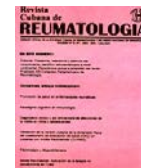


# Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología  
Volumen 18, Número 1; 2016 ISSN: 1817-5996  
[www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu)



## ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

### El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartrosis de rodilla

### Physiotherapy adherence in knee osteoarthritis patients. The gender approach

Luis Alberto Poalasin Narváez <sup>I</sup>, Germán Ontaneda Salinas <sup>II</sup>

<sup>I</sup> Magíster en Gerencia de Proyectos Educativos y Sociales. Licenciado en Ciencias de la Salud Especialidad Fisioterapia. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.

<sup>II</sup> Licenciado en Administración y Contabilidad. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.

#### RESUMEN

La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública.

**Objetivo:** Analizar en qué medida el género puede significar una amenaza para la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con OA.

**Desarrollo:** la adherencia fisioterapéutica recibe la influencia directa o indirecta de diversos factores, entre ellos los factores relacionados con el paciente. La misión del tratamiento fisioterápico juega un papel importante en el tratamiento global del paciente con limitaciones funcionales, este está dirigido a disminuir el dolor, mediante el empleo de varios procedimientos terapéuticos.

**Conclusiones:** el género es considerada una variable que aporta importantes evidencias en favor de una explicación psicosocial más que biológica, ofreciendo explicaciones para el comportamiento diferencial de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en una enfermedad de tan elevada prevalencia como la osteoartrosis y que debe ser tenida en cuenta por el fisioterapeuta en la evaluación y tratamiento de pacientes de ambos géneros con osteoartrosis de rodilla; ya que en la práctica es cada vez más palpable existen diversos grados de variabilidad en la adherencia a los procedimientos terapéuticos, según el género.

**Palabras clave:** enfoque de género, adherencia fisioterapéutica, tratamiento fisioterapéutico, osteoartrosis de rodilla.

#### ABSTRACT

Lack of adherence is a major public health problem.

**Objective:** To analyze the extent to which gender can pose a threat to the adherence to physical therapy in patients with OA.

**Development:** Physiotherapy adherence receives direct or indirect influence of various factors, including patient related factors. Physiotherapy's role in the overall treatment of patients with functional limitations is essential and intended to reduce pain through the use of various therapeutic procedures.

**Conclusions:** Gender is considered a variable that provides important evidence in favor of a less biological and more psychosocial explanation, as for the differential behavior of adherence to physical therapy in such a highly prevalent disease such as osteoarthritis and should be taken into account by physiotherapist in order to perform the evaluation and treatment of patients of

both genders with knee osteoarthritis; since practice reveals it is increasingly evident there are different gender-related degrees of variability in the adherence to therapeutic procedures.

**Key words:** gender approach, physiotherapy adherence, physiotherapeutic treatment, knee osteoarthritis

## INTRODUCCIÓN

El alargamiento de la esperanza de vida ha acarreado que en los últimos años haya ido en incremento el interés en el estudio de la calidad de vida de la población adulta. En particular de los riesgos a la salud en la población adulta, riesgos asociados a múltiples factores, que dan cuenta del reconocimiento que hoy en día la comunidad científica otorga a la relación intrínseca entre las conductas relativas a la salud y el género.

La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública y sus consecuencias fluctúan desde tratamientos innecesarios, pruebas adicionales y aumento en el número de consultas al médico, hasta una mayor incidencia en ingresos o reingresos del paciente debido a complicaciones, sin ignorar que afecta la calidad en la atención, la relación fisioterapeuta-paciente, el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros.<sup>1</sup>

Como varios estudios lo demuestran,<sup>2-4</sup> en la última década, ha crecido, particularmente, el interés por estudiar la adherencia a los tratamientos como un factor determinante para la salud, interés que se ha visto apoyado por el llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>5</sup> a conocer de manera separada por sexo las barreras para la adherencia a los tratamientos, con el fin de mejorar la atención en los servicios de salud.

Esta organización ha designado a la primera década de este siglo como la "Década osteoarticular".<sup>6</sup> Por ello resulta motivador ahondar en los resortes de la reflexión relativa a una variable que aporta importantes evidencias en favor de una explicación psicosocial más que biológica, ofreciendo explicaciones para el comportamiento diferencial según el género, de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en una enfermedad de tan elevada prevalencia como la osteoartrosis (OA).

Esta es una enfermedad sistémica, multifactorial, prevalente y progresiva. Se caracteriza por áreas focales de pérdida de cartílago en las articulaciones sinoviales. Los síntomas principales son dolor o artralgia, disminución progresiva de la función, deformidad articular y finalmente incapacidad funcional. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son: rodilla, cadera, columna, manos, y pies.<sup>7-10</sup>

La OA de rodilla es la más significativa clínicamente y se incrementa con la edad ya que 33 y 53 % de los hombres y de las mujeres de más de 80 años de edad tienen evidencia radiológica de OA, sin embargo, las manifestaciones clínicas sólo se reportan en 16 % de las mujeres y 5 % de los hombres de más de 80 años de edad.

Precisamente el hecho de que el riesgo de padecer OA de rodilla está estrechamente relacionado con la edad y sea favorecido por factores tales como: obesidad, laxitud ligamentaria, atrofia muscular, edad, actividad física, alineación articular (genu varo o valgo, pie plano) y fuerza del cuádriceps crural hace que las mujeres posean mayor riesgo de tener padecerla.<sup>11</sup>

En especial, la falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en la OA trae consigo un elevado costo económico, social y laboral, por lo tanto se hace necesario tener en cuenta las características sociales y las necesidades de cada persona para entender las barreras que se puedan presentar con la adherencia al tratamiento fisioterapéutico y desarrollar estrategias más efectivas que favorezcan el paciente y lo involucren activamente en el proceso de rehabilitación.

Algunos de los resultados de las investigaciones realizadas en diversos países, que persiguen identificar la vulnerabilidad del paciente con OA, han mencionado ciertas características personales tales como el nivel de instrucción, las condiciones económicas, la ocupación laboral, la percepción del riesgo a nivel individual y los estilos de vida; que podrían ser determinantes en la no adherencia al tratamiento como conducta de riesgo, sin embargo no deberían considerarse como únicos elementos explicativos del riesgo de no adherencia al tratamiento.<sup>12</sup>

Teniendo en cuenta el escenario descrito, el problema de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en la OA se ha convertido en los últimos años en un tema de significación para todos aquellos involucrados en la atención a este tipo de pacientes. No obstante, a pesar de que se sospechan diferencias de género en la adherencia al tratamiento, no se han encontrado referencias explícitas sobre hallazgos en las investigaciones revisadas. Por ello a fin de abordar esta

problemática desde una perspectiva que dé cuenta de su complejidad superando los enfoques reduccionistas, es necesario llevar a cabo un análisis que permita descifrar las médulas de sentido que intervienen en los modos en que la percepción del riesgo, la trayectoria del padecimiento y las dimensiones biológica, psicológica y social del individuo, se articulan en las experiencias individuales y colectivas.

Este trabajo se centra en el tema de la adherencia fisioterapéutica, discutiendo los avances de la investigación científica desde la perspectiva del enfoque de género. El estudio es especialmente relevante ya que, a criterio de los autores la importancia del contexto social al que pertenece el paciente no ha sido considerada con fuerza. De hecho, al formularse la pregunta de por qué se ve afectada la adherencia al tratamiento fisioterapéutico, esta no se le formula a la sociedad; cuando la respuesta es preciso buscarla en el contexto histórico-social, revelando explicaciones de orden social que trascienden el rol del paciente en su relación con los servicios de salud. Por otra parte, se ofrecen aproximaciones de utilidad en el estudio de las interacciones que se producen entre los determinantes de la no adherencia a esta parte fundamental del tratamiento de la OA de rodilla. Estos elementos podrían contribuir al diseño e implementación de estrategias integrales y coherentes de prevención de este comportamiento nocivo.

En correspondencia, este artículo se propone analizar, a la luz de la evidencia científica y la práctica, en qué medida el género puede significar una amenaza para la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con OA.

## DESARROLLO

### Factores que intervienen en la adherencia fisioterapéutica

En la bibliografía consultada sobre el tema se observan dos grandes tendencias, en primer lugar, la adherencia al tratamiento concebida por la biomedicina, desde el paradigma médico, como un comportamiento, una actitud de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, y es desde esa perspectiva que se vienen estudiando los factores que la fortalecen o conspiran contra ella.<sup>13,14</sup> En segundo lugar, la adherencia a los tratamientos a largo plazo, definida como "El grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria".<sup>5</sup>

Sin embargo, la evolución misma del concepto de adherencia ha conducido a identificar tal conducta como una de las principales variables para alcanzar la eficacia en este sentido,

así como para lograr una disminución de los costos en salud pública, enfatizando en que estos comportamientos deben ser coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas con los profesionales de la salud.<sup>15</sup>

Al analizar las concepciones anteriores, se hace notar que el enfoque de género de una deficiente adherencia al tratamiento fisioterapéutico de la OA rebasa las formas mencionadas anteriormente, estas también deben contemplar, a criterio de los autores, las dificultades para iniciar el tratamiento, la suspensión prematura o el abandono, el cumplimiento insuficiente de las indicaciones, la inasistencia a consultas e interconsultas, entre otras que a su vez inciden negativamente en la colaboración activa y voluntaria del paciente y su familia para la rehabilitación.

Es conveniente señalar que la adherencia fisioterapéutica recibe la influencia directa o indirecta de diversos factores, según la OMS éstos se clasifican en 5 grupos: factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la condición de la enfermedad, factores relacionados con el sistema de salud y la atención, factores relacionados con el sistema de salud y la atención, factores socioeconómicos y factores relacionados con el tratamiento.

A partir del concepto de salud como producto social se aceptan como determinantes no solamente los que definen los aspectos personales y la trayectoria social de los pacientes, sino los influenciados por sus grupos de pertenencia y la sociedad en su conjunto.<sup>16</sup>

Por ello, las prácticas en salud no deben ser entendidas absolutamente como aspectos individuales, pues estas reflejan aspectos estructurales de la sociedad, y por lo tanto la influencia del contexto donde se desarrollan los sujetos.

De manera que los factores relacionados con el paciente incluyen aspectos como edad, género, expectativas, motivación, confianza, poco o ningún conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento, ideas equivocadas acerca de esto, actitudes negativas del paciente o sus familiares con respecto al tratamiento, falta de apoyo familiar, problemas emocionales o de personalidad, olvido, bajo nivel de actividad física, dificultad de comprensión de las explicaciones dadas por el fisioterapeuta y/o falta de percepción de necesidad y/o efectividad del tratamiento. En caso de la atención de niños y personas mayores es necesario darle más importancia a la simplicidad del lenguaje y de las recomendaciones, pues es uno de los factores claves para el cumplimiento del tratamiento. Esto se relaciona con el

Modelo de Creencias de Salud, el cual propone que los pacientes actúan sobre las recomendaciones del tratamiento cuando creen que los beneficios del tratamiento superan las barreras del mismo.<sup>17,18</sup>

Aquellos factores relacionados con la condición de la enfermedad hacen referencia a estados emocionales, malestares físicos por efectos de medicamentos o de la misma patología, tiempo de evolución de la enfermedad, velocidad de progresión, comorbilidades, grado de discapacidad. Se ha mostrado que las patologías crónicas generan mayores problemas de adherencia que las agudas, así como la ausencia de síntomas.<sup>19</sup>

Por otro lado, los factores relacionados con el sistema de salud y la atención se refieren a la excesiva carga laboral para profesionales, falta de recursos, falta de monitorización y seguimiento periódico del paciente, poca capacidad del sistema para educar los pacientes, ideas equivocadas o desconocimiento sobre la adherencia terapéutica, actitudes negativas del personal que atiende al paciente, inadecuación de los servicios, insuficiente comunicación entre profesionales y pacientes, consultas cortas, tiempos de espera prolongados, horarios de atención, supervisión profesional inadecuada, falta de conocimiento sobre adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarlas, insatisfacción del paciente con el servicio. Se ha mostrado que la reducción en los tiempos de espera y la planificación del seguimiento mejora el cumplimiento con el tratamiento, es por esto que los pacientes hospitalizados tienen mayores tasas de adherencia que los ambulatorios. Así mismo, los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones del tratamiento.<sup>1,20</sup>

Los factores socioeconómicos involucran el bajo nivel educativo, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, conflictos sociales, los problemas laborales que impiden asistir a los programas o seguir las recomendaciones, la pobreza, que generalmente obliga al paciente a elegir entre suplir necesidades básicas o mantener su tratamiento.

Por último, es válido mencionar los factores relacionados con el tratamiento; se ha demostrado que entre estos los que con mayor fuerza influyen en la adherencia son: la duración del tratamiento, los fracasos previos, los cambios frecuentes de tratamiento, la inminencia de efectos beneficiosos y la disponibilidad de apoyo médico.<sup>18</sup>

Otro de los retos a enfrentar respecto a la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en la OA de rodilla es su

medición a partir de instrumentos fiables y específicos. Algunas de las formas tradicionales de medición de la adherencia incluyen las medidas objetivas y directas (como evolución clínica y respuestas fisiológicas), los instrumentos indirectos (entre ellos cuestionarios de auto informe, entrevistas, registros farmacéuticos y control de asistencia a citas) y los sistemas electrónicos de monitoreo. Sin embargo, frente a casi todas estas medidas existen serios cuestionamientos teóricos y metodológicos.<sup>5,21,22</sup>

### **La función del fisioterapeuta en la evaluación y tratamiento de pacientes de ambos géneros con artrosis de rodilla**

El modelo de atención ambulatoria tradicional ha estado centrado en el profesional, quien domina el poder dentro de la relación e induce de esta manera al enfermo a tomar una actitud receptiva y pasiva frente a su salud. En contraste con este modelo, es necesario que el equipo de salud, transfiera confianza, información, autonomía y dominio sobre el mejor cuidado de la salud a las personas, permitiendo así que estas asuman progresivamente un mayor grado de responsabilidad en el tratamiento, especialmente cuando se enfrenta una patología crónica.<sup>23,24</sup>

En este sentido, la función del fisioterapeuta en la evaluación y tratamiento de los pacientes con artrosis de rodilla implica una gran responsabilidad, en todas las etapas de la enfermedad, con independencia del género del paciente. La misión del tratamiento fisioterápico juega un papel importante en el tratamiento global del paciente con limitaciones funcionales, este está dirigido a disminuir el dolor, mediante el empleo de varios procedimientos terapéuticos, en la adherencia a los cuales sí influye el género según hemos podido constatar en la práctica, tales como:

*Termoterapia Superficial:* No varía la adherencia entre ambos géneros. El calor se ha utilizado de diferentes modos (aplicaciones superficiales como puede ser los infrarrojos, las compresas calientes o la parafina).

*Tratamiento con onda corta o termoterapia profunda:* Alta adherencia en ambos géneros. La onda corta como diatermia es un método tradicionalmente muy utilizado en el tratamiento de la artrosis de rodilla. La diatermia produce un aumento en la elasticidad del colágeno, actúa a nivel circulatorio local favoreciendo la eliminación de metabolitos y aliviando el espasmo muscular, lo que hace a su vez que el trabajo muscular sea más efectivo establecen en su estudio que la onda corta puede promover la formación de glucosaminas del cartílago femoral, demostrando que es

capaz de reparar directamente el cartílago articular en tratamientos de 20 minutos.

*Ultrasonidos:* Es una forma de energía mecánica. Teóricamente, su poder de penetración es menor que el de la onda corta, y su absorción en los tejidos es diferente, al igual que el tiempo de tratamiento que es de 10 minutos.

*Electroterapia:* Poca adherencia en ambos géneros. En el caso específico de la corriente tipo TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) su aplicación es común en la OA de rodilla.

*Ejercicios:* Mayor adherencia en mujeres que en hombres. Se ha confirmado que el ejercicio es uno de los procesos terapéuticos más eficaces para los pacientes que padecen OA de rodilla. Diferentes estudios han probado que el ejercicio mejora la fuerza isométrica muscular, importantísimo para mantener una correcta alineación articular, y por lo tanto una buena estabilidad, velocidad y extensión de la zancada, al tiempo que reduce la dosis de medicamentos analgésicos.<sup>25</sup>

*Hidroterapia:* Mayor adherencia en mujeres que en hombres. La ventaja que presenta es que el agua ofrece una gama de resistencia muy diversa para los pacientes con artrosis de rodilla en cualquier etapa de su enfermedad. El agua proporciona un entorno de alto soporte y es un medio ideal para tratar a este tipo de pacientes, ya que constituye un mejor soporte del peso corporal reduciendo la compresión de la articulación de la rodilla. A ello se añade la relajación que ocasiona, contribuyendo a la percepción de disminución del dolor.

*Protección articular:* Poca adherencia en el género femenino. La sobrecarga articular aumenta el daño a este nivel por lo que se debe de evitar dicha sobrecarga. El reposo sin carga, produce también adelgazamiento del cartílago articular y atrofia del hueso subcondral. Los músculos absorben un importante porcentaje de la carga, por lo que como uno de los mejores métodos de protección articular; su fortalecimiento podría retardar la necesidad de prótesis de rodilla. El masaje aumenta el aporte sanguíneo a la región tratada, aumenta la circulación venosa y linfática, acelera el drenaje de la región que rodea a una articulación afectada, disminuyendo, así la inflamación peri-articular, produce relajación muscular y sedación, evita la formación de fibrosis y bridas, disminuye la tendencia a la atrofia muscular, ayuda al reconocimiento de la zona a tratar, y la adaptación del paciente para otras maniobras, alivia el dolor, mejora la capacidad de la función muscular, pero no sustituye al ejercicio, ni aumenta fuerza muscular.<sup>26-30</sup>

## CONSIDERACIONES FINALES

El análisis matizado tanto por la evidencia científica como por la práctica, permite poner de relieve en qué medida el género puede significar una amenaza para la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con OA. Las diferentes visiones en torno a este tema han establecido parámetros de análisis que no siempre guardan relación con el hecho de que las prácticas en salud están lejos de ser entendidas absolutamente como aspectos individuales, pues estas reflejan aspectos estructurales de la sociedad, y por lo tanto la influencia del contexto donde se desarrollan los sujetos.

En particular la adherencia fisioterapéutica recibe la influencia directa o indirecta de diversos factores, entre ellos, aquellos relacionados con el paciente. De ahí que el género sea considerada una variable tomar en consideración hacia la búsqueda de una explicación psicosocial más que biológica, para el comportamiento diferencial de la adherencia al tratamiento fisioterapéutico en una enfermedad de tan elevada prevalencia como la osteoartritis y que debe ser tenida en cuenta por el fisioterapeuta en la evaluación y tratamiento de pacientes de ambos géneros con osteoartritis de rodilla; ya que en la práctica es cada vez más palpable existen diversos grados de variabilidad en la adherencia a los procedimientos terapéuticos, según el género.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Libertad MA. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cuba Salud Pública*. [Internet]. 2006 [citado 1 de octubre 2015]; 32(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013)
2. 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*. [Internet]. 2012 [citado 1 de octubre 2015]; 30(2): 163-174. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>
3. Varela M, Salazar I, Correa D, Duarte C, Tamayo J, Salazar Á. La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/sida: validación de un cuestionario. *Colombia Médica, North America*. [Internet]. 2010 [citado 1 de octubre 2015]; 40 (1). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/669/746>
4. Nazar Beutelspacher A, Salvatierra Izaba, B. Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Pap. Poblac*. [Internet]. 2010

- [citado 1 de octubre 2015]; 16(64): 67-92. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252010000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200004&lng=es&nrm=iso)
5. Organización Mundial de la Salud (OMS) [sede web]. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. 2004. [Internet].2010 [citado 1 de octubre 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spain/sh/AD/DPC/NC/ncadherencia.htm>
  6. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ.* 2003;81(9):646-56.
  7. Vázquez Arce M, Núñez Piquer C, Juliá Moyá C, Núñez Palomares C. Valoración clínica e instrumental en la artrosis de rodilla. *Rehabilitación* [Internet]. 2009 [citado 1 de octubre 2015];43(5):223-31. Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712009725319>
  8. AbathLeite A, Gesteira Costa AJ, Matheos de Lima B, Lopes Padilha AV, Cavalcanti de Albuquerque E, Lopes Marques CD. Comorbilidad en pacientes con osteoartritis: frecuencia e impacto en la función física. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2011 [citado 1 de octubre 2015];51(2):118-23. Disponible en:  
<http://www.reumatologia.com.br>
  9. Bastías C. Inflamación en osteoartritis. *Rev Chil Reumatol* [Internet]. 2011 [citado 1 de octubre 2015]; 27(2):83-6. Disponible en:  
[http://www.sochire.cl/filemanager/download/1038/Inflamacion\\_osteoartritis.pdf](http://www.sochire.cl/filemanager/download/1038/Inflamacion_osteoartritis.pdf)
  10. Ríos García M, Solís de la Paz D, Valdés González AA, Oviedo Bravo A. Utilización de los medios físicos en la osteoartritis en el Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy, de Matanzas. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2013 [citado 1 de octubre 2015]; 35(3). Disponible en:  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol3%202013/tema04.htm>
  11. Lavalle Montalvo C. Osteoartritis. Facultad de Medicina Universidad Nacional de México. Biblioteca Virtual. [Internet]. 2010 [citado 5 noviembre 2015];06. Disponible en:  
[http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06\\_jun\\_2k10.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/06_jun_2k10.pdf)
  12. Castiella S, López MA, No J, García I, Suárez J, Bañales T. Artroplastia de rodilla. *Rehabilitación.* 2007; 418(6):290-308.
  13. Margulies S, Barber N, Recoder ML. VIH-SIDA y "adherencia" al tratamiento enfoques y perspectivas. *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol.* [Internet]. 2006 [citado 1 de octubre 2015]; 3: 281-300. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004001200001&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001200001&lng=es)
  14. Grimberg M. Género y VIH-SIDA. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. En *Cuadernos Médico-Sociales*; 2000: 41-54.
  15. Varela MT, Salazar IC, Correa D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colomb Psicol.* 2008;11:101-13.
  16. Salas Abarca P, Chamizo García HA. Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc* [Internet].2002 [citado 1 de octubre 2015]; 10(1): 67-78. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592002000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000100006&lng=en&nrm=iso)
  17. 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.
  18. Tapias L. Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema. *Revista ces mov. salud.* 2014; 2(1):23-30.
  19. Alonso M, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Ayión R, Gangoso A, et al. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. *Salud Madr.* 2006;3(8):31-8.
  20. Libertad MA, Grau Abalo JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *The study of therapeutic adherence as a problem of Health Psychology.* *Psicología y Salud.* 2004;14(1):89-99.
  21. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado 1 de octubre 2015];32(1). Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu13306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm)
  22. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Med Chile.* 2007;135:647-52.
  23. Michie S. Patient-centredness in chronic illness: what is and does it matter. *Patient Education Counseling.* 2003;51:197-206.
  24. Téllez A. Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2004 [citado 1 de octubre 2015]; 132(12 ): 1453-1455. Disponible en:

- [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004001200001&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001200001&lng=es)
25. Bulthuis Y, Mohammad S, Braakman Jansen LM, Drossaers Bakker KW. Cost-effectiveness of intensive exercise therapy directly following hospital discharge in patients with arthritis: results of a randomized controlled clinical trial. *Arthritis & Rheumatism*. 2008; 59(2): 247-54.
  26. Basas A, Fernández C, Martín JA. Tratamiento fisioterápico de la rodilla. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 2003:293-300.
  27. Miralles I, Beceiro, Montull S, Monterde. Fisopatología de la rigidez articular: bases para su prevención. *Fisioterapia*. 2007;29(2):90-8.
  28. Sociedad Española de Reumatología. Primer Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el Tratamiento Farmacológico de la Artritis de Rodilla. *Reumatol Clin*. 2005:38-48.
  29. Noceda JJ, Moret C, Lauzirika I. Tratamiento del dolor osteomuscular crónico. *Aten Primaria*. 2007;39(1):29-33.
  30. Prada Hernández D, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón J, Hernández Cuellar I, Porro Novo J, Cabreja Gilberto L, Gil Prada J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana de Reumatol [Internet]*. 2013[citado 1 de octubre 2015];13(17). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/32>

---

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 25 de octubre de 2015

Aprobado: 18 de diciembre de 2015

Publicado: 8 de marzo de 2016

Autor responsable para la correspondencia: Lic. Luis Alberto Poalasin Narváez. E-mail: [luispoalasin@yahoo.es](mailto:luispoalasin@yahoo.es)  
Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.