherencia y los que manifestaron que nunca, el 9% presentó adherencia. En el tercer factor extrínseco: “El fisioterapeuta me ha explicado sobre la importancia de asistir y participar de forma activa en las sesiones programadas”, en los pacientes que manifestaron que siempre el fisioterapeuta le explica las importancia de asistir y participar de las sesiones, el 75% presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron que casi siempre, el 3% presentó

adherencia y los que manifestaron que casi nunca, el 6% presentó adherencia. En el factor 4 “Mi situación familiar actual permite mi asistencia a las sesiones de fisioterapia”, de los que manifestaron que siempre su situación familiar le permite la asistencia a las sesiones, el 69% presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron casi siempre, el 7% presentó adherencia; los que manifestaron a veces, el 1% presentó adherencia y los que manifestaron nunca, el 1% presentó adherencia. En el factor 5 “La distancia de mi casa al hospital es un impedimento para asistir a las sesiones de fisioterapia”, el 7% que manifestó siempre distancia de mi casa al hospital es un impedimento para asistir a las sesiones, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron casi siempre, el 2% presentó adherencia; los que dijeron a veces, el 9% presentó adherencia; los que dijeron casi nunca, el 69% presentó adherencia y los que dijeron nunca, el 54% presentó adherencia. En el factor 6 “A pesar del costo elevado del transporte, asisto a mis sesiones de fisioterapia”, el 73% que manifestó siempre asistir a las sesiones a pesar del costo del transporte, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron asistir casi siempre, el 3% presentó adherencia y los que dijeron asistir casi nunca, el 2% presentó adherencia. En el factor 7 “Por el tiempo que llevo asistiendo a las sesiones de fisioterapia considero abandonar el tratamiento”, el 3% que manifestó siempre considerar en abandonar el tratamiento, presentó adherencia fisioterapéutica; los que dijeron casi siempre, el 1% presentó adherencia; los que dijeron a veces, el 1% presentó adherencia; los que dijeron casi nunca, el 6% presentó adherencia y los que dijeron nunca, el 68% presentó adherencia. En el factor 8 “He interrumpido la asistencia a mis sesiones programadas anteriormente por no apreciar disminución de los síntomas”, el 2% que manifestó siempre haber interrumpido la asistencia a sus sesiones programadas, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron a veces, el 6% presentó adherencia; los que dijeron casi nunca, el 4% presentó adherencia y los que manifestaron nunca, el 66% presentó adherencia. En el factor 9 “Asisto a las sesiones programadas así se modifique mi tratamiento”, el 72% que manifestó siempre asistir a las sesiones así se modifique el tratamiento, presentó adherencia fisioterapéutica; los que manifestaron asistir casi siempre, el 4% presentó adherencia; los que dijeron asistir a veces, el 1% presentó adherencia y los que dijeron nunca asistir, el 2% presentó adherencia. En el factor 10 “El fisioterapeuta me recuerda constantemente sobre los beneficios de asistir a las sesiones de fisioterapia”, el 70% que manifestó que siempre el fisioterapeuta le recuerda sobre los beneficios de asistir a las sesiones, presentó adherencia

fisioterapéutica; los que manifestaron casi siempre, el 6% presentó adherencia; los que manifestaron a veces, el 1% presentó adherencia y los que manifestaron casi nunca, el 1% presentó adherencia. Se observa que existe relación ($p < 0,05$), en cada uno de los ítems de la dimensión factores extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica, excepto en el ítems 2 ($p > 0,05$).

6.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

Prueba de normalidad para la distribución de los datos

Tabla N° 12: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Factores intrínsecos e extrínsecos	Adherencia
N		110	110
Parámetros normales	Media	1,22	4,114
	Desviación estándar	0,415	2,818
Máximas diferencias extremas	Absolutas	0,094	0,116
	Positivo	0,074	0,116
	Negativo	-0,094	-0,101
Estadístico de prueba		0,094	0,101
Sig. Asintótica (bilateral)		0,000	0,000

Fuente: Elaboración propia

En los resultados obtenidos en la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para establecer la normalidad de la distribución de los datos, muestran que los datos correspondientes a las dos variables de estudio no presentan distribución normal ($p < 0,05$); por tanto, al ser una investigación relacional se eligió la prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrado, con un intervalo de confianza a estimar al 95% y un p significativo menor que 0,05.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Prueba de la Hipótesis General

1. **Ho:** Los factores intrínsecos y extrínsecos no tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019.
2. **Ha:** Los factores intrínsecos y extrínsecos si tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019.
3. **Significancia:** $\alpha = 0,05$
4. **Prueba Estadística:** Chi-cuadrado
5. **Decisión y conclusión:**

Como el p valor calculado $p = 0,001$ es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$, se concluye que a un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula admitiéndose la hipótesis alterna; es decir los factores intrínsecos y extrínsecos si tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019, se reafirma con la prueba estadística χ^2 , evidencias que se incluyen.

Tabla N° 13: Prueba de Chi-Cuadrado para comprobar la hipótesis general

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,741	2	0,001
Razón de verosimilitud	14,632	2	0,001
Asociación lineal por	11,591	1	0,001
N de casos válidos	110		

Fuente: Elaboración Propia

Prueba de la Hipótesis Específica H1

1. **Ho:** Los factores intrínsecos no tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019.
2. **Ha:** Los factores intrínsecos si tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019.
3. **Significación:** $\alpha = 0,05$
4. **Prueba Estadística:** Chi-cuadrado
5. **Decisión y conclusión:**

Como el p valor calculado $p = 0,001$ es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$, podemos concluir que a un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; es decir que los factores intrínsecos si tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019, se reafirma con la prueba estadística χ^2 , adjuntando evidencias.

Tabla N° 14: Prueba de Chi-Cuadrado para comprobar la hipótesis especifica 1

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,380	9	0,001
Razón de verosimilitud	35,245	9	0,001
Asociación lineal por lineal	24,786	2	0,001
N de casos válidos	110		

Fuente: Elaboración Propia

Prueba de la Hipótesis Específica H2

1. **Ho:** Los factores extrínsecos no tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019.
2. **Ha:** Los factores extrínsecos si tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019.
3. **Significación:** $\alpha = 0,05$
4. **Prueba Estadística:** Chi-cuadrado
5. **Decisión y conclusión:**

Como el p valor calculado $p = 0,000$ es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$, podemos concluir que a un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; es decir que los factores extrínsecos si tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima 2019, se confirma con la prueba estadística χ^2 , adjuntándose evidencias.

Tabla N° 15: Prueba de Chi-Cuadrado para comprobar la hipótesis especifica 2

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,932	9	0,000
Razón de verosimilitud	28,424	9	0,000
Asociación lineal por lineal	18,951	2	0,000
N de casos válidos	110		

Fuente: Elaboración Propia

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para la discusión de resultados se considera necesario analizar la variable factores intrínsecos y extrínsecos por separado.

Con relación a los *factores intrínsecos* se encontró una alta motivación en la muestra estudiada, así mismo los resultados muestran que a pesar de los malestares y del grado de limitación física presente el paciente asiste a sus sesiones, de esto se desprende la adherencia fisioterapéutica de los pacientes a su tratamiento. Esto concuerda con los resultados mostrados por Almadana V, Pavón M, Gómez-Bastero A, Muñiz A, Tallón R, Montemayor T. en su artículo “*Perfil de pacientes que abandonan un programa de rehabilitación respiratoria*”⁷ en donde entre las causas de abandono se encuentran baja motivación, enfermedad grave concomitante, y patología traumatológica, además sugiere evaluar el “perfil” del pacientes a fin de establecer el riesgo de abandono, por lo que se podría establecer de acuerdo con lo sugerido que los pacientes que presenten malestares y algún grado de limitación física continuarán asistiendo si la motivación se mantiene alta.

Los datos recolectados en la presente investigación mostraron que solo el 13.6% nunca tienen episodios de depresión con respecto a su enfermedad y en la misma muestra el 92.7% siempre asiste a sus sesiones a pesar de los malestares y el 91.8% se siente siempre motivado a seguir su rehabilitación. Esto concuerda con lo encontrado en el estudio de Nava T, y colaboradores “*Adherencia al programa de ejercicios de estabilización lumbar en pacientes con dolor crónico de espalda baja*”²⁶ los resultados mostraron que la

adherencia no evidencio correlación con la depresión, ansiedad, miedo a ejecutar actividad así como que estas características no fueron predictores para la no adherencia. Esto puede explicarse por la alta motivación en la muestra estudiada en la presente investigación en cuanto a la disminución del dolor y optima funcionalidad lo que es fuente de motivación para todo paciente.

Los datos obtenidos en la investigación muestran una alta adherencia en la muestra estudiada aun cuando no se evidencien resultados siguen asistiendo a las sesiones incluso aun cuando el grado de limitación física y malestares estén presentes, esto no concuerda con lo encontrado por Betancourt B. Gallego M en su indagación “*Adherencia al tratamiento en mujeres con diagnóstico de fibromialgia y los factores asociados*”.²⁷ cuyos datos mostraron que el factor enfermedad se asocia negativamente con el nivel de adherencia al tratamiento no farmacológico ya que dificulta las actividades diarias. A pesar que ambas poblaciones tienen características similares al presentar patologías crónicas.

Otro de los factores intrínsecos estudiados es el sexo. Nuestros resultados muestran una más adherencia en mujeres (49%) que en hombres (29%). Esto concuerda con lo hallado por Poalasin L, Ontaneda G en “*El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartrosis de rodilla*”²⁴ y Salinas V. en “*Adherencia de los pacientes en fase post-aguda a consejos de fisioterapia: Magnitud y factores asociados*”⁶, en ambos estudios se concluye que el género es un factor que influye en la adherencia al tratamiento, tal como se ha encontrado.

Con relación a los *factores extrínsecos*, los datos obtenidos en la presente investigación muestran el 65% de la muestra estudiada menciona que la distancia de la casa al centro hospitalario es un impedimento por lo que se correlaciona directamente con la no adherencia, esto concuerda con lo reportado por Coello D, Rojas N, Mayta P en la indagación “*Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú*”¹⁸ reportándose falta de adherencia en 56.4% de la muestra, que se asocia a vivir lejos de la clínica.

Con relación a la edad en la presente investigación se registra una mayor adherencia en personas mayores de 50 años, esto se correlaciona con el estudio de Coello D, Rojas N, Mayta P.¹⁸ quien encontró menor adherencia en personas menores de 40 años. En

concordancia con ese estudio se concluye que la falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico está relacionada con la distancia y la edad de los pacientes.

Otro de los factores asociados a adherencia fisioterapéutica que han sido estudiados previamente es el factor socioeconómico. En el estudio de Salort M “*La adherencia al tratamiento kinésico en una entidad de salud pública*”²⁸ se concluyó que el factor socioeconómico se contraponen a la adherencia, años más tarde el estudio de Henao C, Pérez J “*Adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular*”²⁵ tuvieron la misma conclusión. Los datos encontrados en este estudio se contraponen a los de Salort M.²⁸, ya que a pesar del costo elevado del transporte el 87.3% asiste siempre a terapia, esto puede deberse a que la motivación es alta y a la permanente creencia de que las terapias van a disminuir los síntomas de la enfermedad.

La relación terapeuta/paciente ha sido previamente estudiada, esto es determinante para la mejora del paciente, estudios previos han demostrado que un adecuado nivel de empatía es un elemento significativo para la mejora del paciente, los resultados que derivan del estudio de Taboada M “*Adherencia terapéutica a largo plazo en pacientes con patologías crónicas*”²⁹ demuestran que la adherencia a largo plazo tiene como uno de sus factores la relación terapeuta/paciente. Los datos encontrados en la presente investigación muestran una adherencia alta y asociado a ello el hecho de que, para el 87.3% de la muestra, el fisioterapeuta nunca tuvo actitudes negativas y además, para el 90% de la muestra, el fisioterapeuta siempre explica la importancia de asistir y participar; actitudes que demuestran esmero y preocupación para con el paciente por lo que es posible decir que los datos encontrados están acorde a lo reportado en el estudio de Taboada M.²⁹

CONCLUSIONES FILOSÓFICAS

- En referencia a la primera interrogante se concluye:

Que una forma de lograr calidad del profesional es alcanzar mejoras significativas para el paciente, esta no es la única dimensión de la misma, también es posible atender al proceso y no solo al resultado.

Atendiendo al resultado, la calidad del profesional se remite a una ética de máximo (común para todas las ciencias de la salud), en la cual el profesional en terapia física y rehabilitación debe tomar en cuenta cada parte del proceso de su competencia con la atención debida, es decir, realizar un correcto examen y una juiciosa evaluación que le permitan realizar el tratamiento correcto, es aquí donde el conocimiento de los factores intrínsecos y extrínsecos que condicionan la adherencia del paciente a su tratamiento son tomados en cuenta por el profesional como factores determinantes de los objetivos planteados.

Es por tanto, que el conocimiento de los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica permitirá cuidar el proceso y orientar mejor los procedimientos hacia los objetivos propuestos logrando así mejorar la calidad de los procedimientos y el logro de resultados propuestos.

- En referencia a la segunda interrogante se concluye:

Que los resultados de la presente investigación brindaran nueva información a los profesionales de la salud con la cual podrán tomar decisiones orientadas a las mejoras significativas en el usuario del servicio y su entorno.

La naturaleza misma del dolor lleva al paciente a una situación de vulnerabilidad muchas veces no prevista. Debido a esto buscará al mejor profesional que le sea posible, como paciente atenderá los detalles sobre los cuáles realiza su trabajo el fisioterapeuta, estando particularmente atento a la calidad del profesional, entendiéndose como el cuidado por el proceso de atención y los resultados obtenidos.

El profesional encargado de la atención de pacientes con algún tipo de dolor debe buscar en todo momento no solo disminuir (o eliminar) el dolor sino también buscar que este no reaparezca, para este fin es necesario el estudio de factores intrínsecos y extrínsecos que condicionen la aparición y permanencia del mismo.

Es muy necesaria la comunicación fluida entre paciente y terapeuta a fin de proporcionar la información necesaria que le permita al profesional tomar las decisiones correctas para el desarrollo del tratamiento y logro de objetivos.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION

1. Los hallazgos demostraron que existe relación entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, lo cual fue corroborado mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson cuyo valor es $X = 14,741$ con un nivel de significancia menor que 0,05 ($p > 0,05$).
2. Se encontró existencia de relación entre los factores intrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, lo cual fue corroborado mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson cuyo valor es $X = 35,380$ con un nivel de significancia menor que 0,05 ($p > 0,05$). Así mismo se encontró que 9 de los ítems tienen relación con la adherencia fisioterapéutica (tabla N° 10) excepto el ítem N° 10, porque al margen que el paciente exprese episodios depresivos referentes a su enfermedad, está motivado a continuar con su proceso de recuperación.
3. Se encontró que existe relación entre los factores extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, lo cual fue corroborado mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson cuyo valor es $X = 28,932$ con un nivel de significancia menor que 0,05 ($p > 0,05$). Así mismo se encontró que 9 de los ítems tienen relación con la adherencia fisioterapéutica (tabla N° 11) excepto el ítems N° 12, de lo cual se puede deducir que la espera mayor a 2 meses para la programación de las sesiones no es impedimento para que el paciente decida permanecer en la institución, esto podría deberse al conocimiento que el paciente tiene del personal especializado que labora en el INR y que además sea el ente rector de donde surgen los protocolos y normas técnicas para la terapia física en el Perú. Y a una alta motivación de recuperarse de sus dolencias.

RECOMENDACIONES

1. A los gestores del Instituto Nacional de Rehabilitación que impulsen el monitoreo para la medición de la adherencia fisioterapéutica en todas las unidades donde se aplique tratamiento rehabilitador.
2. Que ésta tesis sirva de base para la realización de nuevas investigaciones que comparen la adherencia fisioterapéutica y los factores que la condicionan en instituciones públicas y privadas, así como investigar si el paciente se adhiere a las sugerencias del fisioterapeuta a seguir en su entorno domiciliario o laboral.
3. Teniendo en cuenta los resultados sobre la adherencia sería importante trabajar con instrumentos validados como el utilizado en esta investigación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

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 N. *Adherencia al tratamiento, responsabilidad de todos*. Tendencias en Medicina. 2015;(46): 99-101. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2RM8R7U>
3. OMS. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Ginebra: OMS; 2004. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Poh5pN>
4. Tapias L. *Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico*. Una revisión del tema. Rev CES Movimiento y Salud. 2014; 2: 23-30.
5. Rossini, Estrada O, Tejada P, Crespo O. *Factores Relacionados con Adherencia a un Programa de Rehabilitación*. Revista Facultad de Salud - RFS, Universidad Surcolombiana, Neiva, Huila 2010; 2(1):39-50.
6. Salinas V. *Adherencia de los pacientes en fase post-aguda a consejos de fisioterapia: Magnitud y factores asociados* [tesis doctoral en Internet]. [Murcia]: Universidad de Murcia, 2013.
Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10201/37414>
7. Almadana Pacheco V, Pavón Masa M, Gómez-Bastero Fernández AP, Muñiz Rodríguez AM, Tallón Moreno R, Montemayor Rubio T. *Perfil de pacientes que abandonan un programa de rehabilitación respiratoria*. Arch Bronconeumol. 18 de octubre de 2018. DOI: 10.1016/j.arbres.2016.06.010
8. Coello-Talavera D, Rojas-Motta N. *Abandono del tratamiento fisioterapéutico en Latinoamérica: una necesidad de investigación y acción*. CIMEL. 2014; 19:46.

9. Adrián F. *Análisis de la adherencia a los tratamientos kinésicos*. Rev Hosp JM Ramos Mejía. 2007;12 (1):e4
10. Caballero A. *Metodología Integral Innovadora para Planes y Tesis*, primera edición, pág. 68 Editora El Comercio S.A 2011.
11. Cumplido R. *Fundamentos filosóficos de la salud pública*, primera edición, Santiago de Chile 2008. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2AZGJbW>
12. Borrel F, Suchman A, Epstein R. *El modelo biopsicosocial 25 años después: principios, practica e investigación científica*, Rev Chil Med Fam 2006; 7 (2): 67-75.
13. Stacey R. *Complex responsive processes in organizations: Learning and knowledge creation*. London: Routledge 2001. DOI: 10.29173/cmplct8828
14. Castro L, Rodríguez Y. *Tendencias epistemológicas de las acciones de la salud pública. Una revisión desde la fisioterapia*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(2): 239-251. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a11
15. Epstein R, Morse D, Williams G, LeRoux P, Litte P, Suchmann A, et al. *Clinical practice and the biopsychosocial model*. En: Quill TE, Frankel RM, McDaniel SH, editors. The Biopsychosocial model. New York: University of Rochester, 2001.
16. Zegarra E. *Adherencia terapéutica y apoyo social en pacientes con hipertensión arterial, Hospital de apoyo Chepén*. UCV-Scientia Biomédica. 2018; 1(1):33–9. DOI: <https://doi.org/10.18050/ucvscientiabiomedica.v1i1.1818>
17. Meza W, Peralta A, Quispe F, Cáceres F. *Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred la palma, Ica 2017*. Rev méd panacea. 2018; 7(1): 22-2

18. Coello D, Rojas N, Mayta P. *Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú* Fisioterapia, España 2016; (38): 182-188.
19. Ortiz R, Llosa C, Paredes Y. *Adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Ciudad Nueva, Tacna – 2016*. Revista Médica Basadrina (2)2017: 26-29
20. Guevara J, Fernández G, Guevara H, Guevara L, Soto V. *Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y dietético en pacientes del programa de diabetes del policlínico Chiclayo oeste - Essalud en diciembre del 2015*. Rev Exp Med 2016; 2(1).
21. Rodríguez J, Solís R, Rogic S, Román Y, Reyes M. *Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015*. Rev. Fac. Med. 2017; 65(1): 55-60. Spanish.
Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56773>.
22. Ocampo P. *Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos público*. IC Vol. 5 2014 N° (2): pp. 181-191
23. Tejada P, Cahuana J, Chalco J, De Freitas C, Cabello J. *Adherencia al tratamiento de osteoporosis en pacientes posmenopáusicas en un hospital de referencia, Perú 2013*. An Fac med. 2015;76(1):43-6 / doi:10.15381/anales.v76i1.11074
24. Poalasin L, Ontaneda G. *El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartrosis de rodilla*. Rev Cuba de Reumatol. 2016; 18 (1): 24-30.
25. Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE. *Adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular*. Rev. Fac. Med. 2016; 64:S69-77.

26. Nava T, Roeniger A, Arellano A, Cruz E. “*Adherencia al programa de ejercicios de estabilización lumbar en pacientes con dolor crónico de espalda baja*”. *Cirugía y Cirujanos*. 2016; 84(5):384-391.
27. Betancourt B, Gallego M. “*Adherencia al tratamiento en mujeres con diagnóstico de fibromialgia y los factores asociados*” [tesis de maestría en Internet]. [Santiago de Cali]: Pontificia Universidad Javeriana; 2016. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/cq16>
28. Salort M. *La adherencia al tratamiento kinésico en una entidad de salud pública* [tesis de licenciatura en internet]. [Buenos Aires]: Universidad Fasta; 2014. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/0iIw>
29. Taboada M. *Adherencia terapéutica a largo plazo en pacientes con patologías crónicas* [tesis de licenciatura en internet]. [Buenos Aires]: Universidad Abierta Interamericana; 2013. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/vk9Q>
30. Alonso M, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Ayión R, Gangoso A, et al. *Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora*. *Salud Madr*. 2006; 3(8).
31. Brewer BW. *Adherence to sport injury rehabilitation regimens*. In SJ Bull (Ed): *Adherence issues in sport and exercise*. Nueva York: John Wiley and Sons pp. 1999. 145-168.
32. 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.
33. Evans L, Hardy L. *Injury rehabilitation: A goal setting intervention study*. *Res Q Exerc Sport* 2002; 73: 310-319.

34. Taylor AH, Mayo S. *Threat and coping appraisal as determinants of compliance with sports injury rehabilitation: An application of protection motivation theory.* Journal of Sport Sciences 1996; 14: 471-482.
35. Brewer BW, Van Raalte JL, Petitpas AJ, Sklar JH, Ditmar TD. *A brief measure of adherence during sport injury rehabilitation sessions.* Journal of Applied Sport Psychology 1995; 8: S161.
36. Bassett SF. *The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation.* NZ Journal of Physiotherapy 2003; 31: 60-66.
37. Gormley J, Hussey J. *Exercise Therapy: Prevention and Treatment of Disease.* Blackwell Publishing 2005
38. Gordis L. *Methodological issues in the measurement of patient compliance.* In: D.L. Sackett and R.B. Haynes (Eds), *Compliance with Therapeutic Regimens*, Johns Hopkins University Press. Baltimore, MD 1976; 51-68.
39. Kolt GS, Mc Evoy JF. *Adherence to rehabilitation in patients with low back pain.* Manual Therapy 2003; 8: 110-116.
40. Friedrich M, Gittler G, Halberstadt Y, Cermak T, Heiller I. *The effect of brochure use versus therapist teaching on patients performing therapeutic exercise and on changes in impairment status.* Phys Ther 1998; 79: 475-486.
41. Di Fabio RP, Mackey G, Holte JB. *Disability and functional status in patients with low back pain receiving worker compensation: a descriptive with implications for the efficacy of physical therapy.* Phys Ther 1995; 75: 180-193.
42. Vasey L. *Why do patients fail to begin or to complete a course of physiotherapy treatment?* Physiotherapy 1990; 76: 575-578.
43. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. *Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora.* Aten Primaria. 2009; 41(6):342-8.

44. Moreno San Pedro E, Rosales - Nieto JG. *El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud*. Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica. 2003; 3(1):91–109.
45. Silva G, Galeano E, Correa J. *Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia* [Internet]. Acta Médica Colombiana. 2005 [citado 17 de setiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
46. 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. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2QH9a3C>
47. Orueta R. *Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas*. Inf Ter Sist Nac Salud. 2005; 29 (2):8–17.
48. Pamplona L, Uribe D, Ayala J. Adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema. Rev CSV 2018; 10 (1): 62-75
49. Milne M, Hall C, Forwell L. *Imagery use, and adherence to rehabilitation by injured athletes*. J Sport Rehabil. 2005; 14 (2): 150–67.
50. Zambrano R, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF. *Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012; 30 (2):163-74.
51. Corral E B. *Conceptos de estrés relacionados con fisioterapia*. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol. enero de 2008; 11(1):39-47.
52. Kisner C, Colby LA. *Ejercicio terapéutico: fundamentos y técnicas*. 5. a ed. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2005.

53. Cameron M. Agentes físicos en rehabilitación de la investigación a la práctica [Internet]. 4ta ed. Barcelona: Elsevier; 2013 [citado 17 de setiembre de 2018]. Disponible en: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1746442>
54. Libertad M. *Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente*. Rev Cuba Salud Pública. 2006; 32 (3).
55. Libertad M, Grau J. *La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud*. Psicología y Salud. 2004; 14(1):89–99.
56. Tiffreau V, Mulleman D, Coudeyre E, Lefevre-Colau M, Revel M, Rannou F. *The value of individual or collective group exercise programs for knee or hip osteoarthritis. Clinical practice recommendations*. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. 2007; 50 (9): 741–6.
57. Ramos L. *La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas*. Rev Cuba Angiol Vasc. 2015; 16(2):175–89.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60591>
58. Salinas E, Nava M. *Adherencia terapéutica*. Enf Neurol. 2012; 11(2):102-104.
Disponible en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologic>
59. Díaz P 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. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554>
60. Aguililla JM, Roura V. De fisioterapeuta a paciente, de biomédico a biopsicosocial, 2012, Disponible en: <https://bit.ly/2Tc5IVO>
61. OMS. Discapacidad y salud [Internet]. WHO. 2015 [cited 2018 Oct 18]. Available
Recuperado a partir de: <https://bit.ly/1oM2UoA>

62. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [Internet]. 2016. Recuperado a partir de: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.
63. Martín L. *Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario, 2003-2007* [tesis doctoral en Internet]. [La Habana]: Escuela Nacional de Salud Pública, 2013. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2qN06Pr>
64. Bohórquez M, Fernández L, García A. *Actividad física como promotor del autoconcepto y la independencia personal en personas mayores*. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte (RIPED), 2014 9 (2), 533-546.
65. Rosental M, Iudin P. *Diccionario filosófico*. Barcelona: ediciones Brontes España; 2013. 404 p.
66. Hernández R., Fernández & Baptista. *Metodología de la investigación*. Ed McGraw- Hill. Sexta edición 2014.
67. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4thed.). 2003, Boston: Allyn & Bacon
68. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016

ANEXO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR, INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, LIMA, 2019

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><u>PROBLEMA GENERAL:</u></p> <p>PG ¿Cuál es la relación entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019?</p> <p><u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</u></p> <p>P1 ¿Cuáles son los factores intrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica en pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <p>OG Determinar el nivel de correlación que existe entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</u></p> <p>O1 Establecer los factores intrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica en pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019</p>	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL:</u></p> <p>HG Los factores intrínsecos y extrínsecos tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019</p> <p>H° Los factores intrínsecos y extrínsecos no tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2018</p> <p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</u></p> <p>H1 Los factores intrínsecos tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019</p>	<p>VARIABLE 1:</p> <p>Factores Intrínsecos y Extrínsecos</p> <p>DIMENSIONES</p> <p>VARIABLE 1:</p> <p>- Factores Intrínsecos</p> <p>- Factores Extrínsecos</p> <p>VARIABLE 2:</p> <p>Adherencia Fisioterapéutica</p>	<p>ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN:</p> <p>Cuantitativo</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Sustantiva básica</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN:</p> <p>Descriptivo</p> <p>MÉTODO:</p> <p>Hipotético-deductivo</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</p> <p>Observacional Transversal Prospectivo</p>

<p>P2 ¿Cuáles son los factores extrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica en pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019?</p>	<p>O2 Determinar los factores extrínsecos relacionados a la adherencia fisioterapéutica en pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019</p>	<p>H2 Los factores extrínsecos tienen relación con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, 2019</p>	<p>DIMENSIONES VARIABLE 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia a las sesiones programadas - Régimen rehabilitador 	<p>POBLACIÓN: 154 Pacientes</p> <p>MUESTRA: 110 Pacientes</p> <p>TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medidas de tendencia central -Tablas de frecuencias -Coeficiente de correlación de Chi cuadrado
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA –CAF

DATOS GENERALES:

Sexo: (M) (F) **Edad:** () **Fecha de la Entrevista:**..... **Código:** ()

INDICACIONES:

Seguidamente se muestra diversas frases que debe leer atentamente con el propósito de marcar con una **X** la opción que Ud. considere adecuada teniendo en cuenta la siguiente escala:

Siempre es 5, Casi siempre es 4, a veces es 3, Casi nunca es 2, Nunca es 1

I. FACTORES RELACIONADOS

A. FACTORES INTRÍNSECOS

01	Estoy motivado a seguir mi proceso de rehabilitación	5	4	3	2	1
02	Creo que las sesiones de fisioterapia van a disminuir los síntomas de mi enfermedad	5	4	3	2	1
03	El fisioterapeuta me informa sobre mi enfermedad y la importancia del tratamiento fisioterapéutico	5	4	3	2	1
04	Me siento positivo con el proceso de rehabilitación	5	4	3	2	1
05	Comprendo las instrucciones que me brinda el fisioterapeuta	5	4	3	2	1
06	A pesar de los malestares físicos asisto a las sesiones de fisioterapia	5	4	3	2	1
07	A pesar del tiempo que tengo la enfermedad continuo en mi proceso de rehabilitación	5	4	3	2	1
08	A pesar que no se evidencien resultados inmediatos continuo con mis sesiones de fisioterapia	5	4	3	2	1
09	A pesar del grado de limitación física que tengo asisto a mis sesiones de fisioterapia	5	4	3	2	1
10	Tengo episodios de depresión con respecto a mi enfermedad	5	4	3	2	1

B. FACTORES EXTRÍNSECOS

11	El fisioterapeuta muestra actitudes negativas durante las sesiones de fisioterapia	5	4	3	2	1
12	Espero más de 2 meses para que me programen las sesiones de fisioterapia	5	4	3	2	1
13	El fisioterapeuta me ha explicado sobre la importancia de asistir y participar de forma activa en las sesiones programadas	5	4	3	2	1
14	Mi situación familiar actual permite mi asistencia a las sesiones de fisioterapia	5	4	3	2	1
15	La distancia de mi casa al Hospital es un impedimento para ir a las sesiones de fisioterapia	5	4	3	2	1
16	A pesar del costo elevado del transporte asisto a mis sesiones de fisioterapia	5	4	3	2	1
17	Por el tiempo que llevo asistiendo a las sesiones de fisioterapia considero abandonar el tratamiento	5	4	3	2	1
18	He interrumpido la asistencia a mis sesiones programadas anteriormente por no apreciar disminución de los síntomas	5	4	3	2	1
19	Asisto a las sesiones programadas así se modifique mi tratamiento	5	4	3	2	1
20	El fisioterapeuta me recuerda constantemente sobre los beneficios de asistir a las sesiones de fisioterapia	5	4	3	2	1

Gracias por su colaboración

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1



VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

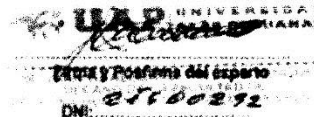
I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: TILLES YENQUE JUAN GUALBERTO
 1.2 Grado académico: DOCTOR EN SALUD PÚBLICA
 1.3 Cargo e institución donde labora: DECANO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA - UAP
 1.4 Título de la Investigación: FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD ANATOMÍA Y DOLOR INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN 2019
 1.5 Autor del instrumento: CARMEN ROSANA MOYA NOLLI
 1.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
 1.7 Nombre del instrumento: CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA CAF

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					95
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					85
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					95
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					100
8. COHERENCIA	Entre los indicadores, dimensiones y variables.					100
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					85
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				80	
SUB TOTAL					80	93
TOTAL						87

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20): 17.40
 VALORACION CUALITATIVA : EXCELENTE
 OPINIÓN DE APLICABILIDAD: ES APLICABLE

Lugar y fecha: PUEBLO LIBRE, 6. NOVIEMBRE 2018



**VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

- I. DATOS GENERALES
- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Laimas Saenzana Katherine
- 1.2 Grado académico: Doctor en Ciencias de la Salud
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Tecnólogo Médico-Hospital Sergio Bernales
- 1.4 Título de la Investigación: Factores intrínsecos y extrínsecos relacionados a la adherencia fisio terapéutica. Departamento de la Unidad Médica y Delet. Instituto Nacional de Rehabilitación 2019.
- 1.5 Autor del instrumento: Carmona Rosana Mayra Nelly
- 1.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: Doctorado en Salud Pública
- 1.7 Nombre del instrumento: Cuestionario sobre adherencia fisio terapéutica-CAF

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				80	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					85
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					85
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					100
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					95
8. COHERENCIA	Entre los indicadores, dimensiones y variables.					90
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.				80	
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					85
SUB TOTAL					80	91
TOTAL						86

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20): 17.20

VALORACION CUALITATIVA : Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicar el instrumento

Lugar y fecha: Comas, 10. noviembre. 2018

Firma y Posfirma del experto

DNI: 4460325



VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: SOLÍS CESPEDÉS PEDRO ANIBAL
 1.2 Grado académico: DOCTOR EN SALUD PÚBLICA
 1.3 Cargo e institución donde labora: DOCENTE POSGRADO - UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 1.4 Título de la Investigación: FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN 2019
 1.5 Autor del instrumento: CARMEN ROSANA MOYA MOLLI
 1.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
 1.7 Nombre del instrumento: CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA CAF

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					85
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.				80	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				80	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					95
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					100
8. COHERENCIA	Entre los indicadores, dimensiones y variables.					90
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				80	
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				80	
SUB TOTAL					80	93
TOTAL						87

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0,20): 17.40

VALORACION CUALITATIVA : Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicar el instrumento

Lugar y fecha: Pueblo Libre, 11 Nov. 2018

Firma y Posfirma del experto

DNI: 26001972

FEDRO ANIBAL SOLÍS CESPEDÉS
DR. EN SALUD PÚBLICA
Reg. N° 31

**VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

- I. DATOS GENERALES
- 1.1 Apellidos y nombres del experto: JAIMES RIOS IRMA
- 1.2 Grado académico: DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD
- 1.3 Cargo e institución donde labora: ASISTENTE SOCIAL HOSPITAL SERGIO B. RAMALLES
- 1.4 Título de la Investigación: FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS DE UNIDAD A LA ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD ADORRA Y DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN 2013
- 1.5 Autor del instrumento: CARMEN ROSANA MOYA NOLLI
- 1.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
- 1.7 Nombre del instrumento: CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA


INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					85
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.				80	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					82
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					100
8. COHERENCIA	Entre los indicadores, dimensiones y variables.					100
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				80	
SUB TOTAL					80	92
TOTAL						86

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20): 17.20

VALORACION CUALITATIVA : EXCELENTE

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICAR EL INSTRUMENTO

Lugar y fecha: COMAS 12 NOV. 2018


 Firma y Posfirma del experto
 DNI: 8859663



**VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

- I. DATOS GENERALES**
- 1.1 Apellidos y nombres del experto: GREGORIO VARGAS LUZ
- 1.2 Grado académico: DOCTOR EN SALUD PÚBLICA
- 1.3 Cargo e institución donde labora: COORDINADOR HOSPITAL SERGIO BERNALES
- 1.4 Título de la Investigación: FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN 2019
- 1.5 Autor del instrumento: CARMEN ROSANA MOYA NOLLI
- 1.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
- 1.7 Nombre del instrumento: CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					85
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.				80	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					100
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					95
8. COHERENCIA	Entre los indicadores, dimensiones y variables.					95
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					90
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				80	
SUB TOTAL					80	93
TOTAL						87

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20): 17.40

VALORACION CUALITATIVA : EXLENTE

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICAR EL INSTRUMENTO

Lugar y fecha: LOMAS, 12 NOV. 2018

**MINISTERIO DE SALUD
VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO**

Firma y Posfirma del experto

DMI: 06572558

**VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Salaverry Garcia, Oswald Edoard.
 1.2 Grado académico: Doctor
 1.3 Cargo e institución donde labora: U.A.P. Escuela de Medicina
 1.4 Título de la Investigación: Factores intrínsecos y extrínsecos relacionados a la adherencia al sistema público de los pacientes del Departamento de la Unidad Materna y Neonatal INR 2019
 1.5 Autor del instrumento: Carmen Rosana Moya Nork
 1.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: Doctorado en Salud Pública
 1.7 Nombre del instrumento: Cuestionario sobre adherencia al sistema público

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				79	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					82
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					84
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					90
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.				80	
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					82
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					95
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					98
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					100
SUB TOTAL					79	90
TOTAL						84

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20): 17

VALORACION CUALITATIVA: Muy BUENO

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicar Instrumento

Lugar y fecha: Lima, Diciembre 12, 2019

Salaverry
 Firma y Posfirma del experto
 DNI: 866090412

**VICERRECTORADO ACADEMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO**


I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: SAMILLAN SOTO VICTOR JESUS
 1.2 Grado académico: DOCTOR
 1.3 Cargo e institución donde labora: JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN F.M.H.y.CS
 1.4 Título de la Investigación: FACTORES INTRINSECOS Y EXTRINSECOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA FISIOTERAPEUTICA DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
 1.5 Autor del instrumento: CARMEN ROSANA MOYA NOLLA
 1.6 Maestría/ Doctorado/ Mención: DOCTORADO EN SALUD PUBLICA
 1.7 Nombre del instrumento: CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA FISIOTERAPEUTICA

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				80	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					85
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					85
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					95
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				85	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					95
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					90
SUB TOTAL					83	90
TOTAL						87

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20): 17
 VALORACION CUALITATIVA : EXCELENTE
 OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICAR EL INSTRUMENTO

Lugar y fecha: LIMA, 12 Diciembre 2019


 Firma y Posfirma del experto

DNI: 16709515

ANEXO 04

PRUEBA DE VALIDACION

Tabla N° 16: Validez del Cuestionario mediante la prueba V de Aiken

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	V de Aiken
Claridad	0,95	0,90	0,90	0,85	0,90	0,80	0,79	0,87
Objetividad	0,85	0,80	0,85	0,90	0,85	0,85	0,82	0,85
Actualidad	0,90	0,85	0,80	0,80	0,80	0,90	0,84	0,84
Organización	0,95	0,85	0,80	0,95	0,90	0,85	0,90	0,89
Suficiencia	0,90	0,95	0,95	0,95	0,95	0,90	0,90	0,93
Intencionalidad	0,95	1,00	0,95	0,82	1,00	0,90	0,80	0,92
Consistencia	1,00	0,95	1,00	1,00	0,95	0,95	0,82	0,95
Coherencia	1,00	0,90	0,90	1,00	0,95	0,85	0,95	0,94
Metodología	0,85	0,80	0,80	0,90	0,90	0,95	0,98	0,88
Conveniencia	0,80	0,85	0,80	0,80	0,80	0,90	1,00	0,85
							Total	0,89

Fuente: Elaboración Propia

El valor de prueba V de Aiken obtenido en la evaluación de la validez del cuestionario, a partir del Juicio de 7 expertos, es de 0,890. Este resultado nos indica que el cuestionario tiene la validez adecuada para su utilización.

Tabla N° 17: Resultados de la prueba piloto para la confiabilidad del CAF

N°	Ítems 1	Ítems 2	Ítems 3	Ítems 4	Ítems 5	Ítems 6	Ítems 7	Ítems 8	Ítems 9	Ítems 10	Ítems 11	Ítems 12	Ítems 13	Ítems 14	Ítems 15	Ítems 16	Ítems 17	Ítems 18	Ítems 19	Ítems 20
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	4	3	5	3	3	5	5
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	1	4	5	5	1	5	1	1	5	4
5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	1	5	5	5	1	5	1	1	5	5
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	3	5	3	3	5	5
8	4	4	4	5	5	5	4	5	5	3	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
10	5	4	2	5	5	4	5	5	3	3	3	4	5	2	3	5	3	3	5	4
11	5	5	5	5	5	3	5	5	5	2	5	5	5	4	5	1	5	5	5	5
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
13	5	5	3	5	4	5	5	5	5	3	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5
14	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	5	3	5	5	5	5	5	4	5	2	5	3	5	5	5	4	5	5	2	3
21	5	5	4	4	4	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
22	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5
23	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
25	4	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4
26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2	5	5	5	5
29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5
30	3	5	3	3	5	5	3	3	5	2	3	5	5	5	3	5	3	3	5	5

Tabla N° 18: matriz de correlaciones entre elementos

	Items 1	Items 2	Items 3	Items 4	Items 5	Items 6	Items 7	Items 8	Items 9	Items 10	Items 11	Items 12	Items 13	Items 14	Items 15	Items 16	Items 17	Items 18	Items 19	Items 20
Ítems 1	1,000	,226	,383	,618	,093	-,131	1,000	,689	,033	,086	,074	,085	,449	-,087	,074	,024	,074	,182	,085	-,062
Items 2	,226	1,000	,165	,124	,067	,011	,226	,326	,326	,165	-,085	,729	,413	,200	-,085	-,129	-,085	,805	,729	,067
Items 3	,383	,165	1,000	,351	,373	,123	,383	,317	,512	,152	,174	,081	,188	,395	,174	,152	,174	-,070	,081	-,134
Items 4	,618	,124	,351	1,000	,368	-,115	,618	,746	,057	,225	,118	-,173	,196	-,057	,118	,064	,118	-,020	-,173	-,041
Items 5	,093	,067	,373	,368	1,000	-,104	,093	,156	,156	,181	,010	-,157	,356	,017	,010	-,078	,010	,054	-,157	,012
Items 6	-,131	,011	,123	-,115	-,104	1,000	-,131	-,098	,268	,064	-,037	,011	-,083	,463	-,037	-,027	-,037	-,118	,011	,590
Items 7	1,000	,226	,383	,618	,093	-,131	1,000	,689	,033	,086	,074	,085	,449	-,087	,074	,024	,074	,182	,085	-,062
Items 8	,689	,326	,317	,746	,156	-,098	,689	1,000	,085	,383	,169	,168	,230	-,024	,169	,109	,169	,389	,168	,069
Items 9	,033	,326	,512	,057	,156	,268	,033	,085	1,000	,064	,169	,326	,230	,707	,169	,109	,169	,135	,326	-,017
Items 10	,086	,165	,152	,225	,181	,064	,086	,383	,064	1,000	,203	,096	,191	,096	,203	,167	,203	,188	,096	,068
Items 11	,074	-,085	,174	,118	,010	-,037	,074	,169	,169	,203	1,000	,092	-,031	,196	1,000	,988	1,000	-,163	,092	-,153
Items 12	,085	,729	,081	-,173	-,157	,011	,085	,168	,326	,096	,092	1,000	,144	,095	,092	,106	,092	,805	1,000	-,007
Items 13	,449	,413	,188	,196	,356	-,083	,449	,230	,230	,191	-,031	,144	1,000	,083	-,031	-,140	-,031	,333	,144	,059
Items 14	-,087	,200	,395	-,057	,017	,463	-,087	-,024	,707	,096	,196	,095	,083	1,000	,196	,164	,196	-,093	,095	,307
Items 15	,074	-,085	,174	,118	,010	-,037	,074	,169	,169	,203	1,000	,092	-,031	,196	1,000	,988	1,000	-,163	,092	-,153
Items 16	,024	-,129	,152	,064	-,078	-,027	,024	,109	,109	,167	,988	,106	-,140	,164	,988	1,000	,988	-,199	,106	-,175
Items 17	,074	-,085	,174	,118	,010	-,037	,074	,169	,169	,203	1,000	,092	-,031	,196	1,000	,988	1,000	-,163	,092	-,153
Items 18	,182	,805	-,070	-,020	,054	-,118	,182	,389	,135	,188	-,163	,805	,333	-,093	-,163	-,199	-,163	1,000	,805	,114
Items 19	,085	,729	,081	-,173	-,157	,011	,085	,168	,326	,096	,092	1,000	,144	,095	,092	,106	,092	,805	1,000	-,007
Items 20	-,062	,067	-,134	-,041	,012	,590	-,062	,069	-,017	,068	-,153	-,007	,059	,307	-,153	-,175	-,153	,114	-,007	1,000

Fuente: Elaboración Propia

Tabla N° 19: Media, varianza y correlación total de los elementos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Items_1	83,10	41,472	,327	,809
Items_2	83,13	41,568	,296	,810
Items_3	83,33	39,126	,387	,806
Items_4	83,07	41,789	,293	,810
Items_5	83,00	43,172	,120	,815
Items_6	83,03	43,482	,014	,819
Items_7	83,10	41,472	,327	,809
Items_8	83,03	40,930	,473	,804
Items_9	83,03	41,344	,397	,807
Items_10	84,70	38,976	,304	,813
Items_11	83,53	32,809	,723	,779
Items_12	83,13	41,223	,351	,808
Items_13	82,97	42,930	,227	,813
Items_14	83,20	40,924	,288	,810
Items_15	83,53	32,809	,723	,779
Items_17	83,50	33,500	,661	,785
Items_18	83,53	32,809	,723	,779
Items_19	83,13	42,189	,144	,817
Items_20	83,13	41,223	,351	,808

Fuente: Elaboración Propia

ANEXO 05

DATA PROCESADA

Tabla N° 20: Base de datos

N°	sexo	edad	FACTORES INTRINSECOS										FACTORES EXTRINSECOS										Adherencia		
			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20			
1	2	57	5	5	5	5	5	5	4	4	5	3		1	5	5	4	3	5	1	1	5	5	Presenta	1
2	2	64	5	4	4	4	4	5	4	5	5	3		1	3	4	5	2	5	1	1	4	4	No presenta	2
3	2	48	5	4	5	5	5	5	4	4	5	2		1	4	5	5	3	4	1	2	5	5	Presenta	1
4	2	63	4	5	3	5	4	5	4	4	5	4		1	2	5	4	3	5	3	1	4	4	No presenta	2
5	2	35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	4	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
6	1	42	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	5	3	5	1	1	5	5	Presenta	1
7	2	54	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	5	5	2	1	5	5	Presenta	1
8	2	34	5	4	5	5	5	4	5	4	5	2		1	5	5	5	5	5	1	4	5	5	No presenta	2
9	2	67	5	5	5	5	5	4	4	5	4	3		1	2	5	4	1	2	5	1	5	4	Presenta	1
10	1	36	5	5	3	5	5	4	5	4	3	4		3	1	5	5	4	5	1	1	5	5	Presenta	1
11	1	34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
12	2	65	5	4	4	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	4	1	5	1	1	5	5	No presenta	2
13	1	25	5	4	3	4	5	5	5	5	5	4		1	5	4	5	1	5	1	1	5	4	Presenta	1
14	2	35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	1	5	5	5	5	1	1	5	5	Presenta	1
15	2	61	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
16	2	52	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	4	5	5	4	3	5	5	Presenta	1
17	1	62	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	4	5	5	1	5	1	5	5	4	Presenta	1
18	2	57	5	5	4	5	5	5	4	5	5	1		1	3	5	5	2	5	1	1	5	5	Presenta	1
19	2	73	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	3	5	1	5	5	5	Presenta	1
20	2	59	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	5	1	5	1	3	5	5	Presenta	1

21	1	70	5	4	4	5	5	5	4	5	5	3		1	3	4	5	3	5	1	1	4	4		No presenta	2
22	2	47	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	2	5	4	2	5	1	1	5	5		No presenta	2
23	2	77	5	4	2	5	5	4	5	5	3	3		2	3	5	2	2	5	2	3	5	4		Presenta	1
24	2	25	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4		1	3	5	4	1	1	1	1	5	5		Presenta	1
25	2	57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
26	1	47	5	5	3	5	4	5	5	5	5	3		2	5	5	5	2	5	3	2	5	5		Presenta	1
27	2	52	4	4	5	4	5	5	5	5	5	2		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5		No presenta	2
28	2	66	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4		1	5	5	5	2	5	1	3	4	5		Presenta	1
29	2	59	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4		1	4	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
30	1	42	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		2	5	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
31	1	38	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5		1	5	5	5	1	1	1	1	5	5		Presenta	1
32	2	79	5	3	5	5	4	5	5	5	5	3		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
33	2	42	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4		1	4	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
34	2	36	5	5	5	5	4	5	4	5	5	3		1	4	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
35	2	84	5	3	2	4	5	5	5	5	5	3		1	5	2	5	1	5	1	1	5	2		Presenta	1
36	1	59	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
37	2	72	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	4	5	1	1	5	1	1	5	4		Presenta	1
38	1	44	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
39	2	60	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4		2	4	5	5	4	5	1	1	5	5		No presenta	2
40	1	71	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3		2	2	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
41	1	64	4	5	4	4	4	5	5	4	4	3		2	2	4	5	1	5	1	1	5	4		No presenta	2
42	2	72	5	4	4	4	4	5	4	4	5	2		2	4	4	4	2	4	2	1	4	4		No presenta	2
43	1	58	5	4	3	5	4	5	5	3	4	2		1	5	4	5	3	5	1	2	4	5		Presenta	1
44	2	33	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5		Presenta	1
45	1	49	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	3	5	5	1	5	1	1	1	5		Presenta	1

46	2	59	4	5	5	4	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	1	5	1	2	5	5	No presenta	2
47	1	65	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4		1	4	5	5	5	5	1	1	5	5	Presenta	1
48	2	45	5	5	5	5	5	4	5	5	5	1		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
49	2	80	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
50	1	49	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
51	1	69	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	1	5	5	5	5	1	1	5	5	Presenta	1
52	2	45	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2		1	1	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
53	2	42	5	3	5	5	5	5	5	4	5	4		1	5	5	5	2	4	1	1	2	3	No presenta	2
54	2	30	5	5	4	4	4	5	5	5	5	3		2	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
55	1	35	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4		1	5	5	4	1	5	4	1	4	5	No presenta	2
56	1	48	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2		1	1	5	5	1	5	1	1	4	4	Presenta	1
57	2	34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2		1	2	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
58	2	29	5	4	5	5	5	5	4	5	5	2		1	1	5	5	1	5	1	1	4	4	No presenta	2
59	2	63	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
60	2	57	5	5	5	5	5	4	5	5	5	1		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	No presenta	2
61	2	60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	2	5	1	1	5	5	Presenta	1
62	2	49	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
63	2	51	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
64	1	65	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	1	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
65	1	54	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		1	4	5	5	1	5	1	3	5	5	Presenta	1
66	1	28	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2		1	5	5	5	3	5	1	1	5	5	Presenta	1
67	1	46	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4		1	4	5	4	2	5	1	1	5	4	No presenta	2
68	1	66	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
69	1	46	5	5	4	5	5	5	5	3	5	3		1	5	5	5	2	5	1	2	5	5	Presenta	1
70	2	67	5	4	5	5	4	5	5	5	4	3		1	4	5	5	1	5	1	1	5	5	No presenta	2

71	2	69	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4		1	5	5	5	1	5	1	1	4	5	Presenta	1
72	1	45	5	4	5	5	5	5	5	5	5	2		1	5	5	5	1	5	2	1	5	5	Presenta	1
73	1	46	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3		2	5	5	5	1	5	1	1	5	5	No presenta	2
74	2	51	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3		1	4	5	5	1	5	1	1	5	4	No presenta	2
75	2	59	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4		2	5	4	5	1	5	1	1	5	4	Presenta	1
76	2	61	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4		1	4	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
77	1	63	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	1	5	5	1	1	5	1	1	5	Presenta	1
78	1	60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	4	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
79	2	66	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
80	1	58	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	4	5	1	1	1	5	5	Presenta	1
81	1	61	5	5	5	5	5	5	4	5	5	1		1	3	5	5	1	1	1	1	5	5	Presenta	1
82	2	69	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
83	1	57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	5	5	4	1	2	1	1	5	5	No presenta	2
84	2	38	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	4	5	4	3	5	1	2	5	5	Presenta	1
85	1	61	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4		1	3	5	5	2	5	1	3	5	5	Presenta	1
86	1	54	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
87	2	62	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	1	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
88	2	62	5	3	5	5	5	5	5	5	5	2		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
89	1	25	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3		1	2	5	4	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
90	2	65	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
91	2	53	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	1	4	1	1	5	3	Presenta	1
92	2	72	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4		1	5	4	5	1	5	1	1	2	5	No presenta	2
93	2	55	5	4	3	5	5	5	5	5	5	2		1	4	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
94	2	39	4	5	5	4	4	5	4	4	4	3		1	3	5	4	3	4	2	1	3	5	Presenta	1
95	2	26	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4		5	4	5	4	5	5	1	5	5	5	No presenta	2

96	2	21	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4		2	5	5	5	3	5	2	2	5	5	No presenta	2
97	2	71	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
98	2	33	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	2	5	3	4	4	1	1	5	5	Presenta	1
99	2	42	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2		1	4	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
100	1	66	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	5	5	2	1	5	5	Presenta	1
101	2	53	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2		1	5	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
102	2	56	5	5	3	5	5	5	5	5	5	1		1	5	4	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
103	2	64	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	1	5	1	3	5	5	No presenta	2
104	1	55	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	5	5	2	1	5	5	Presenta	1
105	2	52	5	5	5	5	3	5	5	5	5	2		1	5	5	4	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
106	2	49	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3		1	5	5	5	3	5	1	1	5	5	Presenta	1
107	2	35	5	5	4	5	5	5	5	5	5	2		1	2	5	5	1	5	5	1	5	5	Presenta	1
108	2	44	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3		1	3	5	5	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
109	2	53	5	3	5	5	5	5	5	5	3	5		1	1	5	1	1	5	1	1	5	5	Presenta	1
110	2	52	5	4	4	5	3	5	5	5	3	2		1	1	4	5	3	4	1	1	5	5	Presenta	1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Factores Intrínsecos y Extrínsecos Relacionados a la Adherencia Fisioterapéutica de los Pacientes del Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima, 2019”

Investigador: Carmen Rosana Moya Nolli.

Propósito:

La Mg. Carmen Rosana Moya Nolli, en su deseo de conseguir el grado de Doctor en Salud Pública de la UAP, realizara una investigación para determinar cómo se relacionan los factores intrínsecos y extrínsecos con la adherencia fisioterapéutica en los pacientes atendidos en el Departamento de la Unidad Motora y Dolor.

El INR viene funcionando por más de 50 años, atendiendo pacientes con dolor originado por diversas causas, actualmente se atiende un promedio de 200 pacientes en el Departamento de UMD.

Los factores intrínsecos son aspectos internos de la persona en la forma de convicciones culturales y sociales, aspectos cognitivos, esperanza, percepciones. Los factores extrínsecos son condiciones externas del paciente, es decir desde fuera de su estructura corporal y se refiere a la inadecuación de los servicios y el estado socioeconómico.

La adherencia fisioterapéutica es la participación constante con intención por parte del paciente en el desarrollo de su régimen rehabilitador.

Por estas razones es importante conocer los factores que determinan la adherencia fisioterapéutica para que el equipo de rehabilitación, tome medidas correctivas con tendencia a mejorar la adherencia fisioterapéutica, en relación al compromiso de seguimiento a las pautas de control postural, al entrenamiento activo y a poner en práctica lo aprendido durante el día y así controlar sus dolencias o malestares.

Participación:

Este estudio aspira conocer los factores intrínsecos y extrínsecos a través de un cuestionario de 20 preguntas. La forma como debe responder es marcando con una X, al final de la sesión

de fisioterapia. La evaluadora, le entregara el cuestionario que será completado más o menos en 10 minutos.

Riesgos del Estudio:

El estudio no representara ningún riesgo para ud, solo responderá el cuestionario.

Beneficios del Estudio:

Su colaboración en el estudio permitirá conocer como los factores intrínsecos y extrínsecos se relacionan a la adherencia fisioterapéutica. Los resultados podrían utilizarse para elegir medidas con tendencia a mejorar la adherencia fisioterapéutica.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, únicamente el investigador maneja los datos con discreción y los resultados serán custodiados por la autora. Se le asignara un número (código) a cada uno de los participantes, y este número se usara para el análisis estadístico, en la presentación de resultados, de manera que el nombre del paciente permanecerá en total confidencialidad.

Requisitos de Participación:

Al decidir participar firmara el presente documento, en el cual acepta participar en el estudio buenamente. Por otro lado, si usted no desea ser incluido en la investigación bajo cualquier motivo, podrá excluirse sin que esto signifique gasto alguno, pago o resultado perjudicial por hacerlo.

Para obtener información comunicarse:

Mg. Carmen Rosana Moya Nolli, al teléfono 990674291, de 8 a 5:00 pm.

Presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación

Dra. Julia Esther Rado Triveño

Dirección: Av. Prolongación Defensores del Morro Cdra.2, Chorrillos.

Correo electrónico: juliarado@hotmail.com

Teléfono: 7123200 anexo 1414

Declaración voluntaria.

Yo.....,he sido Informado(a) por.....sobre el objetivo del estudio, entiendo los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado (a) de la forma como se realizara el estudio y de cómo se tomaran las mediciones. Estoy enterado (a) también que puedo dejar de participar o no continuar en la investigación en el momento en que desee, o por alguna circunstancia específica, sin que esto genere que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte de la Mg. Carmen Rosana Moya Nolli.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

“Factores Intrínsecos y Extrínsecos Relacionados a la Adherencia Fisioterapéutica de los Pacientes del Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima, 2019”

Nombre y Apellido del Participante:.....

Firma:Fecha...../...../2019

Dirección:.....

AUTORIZACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

N° 167 -2019-SA-DG-INR



Resolución Directoral

Chorrillos, 23 de Agosto del 2019

Visto, el expediente N° 19-INR-005306-001, que contiene las Notas Informativas N°260-2019-OEAIDE/INR, N°4-2019-CIEI/INR y N° 04-2019 CIEI/INR, de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, del Comité Institucional Evaluador de Investigación y del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN, respectivamente;

CONSIDERANDO:

Que es objetivo funcional de la entidad realizar investigaciones sobre temas de la especialidad e impulsar las acciones para incrementar continuamente la calidad y utilidad de la investigación especializada en el campo de la rehabilitación y otras especialidades relacionadas que se desarrollan en la entidad, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, como de su rehabilitación integral y otros aspectos referidos al quehacer institucional;

Que, con documentos del Visto, la Directora de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ -JAPÓN, informa que la Mg. CARMEN ROSANA MOYA NOLLI, alumna del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Alas Peruanas, ha elaborado el proyecto de investigación titulado "Factores Intrínsecos y Extrínsecos Relacionados a la Adherencia Fisioterapéutica de los pacientes del Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima, 2019";

Que, el citado proyecto de investigación, ha sido revisado y aprobado por el Comité Institucional Evaluador de Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN a través de la Nota Informativa 4-2019-CIEI/INR, y por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ -JAPÓN a través de la Nota Informativa N° 04-2019 CIEI/INR; por lo que es pertinente proceder con su aprobación, con la resolución correspondiente, para su desarrollo y posterior aplicación;

De conformidad con la Ley N°26842, Ley General de Salud, Decreto Supremo N°021-2017-SA que aprueba el Reglamento de Ensayos Clínicos y la Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y en uso de las facultades conferidas;



Con el visado de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el proyecto de investigación titulado **"Factores Intrínsecos y Extrínsecos Relacionados a la Adherencia Fisioterapéutica de los pacientes del Departamento de la Unidad Motora y Dolor, Instituto Nacional de Rehabilitación, Lima, 2019"**; formulado por la **Mg. Carmen Rosana Moya Nollí**, cuyo proyecto comprende noventa y cinco (95) folios, incluidos anexos, y se encuentra registrado con el código OEAIDE 004-19

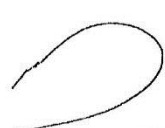


Artículo 2°.- ENCARGAR a la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, la coordinación y monitoreo de las acciones orientadas al desarrollo del proyecto de investigación aprobado.

Artículo 3°.- Disponer a la Oficina de Estadística e Informática publique la presente Resolución en el portal Web Institucional.



Regístrese y Comuníquese,


MC. LILY PINGUZ VÉRGARA
(e) Directora General
CMP. N° 23770 R.N.E. N° 12918
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

LPV/CFTG/

c.c.:
OEAIDE
OAJ
OCI
Encargado del portal web
Interesados

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
23 AGO, 2019
Fecha...



DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LA TESIS

Yo, CARMEN ROSANA MOYA NOLLI egresada de la EP. Posgrado de la UAP, con Documento Nacional de Identidad 08874760, presento la tesis Doctoral en Salud Publica titulada: **“FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA FISIOTERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR, INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, LIMA, 2019”**

Declaro que:

Soy autora de la tesis, la cual presento para su revisión. He citado y referenciado utilizando las normas requeridas.

Por lo tanto, me responsabilizo del contenido de la misma.

Pueblo Libre, 28 de febrero 2020



.....
CARMEN ROSANA MOYA NOLLI
DNI 08874760