



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

INFLUENCIA DE LA SALUD MENTAL POSITIVA SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO BASADO EN EJERCICIO FÍSICO EN ADULTOS.

Llúcia Benito Nicolau

Grado de: Fisioterapia

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año académico 2020-21

INFLUENCIA DE LA SALUD MENTAL POSITIVA SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO BASADO EN EJERCICIO FÍSICO EN ADULTOS.

Llúcia Benito Nicolau

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universitat de les Illes Balears

Año académico 2020-21

Palabras clave del trabajo:

Adherencia, rehabilitación, ejercicio físico, Salud mental Positiva (SM+), fisioterapia.

Nom del tutor / la tutora del treball: losune Salinas Bueno

Autoritz la Universitat a incloure aquest treball en el repositori institucional per consultar-lo en accés obert i difondre'l en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen:

En la práctica clínica nos preguntamos cómo podemos aumentar la adherencia al tratamiento basado en actividad física y observamos que, aquellos pacientes con predisposición y actitud positiva, que siguen las pautas recomendadas, viven el proceso de manera más llevadera e incluso pueden mejorar antes de lo esperado, respecto aquellos pacientes con actitudes pesimistas o decaídos. En el presente trabajo queremos ahondar sobre cómo la Salud mental Positiva (SM+) puede influenciar en la adherencia al tratamiento basado en ejercicio físico en adultos.

La adherencia a un tratamiento disminuye los costes económicos de la atención sanitaria, mejora la calidad de vida de las personas, ayuda al manejo de la enfermedad y sus efectos. La SM+ es un factor estrechamente relacionado con la adherencia que se puede modificar para aumentar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, disminuyendo los costes en sanidad.

Ambas entidades se componen de múltiples factores que se interrelacionan entre sí, por esto, se dificulta su estudio y la aplicación de estrategias protocolarias. La búsqueda de información para este trabajo se realizó en Medline, BVS, Scielo y EBSCOHOST, donde se encontraron un total de 114 resultados, de los cuales 20 artículos se eligieron para la realización del trabajo según los criterios de inclusión y exclusión.

Como conclusiones extraemos que hay una estrecha relación entre la SM+, la adherencia y el ejercicio físico, y que estos componentes se retroalimentan de manera positiva o negativa, dependiendo de la casuística de cada factor que los compone.

Palabras clave:

Adherencia, rehabilitación, fisioterapia, ejercicio físico, Salud mental Positiva (SM+)

Índex

	Página
Introducción	5
1. Adherencia	5
1.1 ¿Por qué es importante la Adherencia terapéutica?	6
1.2 Efectividad del tratamiento.	6
1.3 Factores de la adherencia	7
2. Adherencia y Salud Mental Positiva	11
6 criterios generales de la SM+ de Jahoda (1958)	13
Objetivos del trabajo	14
Estrategia de búsqueda	15
Resultados	17
Discusión	24
Conclusiones	25
Bibliografía	28
Anexo	31

Introducción

En la práctica clínica podemos observar dificultades para promover y lograr adherencia a los tratamientos propuestos, dificultades a la hora de aplicar cambios de hábitos, y una intervención pasiva tanto por parte del paciente como por parte del profesional sanitario.

Hemos podido observar que si un paciente tiene más predisposición a una actitud positiva y está dispuesto a realizar cambios en el estilo de vida, la manera en cómo vive el proceso es más alentadora y se obtienen mejores resultados, respecto a aquel paciente con actitud derrotista.

Además, la no consecución de la adherencia al tratamiento trae consecuencias desfavorables en la calidad de vida de la persona y un gasto económico mayor.

Es por esto por lo que nos surge la pregunta sobre cómo la Salud Mental Positiva (SM+) influencia sobre la adherencia al tratamiento basado en actividad física en adultos.

Mediante esta búsqueda, conoceremos los factores asociados a la adherencia, qué impacto económico tiene la no consecución de esta; de qué manera se puede fomentar a que el paciente sea más activo en su proceso, que mejore su salud y calidad de vida, y, si es posible, que la resolución del problema suceda antes, disminuyendo los costes en sanidad.

1. Adherencia

La adherencia al tratamiento terapéutico es el nivel de realización de las pautas terapéuticas por parte de la persona usuaria, ofrecidas por el profesional sanitario. Estas pueden ser farmacológicas, cambios de hábitos y/o recomendaciones higiénico-dietéticas (OMS 2004).

En el caso de adherencia al ejercicio se define como la medida en que un paciente actúa de acuerdo con la pauta acordada, la dosis del ejercicio y en la dosificación de dicho ejercicio (Borg et al., 2017)

La adherencia a un tratamiento disminuye los costes económicos de la atención sanitaria, aporta beneficios en la salud de los pacientes y disminuye el riesgo de recaídas, cronicidad, y, en caso

de enfermedades transmisibles, disminuye la transmisión, mejorando la calidad de vida de la persona (OMS, 2004).

Una pobre o nula adherencia al tratamiento pautado por el profesional sanitario se traduce en la disminución de efectividad del tratamiento, empeoramiento de la calidad de vida, de la enfermedad y en la dependencia al tratamiento (especialmente a fármacos opioides), aumenta la morbilidad y la mortalidad. Todo esto, aumenta el gasto público sanitario por el incremento de costes de atención ambulatoria, las hospitalizaciones clínicas y los días de hospitalización y con ello el aumento del gasto en pruebas médicas, en medicación y tratamientos sanitarios (Dilla et al., 2009).

Sabiendo todo esto, ¿por qué no se alcanza la adherencia terapéutica en la práctica clínica? ¿de qué o de quiénes depende la adherencia?

1.1 ¿Por qué es importante la Adherencia terapéutica?

Invertir en políticas y acciones basadas en la consecución de la adherencia reporta un beneficio superior respecto al

coste final de 1:10. La OMS (2004) asegura que “en los países desarrollados, la adherencia a largo plazo de la población general es de alrededor de 50%, y resulta mucho menor en países en desarrollo”. A esta problemática, se le suma la creciente carga de enfermedades crónicas.

Se ha observado que la adherencia del tratamiento en enfermedades crónicas disminuye (Dilla et al., 2009). Esto se podría explicar por diferentes factores como la dificultad para seguir las recomendaciones terapéuticas, la dificultad o la incapacidad al acceso sanitario, a medicamentos y al tratamiento, la evolución de las propias enfermedades crónicas, los servicios administrados de las entidades sanitarias, el desconocimiento de la enfermedad por parte de la persona afectada, así como la falta de motivación, la falta de comunicación entre personal sanitario y la persona usuaria, entre otras (OMS, 2004)

1.2 Efectividad del tratamiento.

La adherencia es un **modificador de la efectividad** de un sistema de salud, así lo señala la OMS en su manual *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción* (2004), donde

informa que los resultados de salud de un sistema deben fundamentarse sobre la eficacia de un tratamiento y este depende de la adherencia conseguida en dicho tratamiento.

Si se mejora la adherencia terapéutica, aumentará la efectividad del tratamiento, más allá del las mejoras y adelantos en tecnología del mismo tratamiento. Esto quiere decir que, aunque haya adelanto tecnológico sobre un tratamiento, esto no implica éxito asegurado, no si no existe adherencia al mismo o a algunas de sus partes (OMS, (2004); Dilla et al., (2009)).

En resumen, podemos decir que la promoción de la adherencia terapéutica puede reducir la diferencia entre eficacia clínica y su efectividad.

1.3 Factores de la adherencia

La adherencia terapéutica es un ente muy estudiado por la comunidad científica, la cual ha llegado a la conclusión de que es un proceso multifactorial, donde todos los factores se interrelacionan entre sí, como se observa en la figura 1, por ello es difícil aislar una variable, estudiarla y tratarla por sí sola, siendo necesaria la atención y la actuación en cada uno de ellos para asegurar la adherencia al

tratamiento (OMS (2004); Dilla et al., (2009); Ormel (2017); Serpa-Anaya (2021)).

Atrás queda la creencia de que la adherencia se basa en el único factor que depende exclusivamente del paciente y su falta de implicación o de responsabilidad.

La OMS (2004) describe adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” Es decir, el grado en que una persona sigue instrucciones sanitarias y es partícipe de su tratamiento y de los cambios necesarios para mejorar su salud.

Se elimina el término <<paciente>> y la connotación que este término conlleva: ser un sujeto pasivo a la espera de la curación sin nada que ver en el tratamiento de la enfermedad que padece. En cambio, ahora sabemos que el <<paciente>> es una persona usuaria del sistema sanitario, colaboradora y activa en el proceso de su tratamiento.

No existe estrategia definitiva para la medición de la adherencia terapéutica, por esto, la OMS (2004) propone la

medición y evaluación de la adherencia terapéutica desde un enfoque multimétodo.

Los 5 Factores de la adherencia

- Factores sociales-económicos. Los familiares, la comunidad y grupos de apoyo son un factor clave que influye en el comportamiento, en la motivación y en la adherencia al tratamiento. Además, puede reducir el tiempo que dedica un sanitario a la atención de un proceso crónico (OMS (2004); Dilla et al (2009); Greenwood et al. (2012)).

La ausencia o dificultad para el transporte al centro de salud o de rehabilitación, así como la falta de soporte social y dificultades económicas son grandes barreras para el acceso a los servicios sanitarios y, por ende, al tratamiento (Serpa-Anaya et al., 2021).

- Factores del sistema de asistencia sanitaria. El equipo material, el equipo humano, la evaluación, la comunicación, el tiempo del que dispone el profesional, las pautas personalizadas, el asesoramiento y el seguimiento, son algunos de los factores que influyen a la adherencia al tratamiento. (OMS (2004), Dilla et al. (2009); Agarwal y Sarthi (2020); Rahman et al. (2020)).

Para fomentar la adherencia terapéutica, es de vital importancia educar a la persona usuaria en su enfermedad, en su tratamiento, en cómo gestionar la enfermedad, sus causas y sus consecuencias, promover cambios de hábitos de vida saludable y hacer partícipe de todo el proceso a la persona, y de esta manera mejorar la efectividad de las intervenciones de promoción de vida saludable (Dilla et al., 2009).

Se ha observado que la monitorización y el seguimiento del usuario y su tratamiento mejora el resultado del proceso (OMS (2004), Dilla et al. (2009)).

Para poder llevar a cabo lo mencionado hasta ahora, debemos señalar la importancia de la formación de los profesionales de la salud sobre adherencia, la toma de decisiones y razonamiento clínico, además de capacitarles en primeros auxilios psicológicos básicos. (Dilla et al. (2009); Agarwal y Sarthi (2020); Rahman et al. (2020); Serpa-Anaya et al. (2021)).

Según la OMS (2004), es necesario unificar conocimientos y el trabajo **multidisciplinario**, para crear un conjunto de herramientas transversales entre las diferentes disciplinas, de esta manera, todo profesional sanitario tendrá unas bases con las que poder atender y

comunicarse con la persona usuaria y, así, mejorar el servicio sanitario y la adherencia.

- Características de la enfermedad. La duración y el perfil, los síntomas y sus condiciones varían entre enfermedades. Estos factores crearán más o menos barreras para la adherencia, tal y como demuestra la bibliografía (Dilla et al. (2009); Morielly et al. (2017); Ormel et al. (2017)). Según la OMS (2004), las enfermedades crónicas tienen menos adherencia respecto a las agudas, y por ello menos tasa de resolución.

- Factores relacionados con el paciente. Como persona interesada en su salud y tratamiento, el paciente es un factor más a tener en cuenta, pero no el único a la hora de hablar de la adherencia al tratamiento, al menos así lo establece la OMS (2004).

Las creencias, el nivel educativo, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, así como de las explicaciones y pautas sanitarias, el nivel cognitivo y comorbilidades psicológicas o trastornos cognitivos dificultan o imposibilitan el seguimiento del tratamiento y de la adherencia y, por ende, el éxito de éste (Dilla et al., 2009).

La falta de motivación intrínseca es uno de los factores que más frecuentemente se da como causa a la baja adherencia, o lo que es lo mismo, la motivación es un fuerte facilitador de la adherencia y un gran predictor de la misma (Ormel et al. (2017); Rahman et al. (2020)). La motivación depende de la percepción del usuario sobre la importancia del tratamiento, de las creencias sobre éste y de su concepción de autoeficacia. (Maher y Dunton, 2020).

- Factores relacionados con el tratamiento. La complejidad, la duración, experiencias anteriores, efectos secundarios, la percepción del usuario del tratamiento y las creencias sobre éste, disponer de recursos sanitarios para llevar a cabo el tratamiento, son algunos de los factores que pueden promover o interponerse en la adherencia al tratamiento (OMS (2004); Serpa-Anaya (2021)).

La psicoterapia grupal y los grupos de apoyo muestran resultados favorables sobre el entendimiento, el manejo de la enfermedad y la adherencia al tratamiento (Greenwood et al. (2012); Ormel et al. (2017); Agarwal y Sarthi (2020)).

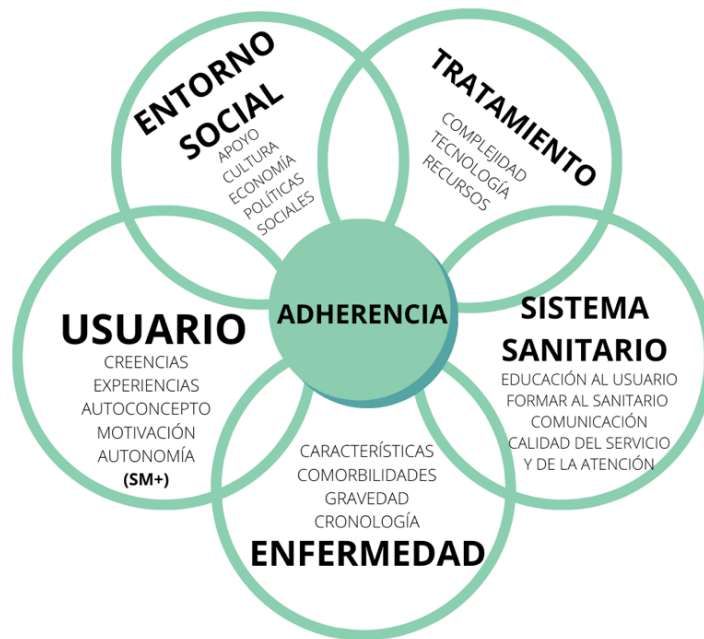


Figura 1. Diagrama sobre los factores de la adherencia.

A continuación, en la figura 2, podemos observar un ejemplo de los factores y su peso, basado en los resultados obtenidos en la investigación sobre la adherencia de Serpa-Anaya (2021):

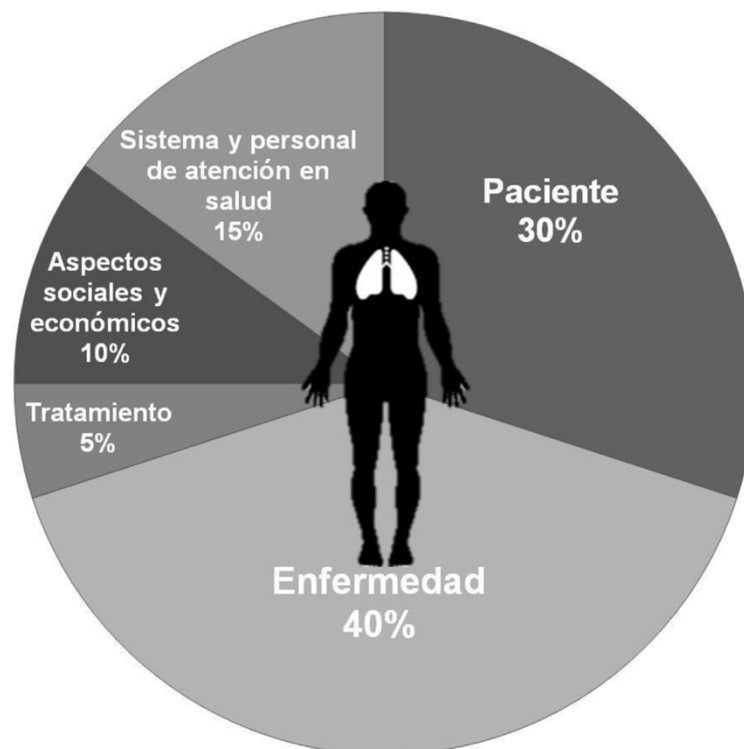


Figura 2. Nota. Adaptado de “La adherencia a los tratamientos de rehabilitación pulmonar: revisión exploratoria” (150.), por DC. Serpa-Anaya, *Rehabilitación* 55.

2. Adherencia y Salud Mental Positiva

La definición de salud mental ha evolucionado durante la historia, llegando a la idea de que la salud mental no es simplemente la ausencia de trastornos mentales, si no que, se añade la presencia de salud mental positiva, un estado de bienestar que permite a una persona ser consciente de sus habilidades, capacidades, lidiar con situaciones cotidianas, ser productiva y eficiente, y, además, aportar a la sociedad (Lluch (2015); Falahat et al. (2019); Agarwal y Sarthi (2020)).

Debemos tener en cuenta que sobre la salud mental intervienen diversos factores y que las definiciones varían según la comunidad estudiada, ya que existen diferencias culturales, por esto, debe observarse y estudiarse según el contexto en el que se encuentre. (Lluch (1999); Vaillant (2012)).

Es pues, la salud mental, entendida como un recurso, unas competencias y capacidades, una figura dinámica influida por determinantes sociales, que ayudan a la persona a mantener su salud y/o a recuperarse, y no únicamente la ausencia de enfermedad (OMS (2004); Agarwal y Sarthi (2020)).

Experta en este campo, que ha dedicado su carrera a la SM+, en definirla y crear un modelo de medición es Maria Teresa Lluch, que inicia su estudio sobre las bases propuestas por Marie Jahoda (1958), pionera en el estudio y en proponer el concepto Salud Mental Positiva.

Lluch (2015) define la SM+ como una entidad dinámica compuesta de pensamientos, sentimientos positivos y negativos, y que conformada por seis factores: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades sociales (figura 3).

El concepto de SM+ es difuso y varía entre escritores (Lluch (1999); Muñoz et al. (2016); Falahat et al. (2019)), es por ello que autores como Lluch (2015) y Muñoz et al. (2016), hacen hincapié en la necesidad de establecer una definición conjunta, y como muestra Lluch en su artículo de opinión, *Promoción de la salud mental positiva*, no hay consenso, ya que según el modelo canadiense, se define SM+ como la capacidad de una persona de disfrutar la vida, afrontar favorablemente los eventos vitales, sentirse emocionalmente bien, tener valores espirituales y estar conectado

socialmente, manteniendo respeto por la cultura, la igualdad, la justicia y la dignidad de las personas. Por otro lado, la comisión europea basa el estudio de la SM+ con un perfil más reduccionista basado en un indicador: la energía y la vitalidad que tiene una persona en su día a día (Lluch 2015).

Es por esto por lo que Lluch arremete exponiendo que, algunos de los anteriores son constructos ambiguos o sin definición por ellos mismos, lo cual dificulta su medición, estudio y análisis. Finalmente, la autora basa su tesis doctoral en la creación de una escala de SM+ (Lluch, 1999), con la que poder evaluar y en la cual propone una visión positivista de la salud, al contrario que la visión médica que se ha tenido desde los inicios basada en la enfermedad, en su tratamiento y su curación, y el paciente como un mero espectador del proceso. Lluch, junto otros autores, propone una visión basada de la salud, en la participación de la persona usuaria, en la prevención y la promoción de la salud y de hábitos saludables. El nuevo paradigma reside en enfocarse en las fortalezas y capacidades de las personas para obtener y mantener su salud y bienestar, es decir, una SM+ alta (Lluch (1999); Vaillant (2012)).

Se proclama el factor **Autonomía** de la persona como un criterio fundamental de la SM+ y un objetivo principal en el tratamiento, la promoción y la prevención en salud (Lluch, 1999), regla la cual hemos podido observar que se hace hueco en la sanidad y en la práctica clínica de fisioterapia en la actualidad.

Para finalizar con su discurso, Lluch expone la necesidad de políticas de distribución de recursos, adaptadas a las necesidades reales optimizando los medios disponibles bajo criterios de coste-beneficio, incrementar la calidad de la asistencia sanitaria, evaluando la calidad percibida por la persona usuaria y su satisfacción, haciéndola participe del sistema de salud, y por último, refuerza la idea de usar conceptos positivos basada en la promoción de salud para eliminar la terminología negativa (Lluch, 1999). En la revisión sistemática sobre la construcción del concepto de SM+ Muñoz et al. (2016), refuerza la idea que reúne las definiciones de la OMS (2004) y de Lluch: “La salud mental positiva no debe ser entendida como la antinomia del trastorno mental, la ausencia de enfermedad o la simple suma de atributos personales. Es importante avanzar en el desarrollo de modelos

conceptuales que servirá como fundamento para el abordaje de la salud mental desde un enfoque centrado en la promoción de la salud”.

“<<Si la salud es buena, las enfermedades serán más fácilmente vencidas>> - Font, (1983)”. (Lluch, 1999)

De modo anecdótico, para interés del lector, nombraremos los 6 criterios de la SM+ propuestos por Jahoda (1958) y sobre los que Lluch basó su investigación, sin indagar en ellos, ya que no es la intención de este trabajo.

6 criterios generales de la SM+ de Jahoda (1958) (Muñoz et al., 2016)

- Actitud hacia uno mismo: autoconcepto y sentido de la identidad, consciencia y autoestima.

- Crecimiento y autorrealización: sentido de la vida y actuar con coherencia.

- Integración: asimilación y aceptación de eventos que suceden en la vida de una persona, independientemente de la connotación que ésta le atribuya.

- Autonomía: sinónimo de independencia y autodeterminación, así de cómo se relaciona con el exterior y con la toma de decisiones.

- Percepción de la realidad: la capacidad de observar y vivir los eventos de manera objetiva, sin caer en juicios y la capacidad empática hacia los demás.

- Dominio del entorno: realización de la persona (éxito y alcance de resultados) y adaptación de la persona en el transcurso del proceso para llegar a un fin.

- Dominio del entorno: realización de la persona (éxito y alcance de resultados) y adaptación de la persona en el transcurso del proceso para llegar a un fin.

Como indican Falahat et al. (2019), en su estudio cualitativo, los determinantes sociales de los trastornos mentales y de la SM+ difieren entre culturas, es por ello que se deben identificar los determinantes sociales de una comunidad a la hora de estudiarlos y de crear intervenciones sobre la comunidad o sobre un individuo.

Como afirma Pierobon et al. (2017), a la persona hay que observarla de forma holística, las características que posee, las creencias y motivaciones, los factores psicológicos, las características de la enfermedad o de la situación que padezca, el entorno social, sanitario, político, etc, todas ellas interrelacionadas que le llevan a tomar unas decisiones u otras, a tener unos

comportamientos u otros, a adherirse o no al tratamiento propuesto.

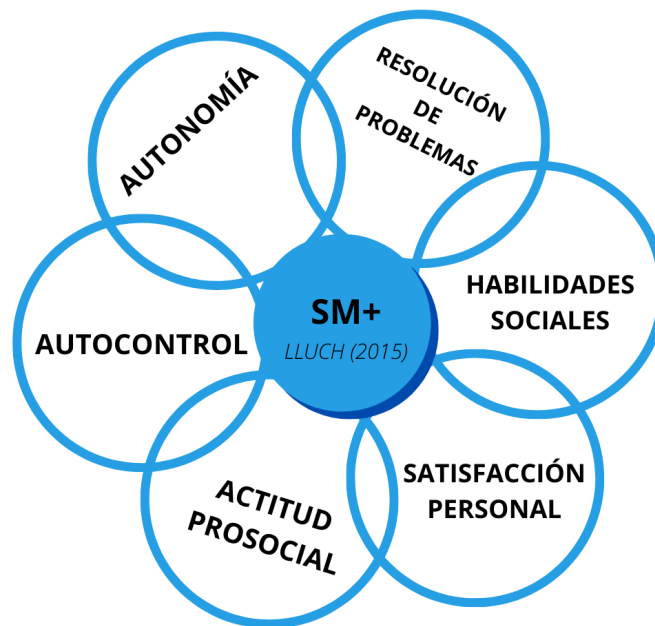


Figura 3. Relación de los seis factores de la SM+ de Lluich (2015)

Objetivos del trabajo

General:

- Determinar la influencia de la SM+ con la adherencia al tratamiento de ejercicio terapéutico.

Específicos:

- Determinar la relación entre SM+ y la edad de la persona.
- Determinar la relación entre SM+ y las experiencias previas de la persona.
- Determinar la relación entre SM+ y las características socio-culturales de las personas.

Estrategia de búsqueda

En Marzo del 2021 se realizan las siguientes consultas:

Se realiza la búsqueda de salud mental positiva, sin resultado en DECS.

Búsqueda	Español	Inglés	Consultado en
Adherencia al tto	Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento	Treatment Adherence and Compliance	DECS/MESH
Salud mental	Salud mental	Mental health	Decs/MESH
Terapia física	Fisioterapia	Physical Therapy Specialty	Decs/MESH
Rehabilitación	Rehabilitación	Rehabilitation	DECS/MESH
Pediatría	Pediatría	Pediatrics	DECS
Terapia física	Fisioterapia	Physical Therapy Specialty	DECS/MESH
Treatment	-	Therapy	MESH
Therapy	-	Rehabilitation	MESH

Este documento se basa en los conceptos y los resultados que se muestran en 20 artículos seleccionados de entre 114 artículos encontrados en la fase de búsqueda en Medline, BVS, EBSCOHOST y mediante una búsqueda en bola de nieve, basados en los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión:

- Adultos, personas mayores y adolescentes.
- Ambos sexos
- Revistas y documentos de psicología y de las ciencias de la salud
- Fisioterapia
- Rehabilitación.

Los criterios de exclusión:

- Psiquiatría
- Pediatría
- Desordenes mentales y discapacidades mentales
- Adherencia a la medicación.
- VIH

Se realiza una búsqueda en Medline, día 8 de Marzo del 2021 mediante los booleanos (Mental health) AND (treatment adherence and compliance)

AND (rehabilitation) NOT (pediatrics) entre el año 2011 al 2021. Da como resultado 30 artículos, de los cuales usamos 7.

En Scielo se realiza una primera búsqueda con: (Mental health) AND (Treatment Adherence And Compliance) AND (Rehabilitation) NOT (pediatrics), de l'any 2011 a 2021. Surgen 2 resultados, que no incluimos por criterios de exclusión.

En BVS se realiza la búsqueda con: (Mental health) AND (Treatment Adherence And Compliance) AND (Rehabilitation) NOT (pediatrics), entre 2011 a 2019 con los siguientes filtros: Humanos, adultos, ancianos y adolescentes; cooperación del paciente, terapia del ejercicio, terapia cognitivo-conductual, conocimientos, actitud, práctica en salud, ejercicio físico, motivación. En revistas de medicina, terapéutica, psicología, Servicios de salud y salud pública. Da como resultado 80 entradas, de las cuales elegimos 2.

Día 30 de Abril del 2021 se realiza una búsqueda en EBSCOHOST, con el objetivo de aumentar los resultados de búsqueda sobre SM+, mediante la palabra clave Positive Mental Health en

publicaciones entre el año 2011 y 2021, en “Psychology and Behavioral Sciences Collection” y “Academic Search Complete”, entre publicaciones y publicaciones académicas. Término de búsqueda: patient compliance, motivation, community Health nursing, nurse-patient relationship. Se encuentran 2 resultados. De estos dos resultados se realiza una búsqueda en bola de nieve y se seleccionan 11 artículos.

Resultados

A continuación, desarrollaremos los resultados obtenidos según los factores que la literatura recoge como más importantes y predictores de la adherencia al tratamiento y la SM+. Estos son: la salud mental, la motivación, las características de la enfermedad, los factores socio-económicos y culturales.

Salud mental

En lo que respecta a la salud mental, en un informe de un caso ejemplo (Wilson, 2020) sobre la identificación de factores que influyen en la adherencia a un programa de ejercicio para adultos con úlceras venosas en las piernas, concluyó que la depresión estaba significativamente relacionada con la

adherencia a la terapia de compresión. Además, el factor miedo también es un factor que influye en la adherencia (O’Brien et al., 2016). El miedo al dolor es un gran factor que disminuye la adherencia al ejercicio en pacientes con dolor crónico, concretamente, esta conclusión hace referencia a usuarios que padecen fibromialgia (Ang et al., 2011).

Una buena salud mental se asoció positivamente con la adherencia al ejercicio durante el tratamiento en pacientes oncológicos rectales, pero se atribuyó un resultado negativo al finalizar el tratamiento, es decir, al finalizar el proceso, dejaban de tener adherencia al ejercicio. Los autores dan una posible explicación a que aquellos pacientes que tenían buena salud mental al finalizar creyeran que ya no necesitaban realizar ejercicio, o bien que, al finalizar el proceso, la salud mental se haya visto influenciada por el proceso, alterando la asociación positiva de la adherencia al ejercicio (Morielli et al., 2017).

Respecto a la condición física, se ha relacionado mayor índice de masa corporal junto un alto nivel de depresión y menor ansiedad como predictor de la baja adherencia al tratamiento no farmacológico, en pacientes de

rehabilitación pulmonar (Pierobon et al., 2017).

Es más, al incorporar un programa de ejercicios el paciente obtendrá mejoras en la capacidad física y, además, tendrá resultados beneficiosos en la recuperación psicológica. Estas son las conclusiones que pudieron obtener en el estudio sobre la aplicación de un programa de rehabilitación basado en ejercicio físico sobre pacientes en proceso de rehabilitación renal. Los pacientes que llevaron a cabo el programa propuesto de manera supervisada mejoraron su capacidad física y funcional en un 44% y de hasta un 35%, respectivamente. Además, obtuvieron mejoras en ansiedad (16%) y en depresión (28%) (medido mediante puntuación HAD, por sus siglas en inglés Hospital Anxiety and Depression score). (Greengood et al., 2012)

Según el estudio sobre la necesidad de intervención psicológica para mejorar la adherencia en pacientes con tuberculosis, se indica que la salud mental interfiere en el resultado de la enfermedad y tiene una estrecha relación con el bienestar del paciente, su comportamiento (búsqueda de ayuda y tratamiento, el cumplimiento del tratamiento y el nivel de adherencia al tratamiento) y los resultados de la

enfermedad. Es necesaria la educación sobre la enfermedad, atención psicológica, dotar de herramientas y recursos, así como un diagnóstico adecuado, el tratamiento y rehabilitación específicos (Agarwal y Sarthi, 2020).

Pierobon y su equipo concluyen en su estudio sobre adherencia, factores psicosociales y deterioro cognitivo leve en rehabilitación pulmonar que, al haber mayor aceptación y adaptación de la enfermedad, da como resultado menor depresión, ansiedad y mejoras funcionales motoras (Pierobon et al., 2017).

A lo que respecta sobre las creencias sobre la enfermedad, en un meta-análisis, realizado por Aujla et al. (2016), basado en el <<Common Sense Model>> sobre si las creencias sobre la enfermedad son predictoras de la adherencia a conductas de autocuidado como la asistencia a las citas, la adherencia a la medicación, hábitos dietéticos y actividad física, obtenemos como resultado que no hay relación significativa entre las creencias y la adherencia a estas conductas. Tampoco es predictivo si la enfermedad es crónica o aguda.

Como se explica en la introducción, la salud mental no es únicamente la

ausencia de trastornos mentales, si no que también depende de la presencia de SM+, como demuestran diferentes estudios realizados, donde se observan diferentes niveles de SM+ en pacientes con trastornos mentales, que, como se ha indicado anteriormente, depende de diferentes factores.

Es por ello por lo que, según los estudios realizados, se determina que un bajo nivel de SM+ es un factor de riesgo para desarrollar depresión, aumentando la probabilidad de trastornos físicos como enfermedades cardiovasculares, así como la mortalidad. En cambio, una alta SM+ contribuye a la promoción de la salud mental comunitaria. (Falahat et al., 2019). Los resultados en la investigación sobre la necesidad de intervenciones psicológicas para mejorar la adherencia en el tratamiento de la tuberculosis correlacionan positivamente la salud mental con la salud física (Agarwal y Sarthi, 2020).

Los factores significativos para tener en cuenta a la hora de favorecer los resultados de la enfermedad son: la salud mental, los recursos, el género, la educación, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, las responsabilidades que tiene y la localidad, por ello, deben tenerse en

cuenta a la hora de realizar intervenciones (Agarwal y Sarthi, 2020).

La bibliografía expone la importancia de la educación sobre la enfermedad a los pacientes y a las familias, dotar de recursos para las habilidades de la vida diaria y aportar atención psicológica, de esta manera, influir positivamente sobre la adherencia al tratamiento.

Además, Vaillant (2012), aclara que los fármacos pueden aliviar las enfermedades mentales, pero no mejoran la función cerebral. Según él, la única manera de promover la salud mental se lleva a cabo mediante educación cognitiva, conductual y psicodinámica.

Motivación

La adherencia a un tratamiento, en concreto a la actividad física y al movimiento, depende de múltiples factores, como ya hemos visto. Según la literatura encontrada, uno de los constructos más importantes, que pertenecen a la SM+, es la motivación y la autoeficacia, es decir, la percepción que tiene una persona de sus capacidades para realizar una acción y a conseguir un objetivo de manera eficiente (Maher y Dunton, 2020).

Según los resultados extraídos del estudio sobre los predictores de la adherencia al ejercicio en pacientes con cáncer rectal, sugieren que las variables demográficas, los efectos secundarios de la enfermedad respecto al tratamiento y la variable motivación pueden ser predictores importantes de la adherencia en usuarios con esta patología y en un entorno clínico parecido. Los autores reportan que la adherencia durante el proceso fue significativamente mejor para pacientes del sexo femenino, jóvenes, casadas, con mejor salud mental, menos síntomas secundarios, que anticipaban el disfrute de la actividad y que tenían más apoyo y motivación (Morielli et al., 2017).

La motivación y los comportamientos relacionados con ejercicio no son estáticos en una persona ya que son dependientes de otros factores, por esto es importante trabajar conjuntamente profesional y usuario planteando rutinas y pequeños cambios de hábitos que se adapten especialmente a la persona y a su estilo de vida y evitar la corriente de aplicar grandes cambios, ya que se ha observado que no es tan efectivo a largo plazo (Maher y Dunton (2020); Wilson (2020)).

En lo que respecta al género y motivación, el estudio sobre la actitud, la

motivación en personas adultas y ancianas respecto a la actividad física realizado sobre población china, concluye que la motivación disminuye con la edad, y son las mujeres que la mantienen en el tiempo, respecto a sus homólogos masculinos. Además, su actitud hacia la actividad física es más proactiva y positiva. Cabe destacar que han observado que el efecto de las actitudes puede variar según el tipo de actividad y la condición física en la que se encuentra la persona (Rahman et al., 2020).

Las actividades que crean disfrute, gozo, entusiasmo y placer necesitan de menos motivación extrínseca (aquella que proviene de una fuerza externa) ya que, todas esas cualidades motivan intrínsecamente a la persona a realizar la actividad y el ejercicio. Para aumentar la motivación intrínseca, este estudio aporta un resultado favorable a consecuencia de haber recibido apoyo, y esto se traduce en que las personas se sientan autónomas capaces y, además, mejora positivamente las creencias hacia el comportamiento deseado (Rahman et al. 2020). Este hallazgo refuerza la idea expuesta en la introducción: el técnico debe conocer, preguntar, proponer y consensuar el tratamiento de tal manera que el usuario no necesite de motivación

extrínseca y pueda mantener las pautas a largo plazo por que las ha incorporado en su vida diaria.

Ormel concluye que los factores predictores de una alta adherencia al tratamiento mediante ejercicio físico después de la intervención de la enfermedad son sociodemográficos (apoyo social y familiar, feedback de los técnicos), físicos, fisiológicos y de conducta (tener una alta autoeficacia y alta motivación para realizar ejercicio y no fumar). A mayor disposición al cambio de hábitos y mayor motivación, se logra mayor adherencia (Ormel et al., 2017).

Las características de la enfermedad

En un estudio sobre la adherencia en el tratamiento de rehabilitación pulmonar los factores barrera más mencionados son los efectos propios de la enfermedad y su gravedad, el hábito del tabaquismo, impedimentos respecto al transporte, depresión, ansiedad y disnea. Detrás de estos factores quedarían la baja percepción del beneficio del tratamiento, débil apoyo social, recursos escasos, la edad del usuario (cuanta más edad, menos adherencia) y una baja motivación para llevar a cabo el proceso (Serpa-Anaya et al., 2021).

Por otro lado, se observa que los facilitadores más reportados respecto a la adherencia de rehabilitación pulmonar son la capacidad de autogestión de la enfermedad, un gran apoyo social y profesional, tener una percepción beneficiosa de la rehabilitación y poseer recursos económicos (Serpa-Anaya et al., 2021)

En la revisión sistemática de Ormel et al. (2017) sobre los predictores de la adherencia al ejercicio durante y después del tratamiento de cáncer, concluye que la adherencia no depende de un solo factor, si no que los factores varían según el tipo de cáncer y según las etapas de tratamiento de cada enfermedad.

Apoyo social, factor cultural y económico.

La motivación también se cultiva mediante actividades que involucren al entorno social y familiar, concretamente con actividades físicas o culturales, aumentando así el nivel de actividad física de la persona. Una vez más se demuestra cómo el factor social es un pilar base para la salud y para la adherencia a un tratamiento, en este caso concreto, la actividad física (Rahman et al., 2020).

En el área socioeconómica se observa que, en pacientes con patología pulmonar, los dos factores que más influencia tienen son el desplazamiento (capacidad de asistir al centro, adaptaciones en la vida cotidiana tanto en movilidad como soporte técnico) y el apoyo social. Además, estos dos factores se ven agravados por la avanzada edad que suelen tener los pacientes con patología pulmonar y las consecuencias que conlleva (Serpa-Anaya et al., 2021).

En el área socio-cultural y económica, los datos indican que estos determinantes son un factor clave en la salud mental. La edad, el nivel educativo, el desempleo, el apoyo social, el acceso a recursos materiales y económicos, etc, determinan el nivel de SM+ y la posibilidad de sufrir depresión (Falahat et al., 2019). Se ha podido observar que los pacientes con mayor apoyo familiar sufrían síntomas depresivos más bajos (Pierobon et al., 2017).

Como podemos observar, la SM+ no depende únicamente de uno o dos factores, o se basa únicamente en factores que podríamos suponer esenciales, como el factor económico, el cual se ha estudiado su influencia respecto a la SM+ y se ha observado que no tiene relación lineal, al igual que el nivel educativo. Es más, se ha

evidenciado que, en algunos casos, a más ingresos económicos la SM+ disminuye debido a las preocupaciones que conlleva poseer mayor cantidad de dinero, así lo evidencia el estudio cualitativo de Falahat et al. (2019), en el cual los participantes consideran los ingresos como “un arma de doble filo”, ya que la escasez o el exceso resultan problemáticos y reducen la SM+.

Este estudio cualitativo del cual hablamos se realizó en una población iraní en la que participaban tanto expertos en salud mental, psicólogos y psiquiatras, como ciudadanos de la zona.

Según los expertos, el factor educativo es clave en la promoción de SM+ y siempre debe ir acompañada de formación en habilidades para la vida, ya que, la educación, en concreto la universitaria, por si sola no promueve la SM+, pero si puede ayudar a promover la salud mental gracias a la identidad que adquiere la persona (Falahat et al., 2019).

Para los participantes del estudio mencionado, tener trabajo es importante y positivo en lo que a salud mental se refiere y atribuye esperanza, motivación, determinación, además si se dispone de un buen estado financiero, asegura la SM+ de las personas. El trabajo y el miedo a perderlo es una fuente de

angustia, depresión y estrés (Falahat et al., 2019). Este dato coincide con los resultados del estudio sobre pacientes con tuberculosis, en el cual, el 27% de los pacientes desempleados estaban más angustiados respecto al 35% de pacientes empleados (Agarwal y Sarthi, 2020).

Las condiciones de trabajo se declaran como uno de los factores sociales más importantes que afecta a la SM+ para los participantes del estudio iraní. Además, los expertos indicaron que las condiciones laborales eran un factor determinante de la SM+, ya que, la falta de interés, de propósito vital, la motivación y la incapacidad de lidiar con el estrés son factores que afectan a la SM+ (Falahat et al., 2019).

Con lo que respecta al género, los expertos encuestados en el estudio de Falahat et al. (2019) indicaron como determinante este factor, explicando que las diferencias entre géneros en la sociedad iraní se deben a la cultura y los valores de la sociedad. Curiosamente, los hombres encuestados no percibían diferencias entre género en lo que respecta a SM+, en cambio las mujeres sí hicieron notar la diferencia que percibían entre hombres y mujeres, manifestando que creían que los hombres disponían de una SM+ más alta

debido a unas expectativas bajas, mejor habilidad de resolución de problemas, mayor paciencia, más tranquilidad y menor estrés.

Así lo corrobora el estudio sobre la tuberculosis, en el cual se demuestra que el género masculino poseía mejor salud física y mental respecto al femenino, siendo las mujeres más propensas a la depresión, en cambio los hombres son propensos a malos hábitos y a la no adherencia. Otros factores sensibles que afectan los resultados sobre el estudio de la tuberculosis fueron el nivel adquisitivo, el nivel de educación y la edad de la persona, siendo desfavorable la pobreza, un nivel bajo educativo y mayor edad (Agarwal y Sarthi, 2020).

En lo que respecta al lugar de residencia, los encuestados reportaron que vivir en zonas rurales está asociado con una SM+ más alta, ya que “tienen menores expectativas y vive con mayor paz y menos estrés” (Falahat et al., 2019). En contraposición a lo explicado en éste y otros estudios, el estudio sobre la tuberculosis indica lo contrario, es decir, que la población urbana se relaciona con una buena salud fisiológica y física respecto a poblaciones rurales (Agarwal y Sarthi, 2020). Esta diferencia de resultados puede explicarse por

diferentes factores como el nivel de desarrollo de la población estudiada y factores político-sociales, entre ellos el sistema sanitario de cada población.

Discusión

A lo largo de este trabajo hemos podido ahondar sobre qué entienden los expertos sobre **adherencia** y qué factores se establecen como modificantes de la misma. También, qué se entiende por **salud mental positiva**, así como los factores que la promueven, y, como hemos podido observar, este concepto es propuesto y estudiado desde 1958, de la mano de Jahoda, pero hasta el día de hoy no hay consenso entre los expertos más allá de los factores que la conforman.

A pesar de esto, podemos cerciorar que la SM+ es un componente del factor “Paciente” que interviene en la adherencia, que este factor tiene un gran peso en la consecución de los objetivos sobre adherencia terapéutica y que, a su vez, se ve influenciado por los otros 4 factores, es por ello por lo que puede resultar beneficioso crear políticas y tratamientos enfocados a la consecución de una alta SM+. La corriente actual define a la persona usuaria como persona autónoma, con capacidad de decisión y activa, para ello, el profesional sanitario debe educarle en

la enfermedad, brindarle la posibilidad de hacerse cargo de su proceso y pactar conjuntamente el tratamiento más afín para el paciente, con el fin de mejorar la adherencia.

La práctica de ejercicio físico tiene relación directa con la condición física y la salud mental que posee una persona, disminuyendo la posibilidad de sufrir depresión, mejorando la SM+ y la adherencia a un tratamiento propuesto, como puede ser el ejercicio terapéutico.

Estos factores se retroalimentan: al aumentar la SM+ aumenta la predisposición a realizar ejercicio físico, aumenta la motivación, la autopercepción y la autorealización, llevándose a cabo la adherencia, manteniendo o mejorando de nuevo la SM+.

Respecto a los objetivos específicos planteados, podemos observar que la edad interviene tanto en la SM+ como en la adherencia. Cuanto mayor es la edad de la persona tiende a disminuir la adherencia y la SM+. El factor edad no es modificable, pero quizás se podría generar políticas de prevención para modificar el resultado.

Las experiencias previas pueden modificar la percepción del usuario,

tener un impacto en su SM+ y por ello en la adherencia. Este componente tampoco es modificable en sí mismo, pero si es modificable cómo el usuario interpreta las situaciones pasadas, presentes y futuras y esto es posible mediante intervenciones psicológicas.

Por último, pero no menos importante, se puede observar el gran peso del factor socio-cultural. La situación laboral, el género, el lugar de residencia, el nivel de educación y el poder adquisitivo, así como las políticas sociales, son factores que pueden modificar la SM+ de las personas y la adherencia al tratamiento.

Además, incluir a la comunidad y a las familias en el proceso y en el tratamiento terapéutico, así como la creación de grupos de apoyo, tienen gran impacto sobre la adherencia y la SM+.

En lo que respecta a la salud mental, observamos la importancia de la formación multidisciplinaria del profesional para poder atender integralmente a la persona usuaria, la necesidad de educar al paciente y a las familias sobre la enfermedad y la importancia del tratamiento y su cumplimiento.

La atención psicológica es un pilar fundamental para asegurar la SM+ y la aceptación de la situación padecida tanto

del usuario como de los familiares, de esta manera prevenir comorbilidades como la depresión.

El peso de los factores de la adherencia variará dependiendo de la enfermedad que se esté tratando, pero se hace evidente en los resultados la importancia de la enfermedad y sus características como factor determinante de la adherencia, así como la importancia del factor “paciente” y su nivel de SM+, que pueden influenciar la adherencia al tratamiento y su resultado.

A través de la observación de los resultados obtenidos, surge la duda sobre cuál es la causa y cual es el efecto. Es decir, ¿Es la SM+ la que interfiere en el comportamiento o es la realización de dicho comportamiento la que promueve la SM+?

Nos aventuramos a declarar que causa-efecto se retroalimentan, y que es la SM+ la causa que crea el comportamiento (efecto), y este efecto, da como resultado el refuerzo positivo que conduce repetir el comportamiento, a la vez que se aumenta o se mantiene la SM+.

Puede ser interesante resolver esta duda en un futuro para mejorar las intervenciones terapéuticas y para que la

persona usuaria aumente su empoderamiento.

Conclusiones

La adherencia es un determinante de la efectividad del tratamiento y, aun que no es posible establecer una única estrategia de intervención o un protocolo de intervención para aumentar la adherencia por las razones comentadas anteriormente, las bases de la intervención deben ir encaradas a resolver los factores débiles que se puedan presentar y potenciar los puntos fuertes con los que cuenta la persona y el entorno.

Tanto los factores de la adherencia como los factores de la SM+ se relacionan entre sí en un engranado multifactorial e interdependiente, difícilmente de aislar unos de otros, y por esto mismo, parece difícil estudiar cada factor por sí solo.

La SM+ es un factor importante que puede modificar el nivel de adherencia del tratamiento basado en ejercicio físico. Además, el ejercicio físico es una actividad que retroalimenta la SM+, aumentando la adherencia. Aporta beneficios físicos y mentales a las personas que lo realizan.

La edad y el género, las experiencias previas de las que parte, así como el entorno, la cultura y el nivel económico, pueden modificar el nivel de SM+ que tenga esa persona: el autoconcepto que tenga sobre sí misma, el grado de autoestima, la percepción de autorealización, la percepción de la realidad que tenga, así como la adaptación al entorno y a los eventos, así como modificar la adherencia al tratamiento propuesto.

Si es cierto que, algunos de estos factores no son modificables, se deben realizar acciones de prevención en la población basadas en el tratamiento psicológico, la educación sobre las enfermedades a las familias, a los pacientes y a la comunidad.

Aún sabiendo esto, es importante recordar que el elemento paciente es uno de los 5 factores relacionados con la adherencia, por ello, no el único, pero de gran peso. La enfermedad y sus características es el factor con mayor peso en la adherencia, aunque esto puede variar dependiendo de la enfermedad de la que estemos hablando y sus comorbilidades. Seguramente, no tendrá el mismo peso en un esguince de tobillo que en EPOC o enfermedades oncológicas.

El entorno y la atención sanitaria es un factor más a tener en cuenta, que puede promover la adherencia del paciente al tratamiento. Por otro lado, según los datos encontrados, el tratamiento es el quinto factor de adherencia, pero, al parecer con menos peso. Podríamos decir que no es tan importante el tratamiento si los demás factores fallan. De nada sirve tener los mejores avances tecnológicos, si no se ponen en práctica o se verán mermados por la falta de continuidad después de la intervención.

En la práctica clínica se debe aplicar un enfoque multidisciplinario, promoviendo la adherencia desde una perspectiva positivista y en promoción de la salud. Para ello se debe formar a los sanitarios para que estos puedan educar y atender de manera holística al usuario con el objetivo de promover la SM+ en él.

Además, la evidencia científica expone el beneficio de planificar el tratamiento de manera conjunta entre sanitario y usuario, creando intervenciones personalizadas, además de simplificar los tratamientos, las explicaciones y las pautas terapéuticas, así como la

implantación del seguimiento y la evaluación de los factores.

La adherencia terapéutica y la SM+ comparten un enfoque en común: el usuario es una figura activa, autónomo y con capacidad de decisión. El foco de la práctica clínica debe dirigirse a mejorar los factores débiles, fortalecer las capacidades del usuario y en empoderarle para que pueda llevar a cabo su tratamiento, las pautas y que mejore su calidad de vida, abordando los seis factores de la SM+ (figura 3).

Crear medidas políticas y sociales para asegurar la igualdad de oportunidades, optimizar y distribuir equitativamente los recursos. Si estas políticas van encarradas a la obtención de la adherencia, se alcanzará beneficio económico a largo plazo respecto al coste aplicado. Es un ahorro directo consecuencia de la disminución del uso de los servicios sanitarios y resultado de su efectividad. Todo esto se traduce en mejora de la calidad de vida, cambios de hábitos saludables y en el fomento de la salud. Además, la administración debe crear programas para proveer la SM+, que tendrá un impacto en la salud comunitaria y en la calidad de vida.

Bibliografía

1. Agarwal N, Sarthi P. (2020) The necessity of psychological interventions to improve compliance with Tuberculosis treatment and reduce psychological distress. *Journal Family Medicine Primary Care* 9:4174-80.
2. Ang, D., Anthony S. Kaleth, A., Bigatti, S., Mazzuca, S., Saha, C., Hilligoss, J., Lengerich, M., Bandy, R. (2011) Research to Encourage Exercise for Fibromyalgia (REEF): Use of motivational interviewing design and method. *Contemporary Clinical Trials* 32(1): 59-68.
3. Aujla, N., Walker, M., Sprogg, N., Abrams, K., Massey, A., Vedhara, K. (2016) Can illness beliefs, from the common-sense model, prospectively predict adherence to self-management behaviours? A systematic review and meta-analysis. *Psychology & Health* 31(8): 931-958.
4. Borg, S., Öberg, B., Nilsson, L., Söderlund, A. and Bäck, M. (2017) The role of a behavioural medicine intervention in physiotherapy for the effects of rehabilitation outcomes in exercise-based cardiac rehabilitation (ECRA) – the study protocol of a randomised, controlled trial *Biomed Central Cardiovascular Disorders* 17:134-142
5. Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., Sancristán, J.A. (2009) Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*. 41(6): 324-348
6. Falahat, K., Mirabzadeh, A., Eftekhari, MB., Sajjadi, H., Vameghi, M., Harouni, GG., Feizzadeh, G. (2019) Social determinants of positive mental health in Iranian society: A qualitative approach. *International Journal of Preventive Medicine* 10:170-180.

7. Greenwood, S., Lindup, H., Taylor, K., Koufaki, P., Rush, R., Macdougall, I. and Mercer, T. (2012) Evaluation of a pragmatic exercise rehabilitation programme in chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 27 (Supple 3): iii126–iii134
8. Lluch, MT. (1999) *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona.
9. Lluch, MT. (2015). Promoción de la salud mental positiva. *Revista de Enfermería Salud Mental*. 1:23-26
10. Maher, J., Dunton, G. (2020) Within-day time-varying associations between motivation and movement-related behaviors in older adults. *Psychology of Sport & Exercise* 47.
11. Morielli, A., Boulé, N., Usmani, N., Joseph, K., Tankel, K., Severin, D., Courneya, K. (2017) Predictors of adherence to aerobic exercise in rectal cancer patients during and after neoadjuvant chemoradiotherapy. *Psychology, Health & Medicine* 23(2): 224-231
12. Muñoz, CO., Restrepo, D., Cardona, D. (2016) Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana Salud Publica*. 39(3):166–73.
13. O' Brien, J., Finlayson, K., Kerr, G., Shortridge-Baggett, L., Edwards, H. (2016) Using a theoretical approach to identify factors influencing adherence to an exercise programme for adults with venous leg ulcers. *Journal of Health Psychology* 23(5): 691-700
14. Organización Mundial de la Salud (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.

15. Ormel HL, van der Schoot GGF, Sluiter WJ, Jalving M, Gietema JA, Walenkamp AME. (2017) Predictors of adherence to exercise interventions during and after cancer treatment: A systematic review. *Psycho-Oncology*. 2018;27:713–724.
16. Pierobon, A., Giardini, A., Callegari, S., Botelli, E., Ranzini, L., Brushi, C., Maestri, R., Bertolotti, G., Sommaruga, M., Torlaschi, V. (2017) COPD patients' self-reported adherence, psychosocial factors and mild cognitive impairment in pulmonary rehabilitation. *International Journal of COPD* 12 2059–2067
17. Rahman, M., Gu, D., Liang, C., Rashid, RM., Akter, M. (2020) Effects of Attitude, Motivation, and Eagerness for Physical Activity among Middle-Aged and Older Adults *Journal of Healthcare Engineering*.
18. Serpa-Anaya, D., Hoyos-quintero, A. y Hernandez, N. (2021) Adherence to pulmonary rehabilitation: An exploratory review. *Rehabilitation* 55, 138-152.
19. Vaillant, E. (2012) Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 11:93-99
20. Wilson, P. (2020). Engaging with patients to make exercise and movement more meaningful: a case report. *Chronic Oedema*. 28-31

Anexo

Anexo 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.

