



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS

DE SALUD

“Adherencia al tratamiento rehabilitador ambulatorio, y factores asociados a la misma, en pacientes adultos que asisten a Instituto de Neurociencias de la ciudad de Rosario”.

Maestranda: María Soledad Oviedo

Director del Trabajo: Mgr. Ramiro Huber.

Rosario, 04 de junio de 2020

Agradecimientos.

A Ramiro, por su gran ayuda y generosidad durante todo este proceso

A Darío, mi marido, por su gran paciencia y apoyo incondicional

A mis padres

A cada uno de los pacientes y a sus familias

A la educación pública.

Dedicatoria.

A mis hijos, Agostina y Bautista, por acompañarme y entenderme, a su manera, durante todo este proceso.

Índice

Contenido	Página
1. Introducción	14
2. Problemática	15
2.1. Planteo del problema	15
2.2. Estado del arte	17
2.3. Justificación	20
3. Marco teórico	22
4. Objetivos	30
4.1. Objetivos generales	30
4.2. Objetivos específicos	30
5. Metodología	31
5.1. Definición operacional de las variables y categorías	31
5.1.1. Variables sociodemográficas recabadas	31
5.1.2. Variable analizada en relación a la asistencia del paciente al programa de rehabilitación	34
5.1.3. Variables clínicas asociadas	35
5.1.4. Inventario de Personalidad NEO FFI	37
Continúa	

Contenido	Página
5.1.5. Escala de clima social familiar FACES III	42
5.2. Descripción del ámbito de estudio	43
5.3. Tipo de estudio y diseño	44
5.4. Población	44
5.4.1. Universo	44
5.4.2. Unidad de análisis	44
5.4.3. Criterios de inclusión y exclusión	44
5.5. Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
5.5.1. Fuentes primarias	45
5.5.2. Fuentes secundarias	46
5.6. Plan de análisis de los resultados	46
5.7. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	47
6. Resultados	48
6.1. Pacientes incluidos	48
6.2. Características de la muestra	48
6.2.1. Composición de la muestra	48
Continúa	

Contenido	Página
6.2.2. Otras variables sociodemográficas recabadas	49
6.3. Adherencia al tratamiento neurorehabilitador integral	52
6.3.1. Grados de adherencia hallados en el tratamiento neurorehabilitador	52
6.3.2. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según sexo y rango etario	53
6.3.3. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según estado civil	54
6.3.4. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según nivel de escolaridad	55
6.3.5. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según actividad laboral u ocupación	56
6.3.6. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según modalidad de traslado y modalidad de abono	57
6.4. Variables clínicas asociadas	59
6.4.1. Tipos de enfermedades neurológicas analizadas. Organización por Clínicas	59
6.4.2. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según Clínica a la que pertenece	60
6.4.3. Antecedentes personales de los pacientes analizados. Enfermedades coexistentes con la enfermedad neurológica	61
Continúa	

Contenido	Página
6.4.4. Análisis del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad	63
6.4.5. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad	64
6.4.6. Análisis del tiempo transcurrido desde el ingreso a los programas de rehabilitación	65
6.4.7. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según el tiempo transcurrido desde el ingreso a los programas de rehabilitación	66
6.5. Análisis de los resultados hallados en Inventario de Personalidad NEO FFI	67
6.5.1. Neuroticismo	67
6.5.2. Extraversión	68
6.5.3. Apertura	69
6.5.4. Amabilidad	70
6.5.5. Responsabilidad	71
6.5.6. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según resultados hallados en Inventario de Personalidad NEO FFI	72
6.6. Funcionamiento familiar	74
Continúa	

Contenido	Página
6.6.1. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según funcionamiento familiar	76
7. Discusión y conclusiones	78
8. Referencias bibliográficas	83
9. Anexos	85
9.1. Anexo I. Cuestionario estandarizado	85
9.2. Anexo II. Consentimiento Informado	88
9.3. Anexo III. Inventario de Personalidad NEO FFI	89
9.4. Anexo IV. Escala de clima social familiar FACES III	93

Lista de gráficos

Contenido	Página
Gráfico 1. Distribución de los pacientes analizados según sexo	48
Gráfico 2. Distribución en ambos sexos según rango etario	49
Gráfico 3. Distribución de los pacientes según estado civil	50
Gráfico 4. Distribución de los pacientes según nivel de escolaridad	50
Gráfico 5. Distribución de los pacientes según actividad laboral u ocupación	51
Gráfico 6. Distribución de los pacientes según modalidad de traslado	51
Gráfico 7. Distribución de los pacientes según modalidad de abono	52
Gráfico 8. Distribución de los pacientes analizados según grado de adherencia al tratamiento rehabilitador	53
Gráfico 9. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según sexo	53
Gráfico 10. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según rango etario	54
Gráfico 11. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según estado civil	55
Gráfico 12. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según nivel de escolaridad	56
Continúa	

Contenido	Página
Gráfico 13. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según ocupación	57
Gráfico 14. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según modalidad de traslado	58
Gráfico 15. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según modalidad de abono	58
Gráfico 16. Distribución de los pacientes según Clínica a la que pertenece	59
Gráfico 17. Agrupación de patologías según su comportamiento durante la evolución clínica	60
Gráfico 18. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según Clínica	61
Gráfico 19. Porcentaje de pacientes que presentaron patologías crónicas coexistentes con su enfermedad neurológica	62
Gráfico 20. Cantidad de enfermedades crónicas coexistentes observadas por paciente	62
Gráfico 21. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según cantidad de enfermedades coexistentes	63
Gráfico 22. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad	65
Gráfico 23. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según tiempo transcurrido desde el ingreso al programa de rehabilitación	67
Continúa	

Contenido	Página
Gráfico 24. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión neuroticismo	68
Gráfico 25. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión extraversión	69
Gráfico 26. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión apertura	70
Gráfico 27. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión amabilidad	71
Gráfico 28. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión responsabilidad	72
Gráfico 29. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión neuroticismo	73
Gráfico 30. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión extraversión	73
Gráfico 31. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión apertura	73
Gráfico 32. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión amabilidad	74
Gráfico 33. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión responsabilidad	74
Gráfico 34. Escala de clima social familiar: dimensión cohesión	75
Gráfico 35. Escala de clima social familiar: dimensión adaptabilidad	75
Continúa	

Contenido	Página
Gráfico 36. Escala de clima social familiar: Tipo de familia	76
Gráfico 37. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión cohesión	77
Gráfico 38. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión adaptabilidad	77
Gráfico 39. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según tipo de familia	77

Lista de tablas

Contenido	Página
Tabla 1. Tiempo transcurrido (en años) desde diagnóstico de la enfermedad distribuido por Clínica	64
Tabla 2. Tiempo transcurrido de asistencia (en meses) al programa de rehabilitación distribuido por Clínica	66

Glosario

ACV	Ataque cerebrovascular
DCA	Daño cerebral adquirido
DE	Desvío estándar
DM	Diabetes mellitus
FR	Factor de riesgo
FRV	Factores de riesgo vascular
HTA	Hipertensión arterial
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
TEC	Traumatismo encéfalo-craneano

Resumen

Introducción: Varios son los motivos por los cuales es importante estudiar la adherencia al tratamiento rehabilitador. Si un paciente no cumple con las indicaciones médicas se dificulta estimar efecto y duración del tratamiento.

Objetivos: Describir el grado de adherencia al tratamiento rehabilitador ambulatorio en pacientes adultos con diagnóstico de patología neurológica que asisten a INECO Neurociencias Oroño.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, observacional, cuantitativo, descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes, de edad promedio 57 años, con leve predominio femenino. La adherencia presentó un valor medio del 76%. La cronicidad del evento y el tiempo de asistencia al programa evidenciaron diferencias entre patologías, pero sin encontrarse asociación con el grado de adherencia. Tampoco se observaron diferencias significativas entre los distintos rasgos de personalidad, ni entre las diferentes variables de funcionamiento familiar.

Conclusiones: Predominó el grado alto de adherencia entre los evaluados. No se evidenció asociación entre los grados de adherencia y las variables analizadas. Sin embargo, teniendo presente la edad media de nuestra población, con múltiples factores que pueden influir en la instancia de rehabilitación, considero igualmente de jerarquía poder contar con esta información al momento del diseño de cada programa de rehabilitación. Futuros trabajos serían necesarios para profundizar en el subgrupo poblacional de bajo grado de adherencia.

Abstract

Introduction: For several reasons it is important to study rehabilitative treatment adherence. If a patient does not comply with the medical indications, it is difficult to estimate the effect and duration of the treatment.

Objectives: to describe the degree of adherence to rehabilitation treatment in adult patients with a diagnosis of neurological pathology attended in INECO Neurosciences Oroño.

Materials and Methods: Cross-sectional, observational, quantitative, descriptive study.

Results: 96 patients were included, average age of 57 years, with a predominance of the female sex. Adhesion presented an average value of 76%. The chronicity of the event and the time of attendance to the program showed differences according to the pathology involved, but no association was found with the degree of adherence. No differences were observed between the different personality traits, nor between the different variables of family functioning.

Conclusions: The high degree of adherence prevailed among those evaluated. No association was observed between the different degrees of adherence and the variables analyzed. However, bearing in mind the middle age of our population, and the multiple factors that can influence in rehabilitation, I consider it is important to have this information to design each rehabilitation program. Future studies would be necessary to analyze the low-adherence population subgroup.

1. INTRODUCCIÓN

Varios son los motivos por los cuales es importante estudiar la adherencia al tratamiento rehabilitador. En primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente y quedan bajo la directa responsabilidad de este y su entorno familiar. Así mismo, cuando los tratamientos requieren cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente¹. Por otra parte, si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez podría contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud, e incluso conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el estado, tanto en materias relativas a pérdida de productividad y costos asociados a rehabilitación, como a pensiones de invalidez.

Conocer los diferentes grados de adherencia al tratamiento rehabilitador, así como las condiciones que se asocian a una mayor o menor asistencia al mismo por parte de la persona atendida, permitiría mejorar la efectividad de las intervenciones que implican colaboración y seguimiento instruccional del paciente, y a su vez eliminar las dificultades que puedan depender del equipo terapéutico, del diseño del programa de rehabilitación o de la institución propiamente dicha. En relación con lo descrito previamente, considero de vital importancia utilizar este indicador de eficacia terapéutica en nuestro centro, como instrumento para evaluar en qué medida se están logrando los objetivos estratégicos planteados, y, a su vez, poder luego implementar acciones de acuerdo con los resultados obtenidos.

2. PROBLEMÁTICA

2.1. Planteo del problema

Resulta de interés conocer los diferentes grados de adherencia al tratamiento neurorehabilitador, así como los diversos factores que podrían influir en los mismos, en pacientes con diferentes tipos de enfermedades neurológicas que asisten a realizar Programas de Rehabilitación en Instituto de Neurociencias de la ciudad.

Dentro de las patologías abordadas, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares, los traumatismos de cráneo, enfermedades desmielinizantes, enfermedades neuromusculares, movimientos anormales, y los trastornos del neurodesarrollo. Muchas veces, estos trastornos y condiciones neurológicas afectan el funcionamiento del individuo y conllevan el desarrollo de discapacidades o limitaciones de sus actividades y restricciones de la participación. Así mismo, con frecuencia se observa en dichos pacientes la presencia asociada de sintomatología depresiva o ansiosa. Por tal motivo, al ingreso al programa de rehabilitación se realiza evaluación psiquiátrica estandarizada. En cuanto a la duración del tratamiento, el mismo es variable según el cuadro clínico del paciente y la evolución de este durante el proceso de rehabilitación. La carga horaria semanal contemplada en el tratamiento de cada paciente, así como el número de profesionales involucrados en el mismo, varía según características individuales del paciente, teniendo que asistir a la Institución de manera bisemanal, trisemanal o diaria, según se defina al ingreso al programa. En relación con la modalidad de traslado a la Institución en cada caso, hay pacientes que asisten por sus medios, de manera independiente o acompañados por familiar o adulto responsable, y otros que asisten con sistema de transporte contratado por cada persona atendida. En lo que respecta al financiamiento del programa de rehabilitación, INECO Neurociencias Oroño es una institución privada que trabaja en forma particular y con la gran mayoría de los prestadores (obras sociales y prepagas). Los

convenios realizados varían entre los distintos financiadores. En el caso de algunos de los mismos nos encontramos con limitantes en cuanto a la cantidad de sesiones posibles de otorgar y modalidad de estas, no siendo posible ofrecerle al paciente el esquema terapéutico óptimo para su cuadro; en estos casos se plantea la situación al paciente y su familia, y se acuerda esquema en conjunto, teniendo que amoldarse la persona atendida y el equipo tratante a las posibilidades brindadas por su cobertura.

Cabe destacar que el abordaje óptimo de cada caso se basa en programas de tratamiento personalizados, que integran el aporte específico de diversas disciplinas con el arduo trabajo del paciente y su entorno. Se conforma así un equipo (paciente-familia-profesionales) que se potencia sobre la base de una comunicación fluida, estimulando la cooperación y creatividad al servicio de un objetivo común: alcanzar la mayor funcionalidad y autonomía para el paciente y, en consecuencia, la mejor calidad de vida para la persona afectada y su familia.

A su vez, la evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica⁹.

Por último, y con el propósito de poder profundizar en las variables involucradas en la adherencia de los pacientes en los programas de neurorehabilitación integral, resulta interesante el enfoque desde el punto del modelo socioecológico², con el fin de entender los múltiples niveles que actúan como barreras al tratamiento, incluyendo el intrapersonal, interpersonal, organizacional, político y comunitario. Las barreras intrapersonales incluyen la falta de compromiso y motivación del paciente, la percepción de bienestar, la aceptación de reglas, la creencia en la eficacia del tratamiento, la tolerancia al dolor, las alteraciones emocionales y la creencia

en la capacidad de realizar las actividades prescritas. Las barreras interpersonales estarían vinculadas con la falta de apoyo familiar o médico. Las barreras organizacionales incluyen problemas de transporte, largas distancias hasta los centros de rehabilitación y problemas laborales que impiden asistir a los programas o seguir sus recomendaciones. Otros factores descritos socialmente se deben principalmente a limitaciones económicas que impiden seguir los protocolos de rehabilitación; en muchos casos las limitaciones dependen de los pacientes, pero en otros casos dependen de los sistemas de salud o de los financiadores involucrados. Factores ambientales o situacionales que afectan la adherencia incluyen los horarios de atención del centro, la comunicación, el apoyo de los terapeutas y las expectativas del profesional sobre el comportamiento del paciente. El análisis de todas estas variables nos ayudará a comprender mejor y actuar en consecuencia sobre los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento rehabilitador.

2.2. Estado del arte

La Organización Mundial de la Salud² (OMS) ha definido la adherencia terapéutica 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 por un prestador de asistencia sanitaria”. Plantea también que, en el caso de las condiciones crónicas de salud, además de que la persona debe seguir las prescripciones terapéuticas se espera que se involucre activamente en un proceso de rehabilitación a largo plazo. Por otro lado, que la evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica. Comenta también, para tener en cuenta, que varios

exámenes rigurosos han hallado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia sólo el 50%.

Diversos estudios ponen en evidencia variables porcentajes de adherencia a los tratamientos en diferentes condiciones. Así, el National Heart, Lung and Blood Institute³ señala que entre 30% y 70% de los pacientes no cumple con los consejos entregados por sus médicos. Martín y Grau⁴ informan que, en general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas este porcentaje llega a 20%, mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría a 45%.

Otros autores⁵, plantean que la falta de cumplimiento por parte del paciente de un programa de rehabilitación se refleja en la pérdida de logros obtenidos, lo cual hace necesario conocer los factores que pueden llevar a pérdida de continuidad del tratamiento. Los mismos realizaron un estudio cualitativo, con el objetivo de determinar los factores que intervienen en la adherencia de los pacientes a un programa de rehabilitación, describiendo y analizando las razones planteadas por los pacientes cuando fallan en el cumplimiento de las recomendaciones. Como resultado, se encontró que familiares y pacientes coinciden en que la falta de tiempo y el cansancio son las principales dificultades para desarrollar las actividades propuestas por los terapeutas. En cuanto a los terapeutas, hay diferencias en los conceptos sobre adherencia ya que en algunos casos las definiciones se acercan más al cumplimiento y la obediencia que a una participación activa del paciente en su proceso. De allí el planteo de que un programa que pretenda mejorar la adherencia en los pacientes debe tener un enfoque bio-psico-social.

Así mismo, un estudio realizado en el año 2004 llevó a cabo un análisis de la adherencia terapéutica como categoría de la psicología de la salud y como un componente fundamental de los aspectos subjetivos y comportamentales a tenerse en cuenta en el curso y evolución de la enfermedad⁶. Se destaca el carácter complejo, multidimensional y

multifactorial de este fenómeno, y se exponen algunas reflexiones acerca de los principales problemas teóricos y metodológicos a los que se enfrenta el investigador que intente abordar con rigor y seriedad el tema; planteándose la necesidad de investigarlo para mejorar la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y el perfeccionamiento de la práctica médica, a la vez que puede convertirse en una contribución importante al desarrollo de este campo.

En relación con lo planteado anteriormente⁷, varios son los factores que se relacionan con este problema. Existen factores personales, del sistema o equipo de asistencia sanitaria y de la enfermedad y del tratamiento. Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden mencionarse: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, etc. La depresión frecuentemente ha sido asociada con los resultados que se alcanzan en las enfermedades crónicas. En relación a la Diabetes Mellitus (DM) tipo 1, al parecer, cuando la depresión está presente, existe evidencia de un peor control metabólico, disminución de la actividad física, mayor obesidad, y potencialmente mayores complicaciones derivadas de la patología. Sobre los factores del sistema de salud y los prestadores, pocos estudios se han realizado al respecto. No obstante, bien documentada está la relación entre adherencia y satisfacción con el equipo médico, al igual que el rol que desempeña la relación médico paciente. Cada día se ha ido estableciendo que una relación de colaboración entre el paciente y el o los prestadores, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento. A su vez, se ha demostrado que la satisfacción y la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. Respecto a la enfermedad y su tratamiento, y tal como ya se ha mencionado, las tasas de adherencia parecen ser diferentes si se trata de una patología aguda versus una crónica. Del mismo modo, cuando el tratamiento de la enfermedad

consiste en un patrón complejo de conductas e invade diferentes aspectos del paciente o sus resultados son invalidantes, tiende a afectar la adherencia terapéutica. Se podría establecer entonces la siguiente relación: a mayor complejidad del tratamiento, menos adherencia terapéutica.

2.3. Justificación

Dado que las patologías neurológicas impactan en diversos grados el normal desempeño de la vida de las personas, es habitual que los problemas emocionales, conductuales y cognitivos interfieran en la independencia del individuo y condicionen su entorno, afectando seriamente la calidad de vida del paciente y de su familia. Es por eso que el tratamiento de rehabilitación debe contemplar todas las funciones afectadas del paciente, y también debe tener en cuenta las necesidades de las familias involucradas en la recuperación de sus seres queridos.

Los programas de rehabilitación tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico, reducir síntomas, como el dolor, mejorar la funcionalidad y retornar, en los casos que sea posible, al estado premórbido de la forma más eficiente posible⁸.

Basándonos en datos estadísticos descritos en diversas bibliografías, se estima que en el caso de las enfermedades agudas el 20% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; porcentaje que se incrementaría hasta un 45% en las enfermedades crónicas y, cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es incluso más elevada⁹.

La falta de adherencia por parte del paciente a un programa de rehabilitación se refleja en la pérdida de logros obtenidos, lo cual hace necesario conocer los factores que pueden llevar a la irregularidad en la asistencia o limitaciones en la continuidad del tratamiento⁹. Por otro lado, la falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes

están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud al proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse⁹.

Por el contrario, el logro de una buena adherencia terapéutica es un requisito que, de cumplirse, vendría a resolver notables problemas de salud en la población y tendría importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud. Debe prestarse especial atención a su abordaje teórico, metodológico e investigativo, muy particularmente desde el campo de la psicología de la salud, al ser ésta la disciplina que se ocupa de investigar y resolver los problemas relacionados con los aspectos subjetivos y comportamentales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad⁶.

En relación con lo expresado previamente, es que surge el interés por profundizar en el estudio de los distintos grados de adherencia al tratamiento rehabilitador observados en los pacientes que asisten a Programa de Rehabilitación Integral ambulatorio en la institución, así como también de analizar las diversas variables intervinientes en este análisis.

3. MARCO TEÓRICO

La definición de adherencia al tratamiento ha generado una amplia discusión por su complejidad; sin embargo, una de las definiciones a la que más se ha acudido es la de Haynes¹⁰, quien la considera como “la medida en la cual la conducta de una persona (en términos del consumo de fármacos y cambios en el estilo de vida) coincide con los consejos del médico o del personal sanitario”. Una definición tan amplia como la citada responde a la complejidad de un tratamiento que implica no solamente la toma de medicamentos, sino también cambios en la dieta, ejercicios e incluso la forma en que se responde psicológicamente a la enfermedad.

Los factores determinantes de la adherencia al tratamiento se han clasificado en las siguientes categorías: los relativos a la calidad de la relación médico-paciente, las características del tratamiento o régimen terapéutico, las características de la enfermedad o trastorno y las variables relacionadas con el propio paciente y su entorno social. Aun cuando todos estos factores desempeñan un papel importante en la etiología y mantenimiento de la adherencia al tratamiento, las características y complejidad de este último han mostrado tener una mayor capacidad predictiva de tal adherencia: entre más complejo, laborioso o costoso es, más se reducen las probabilidades de que sea seguido.

Si bien la anterior ha sido una consideración ampliamente aceptada en la literatura, también lo es la gran variabilidad en el cumplimiento terapéutico que ocurre entre los pacientes con tratamientos similares, los principios de la teoría del aprendizaje, que sostienen que el comportamiento saludable, como cualquier otra forma de conducta, se adquiere a partir de la relación de contingencia en que ocurre; no obstante, esta explicación ha resultado insuficiente.

El ser humano, como producto de su interacción con otros de su misma especie, adquiere una serie de valores, creencias y expectativas que actuarán

como procesos mediadores, facilitadores o inhibidores, de las conductas saludables.

De manera genérica, se puede designar a esos procesos como creencias; en este caso, en relación con la salud. El interés por estudiar las creencias ha surgido de considerar que son, en primer lugar, una causa importante de las conductas de salud en tanto que median los efectos de otros determinantes (por ejemplo: clase social), y en segundo lugar porque son más susceptibles de ser modificados que otros factores (por ejemplo: la personalidad). De esta suerte, se afirma que las intervenciones efectivas se basan en la modificación de aquellas variables cognitivas responsables de la realización de las conductas de salud y sus consecuencias.

Con la finalidad de conocer qué tanto es posible predecir la ejecución de conductas de salud a partir de las creencias, se ha propuesto un considerable número de modelos que enfocan diferentes aspectos de la forma en que las personas piensan respecto de su salud. Entre ellos, el más comúnmente utilizado para predecir las conductas de salud ha sido el modelo de creencias en salud¹¹.

El modelo de creencias en salud es quizás el único de los prototipos que surgió especialmente para explicar las conductas de salud a partir de los esfuerzos iniciados en la década de los 50 orientados a detectar las variables apropiadas para diseñar programas de educación para la salud. Las creencias en salud son características individuales perdurables que moldean a la conducta y que se adquieren mediante la socialización; no son fijas y pueden diferir aun en individuos con los mismos antecedentes¹¹.

Tal modelo enfoca su atención en dos aspectos: la percepción de amenaza y la evaluación conductual. Rodríguez-Marín (2008), parafraseando a Rosenstock (1974), señala que en la hipótesis original se destaca que una persona no llevará a cabo una conducta de salud (de prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación) a menos que cuente con un mínimo de motivación hacia la salud y una información relevante sobre el tema, se vea a sí misma como susceptible de enfermar, considere como grave

o muy amenazante la enfermedad, esté convencida de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades para realizar las conductas de salud¹¹.

Los componentes básicos del Modelo de Creencias de Salud se derivan de la hipótesis (propuesta por distintas aproximaciones teóricas y asumida plenamente por Lewin y sus seguidores) de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, tal y como han hecho Maiman y Becker (1974), podríamos traducirlas en los siguientes términos: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud). La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios y las barreras percibidos serían, de acuerdo a Rosenstock (1974), las dimensiones de que consta el Modelo de Creencias de Salud. La susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo. La severidad :percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por una lado las consecuencias médico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor), y por otro lado las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones

sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.)¹¹.

Aunque la aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad, que, además, se percibe como grave (las dimensiones primera y segunda), se consideran en este modelo como capaces de desencadenar por sí mismas conducta de salud, no definen por sí solas el curso particular que dicha conducta puede tomar. El curso de acción específico dependería, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los beneficios percibidos. Así, por ejemplo, aunque un sujeto esté asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno, asumiendo que las creencias del sujeto respecto a los cursos de acción de que dispone están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece. Por último, otra dimensión del modelo tiene que ver con que determinadas barreras percibidas se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser, por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud, pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones¹¹.

Para entender el resultado final el modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en forma de conductas distintas frente a la salud y/o la enfermedad. Por ejemplo, si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si, por el contrario, la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos fuertes, éstos funcionarían definitivamente como barreras, impidiendo definitivamente la acción. Pero si la preparación para actuar es alta

y las barreras son también fuertes, surgirá un conflicto difícil de resolver excepto que el sujeto disponga de otros cursos de acción alternativos, de igual eficacia pero con menos barreras o de menor aversividad; ahora bien, si no dispone de dichos cursos alternativos, el sujeto puede optar por alejarse psicológicamente del conflicto, llevando a cabo otras actividades que en realidad no solucionan el problema, o puede, finalmente, caer en una crisis de ansiedad que le lleve a no pensar en el problema objetivamente y, en consecuencia, quedar incapacitado para adoptar un curso de acción adecuado para solucionar el problema. En conclusión, el modelo funciona de manera lógica contemplando un hipotético análisis interior de costos y beneficios para el sujeto, quien sopesaría la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costes de tomarla¹¹.

Podemos decir entonces, que la adherencia a un tratamiento es un proceso dinámico. Se requiere de un enfoque multidisciplinario, donde estén comprometidos los profesionales de la salud, investigadores, los pacientes y sus familias, así como también los responsables de las políticas de salud.

Así mismo, cabe destacar que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo y, por ende, su investigación constituye un reto para los interesados en el tema. Hay problemas de naturaleza teórica y también en el aparato metodológico necesario para abordar un fenómeno con estas características, sobre todo en cuanto a diseños para su estudio y recursos instrumentales válidos y confiables que hagan posible realizar buenas evaluaciones de los niveles de adherencia y que, a su vez, atiendan a las particularidades de las diversas enfermedades. A pesar de todos los cuestionamientos, interrogantes y desafíos que entraña este problema y de las inevitables limitaciones que pueda tener su esclarecimiento en los momentos actuales, resulta una necesidad impostergable emprender estudios en esta línea. Ellos aportarán mucho a la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y al perfeccionamiento de la práctica médica.

A su vez, con el propósito de poder profundizar en las variables involucradas en la participación de los pacientes en los programas de neurorehabilitación integral, sería de gran utilidad poder analizar la adherencia terapéutica desde el punto de vista de un modelo socioecológico, con el fin de entender los múltiples niveles que actúan como barreras al tratamiento, incluyendo el intrapersonal, interpersonal, organizacional, político y comunitario. Seguramente, el análisis en profundidad de todas estas variables intervinientes planteadas nos ayudará comprender mejor y actuar en consecuencia sobre los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento rehabilitador en nuestro Centro.

De allí que surge el interés en enfatizar en la evaluación de los perfiles de personalidad que predominan en cada paciente evaluado, y entendiendo que los mismos tienen gran importancia al momento de comprometerse el paciente con la terapéutica propuesta, se realizará el test NEO-FFI (NEO Five-Factor Inventory)¹⁵. El mismo fue creado por Paul T. Costa y Robert R. McCrae. Dicho test fue publicado en 1991 en inglés y en 1999 en español; pero si se tiene en cuenta que el NEO-FFI es una versión reducida del NEO PI-R (Inventario de Personalidad NEO Revisado) y éste, a su vez, reemplaza al NEO-PI (Inventario de la Personalidad NEO), podemos afirmar que la fecha original de la publicación es 1985. Está basado en el modelo teórico de los “Cinco Grandes”. Según este modelo, la personalidad está configurada por cinco factores o dimensiones (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad) que implican tendencias estables y consistentes de respuesta.

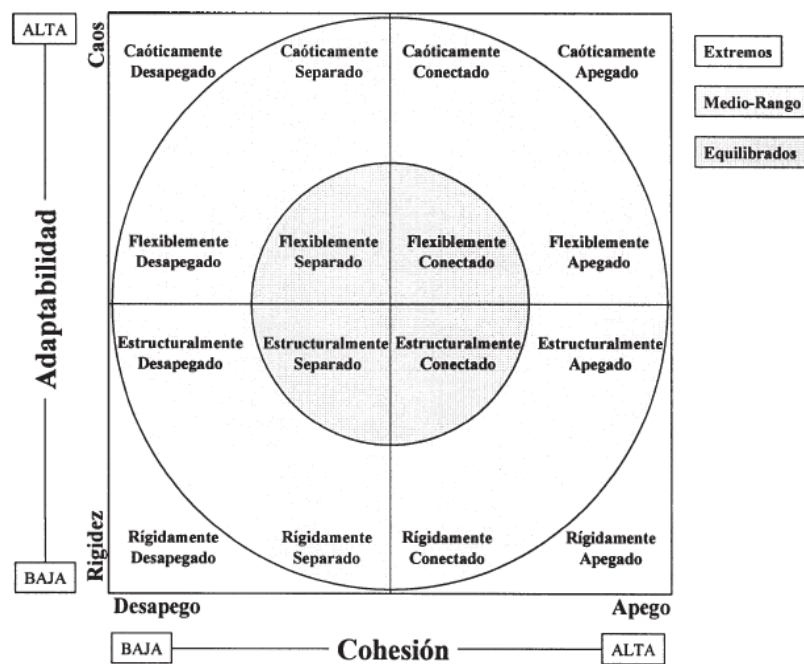
Por último, se considera de importancia profundizar el estudio del vínculo entre los integrantes de la familia de cada paciente evaluado. Existen diversos instrumentos¹² que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más importantes se encuentra el cuestionario “Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III)”¹³, que permite que una persona pueda obtener una visión de su funcionamiento familiar real e ideal, clasificando a una familia en tres grupos generales correspondientes a familias balanceadas, de rango medio y extremas. El mismo fue validado al

español en Méjico, en el año 2002¹⁴, versión utilizada en el presente trabajo. Esta herramienta de cribado ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del “Modelo Circumplejo”: la cohesión y la adaptabilidad familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La adaptabilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y adaptabilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital.

- Tipos de familia de acuerdo con la variable adaptabilidad:
 - Caótica. Se trata de un tipo de familia caracteriza por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente.
 - Flexible. Se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario.
 - Estructurada. Caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan.
 - Rígida. Con un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios.
- Tipos de familia de acuerdo con la variable cohesión:
 - Desligada. Caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes.
 - Separada. Sus límites externos e internos son semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo, cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares.

- Unidas. Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semi-abiertos.
- Enredada. Se caracterizan por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar.

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar.



Modelo circumplejo (adaptado de Olson et al. 1989).

Este instrumento tendría gran importancia en la práctica clínica, ya que ayuda al médico rehabilitador a conocer y saber cómo funciona una familia en el continuo salud-enfermedad, en las etapas del ciclo vital de la familia, y en las crisis normativas y no normativas, lo cual es fundamental para otorgar una atención médica realmente integral, que incluya no sólo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales, legales, morales y espirituales, en el ámbito de la rehabilitación, fundamentalmente al momento de determinar pautas de tratamiento a nivel familiar o individual.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Describir el grado de adherencia al tratamiento rehabilitador ambulatorio en pacientes adultos con diagnóstico de patología neurológica que asisten a Instituto de Neurociencias de la ciudad de Rosario.

4.2. Objetivos específicos

- Analizar el grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según el sexo y edad de los pacientes.
- Discriminar el grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según tipo de afección neurológica, la cronicidad del diagnóstico de la enfermedad neurológica, el tiempo transcurrido desde el ingreso al programa y forma de traslado al Centro.
- Analizar los diferentes rasgos de la personalidad, así como también el funcionamiento familiar en los pacientes evaluados con distintos grados de adherencia.

5. METODOLOGÍA

5.1. Definición operacional de las variables y categorías

5.1.1. Variables sociodemográficas recabadas.

Es importante identificar los factores que influyen en la inasistencia a las sesiones de rehabilitación en este grupo poblacional, ya que pudiendo detectar los mismos, sería posible realizar intervenciones para mejorar la adherencia a los tratamientos pautados, así como también establecer a futuro planes de intervención que permitan optimizar la utilización de recursos humanos, físicos y tecnológicos.

Variable	Escala de Medición	Valor	Indicador	Índice
Edad	Cuantitativa Discreta	Mayor a 18 años	Tiempo en años que una persona ha vivido desde su nacimiento a la fecha de la evaluación	Años
Sexo	Cualitativa Nominal	-Femenino -Masculino	Condición de ser Hombre o Mujer, determinado por características biológicas	1 2
Estado civil	Cualitativo Nominal	-Soltero -Casado -En pareja	Situación jurídica en la familia y la sociedad,	1 2 3

		-Viudo	determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones	4
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	-Primaria incompleta	Período en el que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal	1
		-Primaria completa		2
		-Secundaria incompleta		3
		-Secundaria completa		4
		-Terciaria incompleta		5
		-Terciaria completa		6
		-Universitaria incompleta		7
		-Universitaria completa		8

Ocupación	Cualitativa Nominal	-Empleado -Trabajador independiente -Estudiante -Jubilado -Pensionado por invalidez -Desempleado (por la situación de discapacidad) -Desempleado (por otras causas) -Otro	Ocupación actual: trabajo, empleo u oficio.	1 2 3 4 5 6 7 8
Modalidad de abono	Cualitativa Nominal	-Particular -Reintegro -Financiador convenido	Modalidad en la que se abona del módulo de rehabilitación pautado, de manera mensual	1 2 3
Modalidad de traslado	Cualitativa Nominal	-En vehículo propio con acompañante -En transporte público con acompañante -Requerimiento de transporte	Modalidad de traslado con la que asiste periódicamente a módulo de rehabilitación pautado	1 2 3

		adaptado para personas con capacidades diferentes -Otra		4
--	--	--	--	---

5.1.2. Variable analizada en relación a la asistencia del paciente al programa de rehabilitación.

Se analizará el grado de adherencia al tratamiento diseñado para cada persona atendida, categorizando dicha variable en relación al porcentaje de asistencia promedio a las sesiones pautadas, durante el trimestre comprendido entre agosto y octubre del corriente año. El cálculo del porcentaje de asistencia proporciona un indicador de la frecuencia con la que los pacientes acuden a sus sesiones programadas, facilitando la posibilidad de investigar la adherencia a los tratamientos de rehabilitación de los distintos pacientes, y es la razón del número de sesiones asistidas sobre la totalidad de sesiones programadas en el período establecido.

Al no contar en la actualidad con referencias bibliográficas que planteen porcentajes preestablecidos para clasificar los diferentes grados de adherencia a los tratamientos de rehabilitación, se ha clasificado la variable en estudio como se detalla a continuación:

Variable	Escala de Medición	Valor	Indicador	Índice
Grados de adherencia al tratamiento	Cualitativa Ordinal	-Bajo grado: asistencia menor al 45%	Porcentaje de asistencia a las sesiones programadas de	1
		-Grado medio: entre		2

		el 45 y 64% de asistencia	las diferentes disciplinas	
		-Alto grado: entre 65 y 84% de asistencia	durante un período de tres meses.	3
		-Grado óptimo: asistencia mayor o igual al 85%		4

5.1.3. Variables clínicas asociadas.

Las siguientes variables intervinientes en los pacientes a analizar son de gran relevancia, debido a que tanto el diagnóstico de la enfermedad presentado por el paciente, como la edad de inicio de los síntomas, y la cronicidad del trastorno, es de esperarse que influyan de manera significativa en la adherencia al tratamiento. De la misma manera tendrían implicancia el tiempo de adherencia al Programa, así como la coexistencia de patología psiquiátrica o de otra enfermedad clínica asociada.

Variable	Escala de Medición	Valor	Indicador	Índice
Clínica perteneciente según diagnóstico médico neurológico	Cuantitativa Nominal	-Enfermedades Desmielinizantes	Nombre de la Clínica relacionada con el diagnóstico	1
		-Enfermedades Neuromusculares	De origen neurológico	2
		-Movimientos anormales		3
		-Stroke		4
		-Trastornos del		5

		Neurodesarrollo -Traumatismos Encéfalo- craneanos (TEC)		6
Edad presentada al momento del diagnóstico de la afección neurológica	Cuantitativa discreta	Cualquier edad	Edad en años que presentaba la persona a la fecha de ocurrencia de la lesión neurológica	Años
Tiempo de evolución de dicha afección	Cuantitativa Discreta	< 1 mes ≥ 1 y < 3 meses ≥ 3 y < 6 meses ≥ 6 y < 12 meses ≥ 1 año y < 5 años ≥ 5 años y < 10 años ≥ 10 años	Rango de tiempo que ha transcurrido desde el momento de la lesión hasta el día de la evaluación	1 2 3 4 5 6 7
Tiempo transcurrido desde el ingreso al Programa de Neurorehabilitación	Cuantitativa Discreta	-Entre 3 y 5 meses -Entre 6 y 11 meses -Entre 12 y 18 meses -Más de 18 meses	Cantidad de tiempo en meses que ha transcurrido desde el ingreso a Programa de Neurorehabilitación	1 2 3 4
Coexistencia de otra enfermedad crónica	Cualitativa Nominal	-Niega -Hipertensión arterial (HTA) -DM	Toda enfermedad sistémica crónica contemplada en el interrogatorio	0 1 2

		-Síndrome depresivo	realizado al paciente	3
		-Dislipemia		4
		-Cardiopatía isquémica		5
		-Arritmia cardíaca		6
		-Artrosis		7
		-Otra		8

5.1.4. Inventario de Personalidad NEO FFI.

El paciente entrevistado debe realizar un cuestionario que consta de 60 frases, que debe leer con atención y marcar la alternativa (de la “A” a la “E”) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella (ver ANEXO III).

Luego se analiza mediante la utilización de una grilla preestablecida cada una de las respuestas obtenidas. Frente a la suma de determinadas respuestas que hacen alusión a cada uno de los rasgos de personalidad, se puntúan los mismos en diferentes niveles, desde muy bajo a muy alto, determinándose de esta forma el factor de personalidad que caracteriza a cada individuo.

Inventario de Personalidad NEO FFI	
Rasgo	Referencia
Neuroticismo (N)	Persona con tendencia a experimentar estados emocionales negativos. También, a tener ideas irracionales, a ser menos capaz de controlar sus impulsos y a enfrentarse peor que los demás a situaciones de estrés. Cuando se enfrenta a estas situaciones, se convierte en dependiente, desesperanzado o aterrorizado. Se desanima fácilmente y se siente a menudo abatido.

Extraversión (E)	Introvertido, reservado y serio. Prefiere estar solos o compañía de amigos muy íntimos. Prefiere permanecer en la sombra y dejar hablar a los demás.
Apertura (O)	Persona imaginativa, creativa. Desea considerar nuevas ideas y valores no convencionales, dada a cuestionar a la autoridad y dispuesta a aceptar nuevas ideas éticas, sociales y políticas. Cuenta con amplio abanico de intereses. Prefiere la novedad y la variedad a la rutina.
Cordialidad (A)	Persona antipática, egocéntrica, suspicaz respecto a las intenciones de los demás, tiende a sospechar de los demás y más bien opositora, competitiva, que cooperadora. Está más centrado en sí mismo y se muestra reticente a implicarse en los problemas de los demás. No rechaza las expresiones de ira si es necesario.
Minuciosidad (C)	Individuo impulsivo, puede ser criticado por su falta de ambición, por ser poco persistente o fallar en lo que tiene que llevar a cabo por desgana. No se organiza bien y a veces muestra poco cuidado en su trabajo. Prefiere no hacer planes.

NEO FFI			
Comparadas con las respuestas de otras personas, las respuestas obtenidas sugieren que el individuo puede ser descrito como:			
Factor de la personalidad	BAJO Y MUY BAJO	MEDIO	ALTO Y MUY ALTO
Neuroticismo	Emocionalmente estable. Habitualmente, tranquilo,	Generalmente, calmado y capaz de enfrentarse a	Persona con tendencia a experimentar estados

	<p>sosegado y relajado, difícilmente irritable, y capaz de enfrentarse a situaciones estresantes sin alterarse ni aturdirse.</p> <p>Encuentra fácil dominar los arrebatos o deseos y tiene alta tolerancia a la frustración.</p>	<p>situaciones estresantes. Sin embargo, algunas veces experimenta sentimiento de culpa, ira o tristeza.</p>	<p>emocionales negativos.</p> <p>También, a tener ideas irracionales, a ser menos capaz de controlar sus impulsos y a enfrentarse peor que los demás a situaciones de estrés. Cuando se enfrenta a estas situaciones, se convierte en dependiente, desesperanzado o aterrorizado. Se desanima fácilmente y se siente a menudo abatido.</p>
Extraversión	<p>Introvertido, reservado y serio. Prefiere estar solos o compañía de amigos muy íntimos. Prefiere permanecer en la sombra y dejar hablar a los demás.</p>	<p>Moderado en cuanto a la actividad y entusiasmo. Agradece de la compañía de los otros, pero también disfruta de la soledad.</p>	<p>Extrovertido, abierto, activo y enérgico. Preferencia por grupos y reuniones, establece fácilmente relaciones con otros. Asertivo, activo y hablador.</p>

			Habla sin titubear y a menudo se convierte en líder del grupo.
Apertura	<p>Persona que tiende a ser convencional en su comportamiento y de apariencia conservadora, prefiere lo familiar a lo novedoso.</p> <p>Persona cerrada con intereses reducidos y no muy intensos. Encuentra dificultades en el cambio y prefiere atenerse a lo probado y conocido.</p>	<p>Desea probar cosas nuevas. Busca un equilibrio entre lo novedoso y lo antiguo.</p>	<p>Persona imaginativa, creativa. Desea considerar nuevas ideas y valores no convencionales, dada a cuestionar a la autoridad y dispuesta a aceptar nuevas ideas éticas, sociales y políticas. Cuenta con amplio abanico de intereses. Prefiere la novedad y la variedad a la rutina.</p>
Amabilidad	<p>Persona antipática, egocéntrica, suspicaz respecto a las intenciones de los demás,</p>	<p>Generalmente, agradable, cálido y tranquilo. Pero a veces, se puede mostrar terco y competitivo.</p>	<p>La persona simpatiza con los demás, se preocupa por el bienestar de los otros, está dispuesta a</p>

	<p>tiende a sospechar de los demás y más bien opositora, competitiva, que cooperadora. Está más centrado en sí mismo y se muestra reticente a implicarse en los problemas de los demás. No rechaza las expresiones de ira si es necesario.</p>		<p>ayudarlos y cree que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer lo mismo, considerando a la gente honesta, bien intencionada y merecedora de confianza. Dispuesto a cooperar y a evitar conflictos.</p>
Responsabilidad	<p>Individuo impulsivo, puede ser criticado por su falta de ambición, por ser poco persistente o fallar en lo que tiene que llevar a cabo por desgana. No se organiza bien y a veces muestra</p>	<p>Formal y moderadamente bien organizado. Generalmente, cuenta con objetivos claros, pero también es capaz de dejar de lado su trabajo.</p>	<p>Capaz de controlar y de dirigir los impulsos. Incluye características como minuciosidad, autocontrol, disciplina y organización. Evita los problemas y alcanza éxitos a base de</p>

	poco cuidado en su trabajo. Prefiere no hacer planes.		persistencia y planificación. Tiene capacidad para motivarse a sí mismo hasta conseguir terminar una tarea.
--	--	--	--

5.1.5. Escala de clima social familiar FACES III.

La misma está formada por dos dimensiones fundamentales: cohesión y adaptabilidad. Se aplica de manera autoadministrada, dejando a las personas responder libre y abiertamente (ver ANEXO IV).

Luego de haber realizado la encuesta se debe sumar la puntuación que obtuvo la persona encuestada.

Para la obtención del puntaje, en primer lugar, se debe verificar que los sujetos evaluados no hayan dejado algún ítem sin responder. Luego, se debe partir de sumar los ítems impares, los mismos que nos darán un posterior resultado de la variable cohesión. Los valores de cada ítem estarán dados por la opción de respuesta escogida por el sujeto evaluado, valores que podrán ir de 1 si eligió la opción casi nunca, hasta 5 si es casi siempre. Al finalizar, se deben sumar los ítems pares, lo que nos dará un posterior resultado de la variable adaptabilidad, recordando que los valores de los ítems estarán dados por la opción de respuesta que el sujeto haya elegido al igual que en el paso anterior. Al obtener los dos puntajes, se deben emplear los baremos e identificar los valores tanto de cohesión como de adaptabilidad. Si se desea obtener el tipo de familia de manera más general, se tiene que considerar un promedio de los números definidos para cada una de las dimensiones. Se obtiene así una de las tres posibles categorías familiares: balanceadas, rango medio y extremas.

5.2. Descripción del ámbito de estudio

INECO Neurociencias Oroño nace en Rosario en el mes de agosto del año 2013, de la alianza de dos grandes referentes en el área de salud, Grupo Oroño, en Rosario, e INECO, Instituto de Neurología Cognitiva, en Buenos Aires.

El centro reúne un conjunto de disciplinas que estudian, evalúan y tratan los aspectos de la estructura o función del sistema nervioso que dan cuenta de trastornos motores, cognitivos y de la conducta. Utiliza una metodología de trabajo integral. Su abordaje profesional tiene como característica principal la interdisciplinariedad, es decir, el trabajo conjunto y coordinado de profesionales de diferentes áreas del conocimiento. El objetivo principal es que los pacientes con dichos trastornos logren el mayor grado de independencia mejorando su calidad de vida y la de su entorno.

La Institución cuenta con dos sedes para abordaje de sus pacientes:

Sede INECO 1508. Centro de consultas neurológicas y neuropsiquiátricas, admisión de pacientes, evaluación y diagnóstico.

Sede INECO 1431. Centro de rehabilitación neurológica. Cuenta con los recursos humanos y edificios necesarios para realizar abordaje ambulatorio de Programas de Rehabilitación de diversas patologías neurológicas, tanto de instalación aguda, como crónicas degenerativas.

El edificio fue especialmente diseñado para ofrecer actividades de rehabilitación, recuperación y asistencia integral. El mismo, cuenta con amplios espacios para trabajo específico de musicoterapia, lenguaje, neuropsicología y terapia ocupacional. Alberga un espacio destinado a realizar sesiones de psicoterapia grupal, taller de manejo de emociones, y charlas a familiares y a la comunidad, un gimnasio y un área específica para rehabilitación neuro kinesiológica. Además, se diseñó un sector de la Institución destinado al área de tecnologías asistivas y un jardín terapéutico, enfocado a la rehabilitación de los distintos tipos de patologías neurológicas y neuropsiquiátricas, que privilegia los sentidos, la estimulación motriz y

cognitiva, promoviendo la recreación y contacto con la naturaleza. Cuenta además con un espacio específico para investigación y docencia, muy cerca de su objeto de estudio, permitiendo de esta manera un acceso fluido a la información necesaria para realizar investigación clínica.

Cabe aclarar que el trabajo a realizarse se llevará a cabo sólo en la Sede de INECO 1431, donde se lleva a cabo el abordaje rehabilitador ambulatorio de las patologías antes descritas.

5.3. Tipo de estudio y diseño

Se realizará un estudio transversal, observacional, cuantitativo, de tipo descriptivo.

5.4. Población

5.4.1. Universo.

Pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de patología neurológica que asistan periódicamente a realizar programa de neurorehabilitación ambulatorio a INECO Neurociencias Oroño, entre los meses de agosto y octubre de 2018.

5.4.2. Unidad de análisis.

Cada paciente mayor de 16 años con diagnóstico de una patología neurológica que asista periódicamente a realizar programa de neurorehabilitación ambulatorio a INECO Neurociencias Oroño, entre los meses de agosto y octubre de 2018.

5.4.3. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Paciente mayor de 18 años;
- Diagnóstico de Ataque Cerebrovascular (ACV), Enfermedad Neuromuscular, Enfermedad Desmielinizante, Traumatismo de Cráneo o Medular, Trastorno del Neurodesarrollo, o Enfermedad de Parkinson u otro movimiento anormal;
- Aceptación y firma de consentimiento informado institucional, ya sea por parte del paciente, o adulto responsable del mismo;
- Asistencia a realización de Programa de Rehabilitación durante los meses de agosto- octubre 2018.

Criterios de exclusión.

- Paciente con diagnóstico de afasia que le impida poder responder adecuadamente a los cuestionarios requeridos;
- Paciente con presencia de deterioro cognitivo de jerarquía, que le impida interpretar la consigna de las escalas implementadas;
- Paciente que por algún motivo sea dado de baja del programa durante el período a analizar;
- Paciente que no haya firmado, ni él ni adulto responsable, consentimiento informado;
- Paciente que por algún motivo se niegue a responder cuestionario.

5.5. Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos

5.5.1. Fuentes primarias.

- Se utilizará una encuesta a cada paciente que asiste a la Institución a realizar Programa de Rehabilitación. La misma será completada por el

profesional a cargo del tratamiento del paciente, en el control médico mensual realizado durante el mes de agosto del corriente. Se realizará un cuestionario estandarizado como instrumento de registro de las variables sociodemográficas y clínicas necesarias (ver Anexo I).

- A su vez, se aplicará el Inventario de Personalidad NEO FFI, el cual está compuesto por 60 ítems que evalúa en forma general los rasgos básicos considerados por el modelo de los “Cinco Grandes” de la Personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura, cordialidad y minuciosidad (Ver Anexo III). El mismo debe ser completado por el paciente durante la consulta de control mensual. Se compone de 60 frases, a las que hay que contestar señalando el grado de acuerdo o desacuerdo con ella, dentro de cinco posibles medidas. Si una persona duda sobre el significado de alguna frase o de cómo contestarla, debe señalar la opción neutral. No hay un tiempo límite para realizar la prueba, aunque la duración media es de 10 a 15 minutos.
- Se administrará encuesta de “Clima social familiar”, a ser completada por el paciente también en el momento de la consulta.

5.5.2. Fuentes secundarias.

- Se recabarán los datos provenientes de la Historia Clínica informatizada de cada paciente (Sistema Docsys), para poder obtener información acerca de la asistencia o ausentismo a cada una de las sesiones de rehabilitación programadas durante el trimestre a evaluar. Las mismas son ingresadas diariamente por personal administrativo de recepción en el horario preestablecido.

5.6. Plan de análisis de los resultados

Las variables serán codificadas como se detalló previamente.

Se registrarán todos los datos obtenidos en un archivo de excel, para poder realizar una correcta interpretación de resultados, y comparaciones entre las distintas variables analizadas.

Se realizará un análisis estadístico de tipo multivariado, con análisis de frecuencia en porcentaje (%), promedio (\bar{x}) y desvío estándar (DE) de las variables cuantitativas. Se utilizará el Programa Estadístico SPSS.

Se diseñarán gráficos acordes, que permitan ilustrar los resultados obtenidos.

5.7. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

En el Anexo II se puede observar el Consentimiento Informado, documento firmado por el paciente o familiar designado, al momento de ingreso al Programa de Rehabilitación. En el mismo se solicita autorización para utilizar los datos obtenidos durante el proceso de evaluación/rehabilitación en estudios que permitan conocer las características de los distintos pacientes que consulten en INECO.

A su vez, se deja explicitado que su participación es totalmente voluntaria, pudiendo negarse a firmar el presente sin que ello lo afecte en modo alguno o modifique el tratamiento que realice. Se resguardará su identidad y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos personales, así como de su desempeño. El uso de los datos de la historia clínica y métodos complementarios realizados para fines científicos no le significará ningún tipo de retribución económica. Únicamente se verá beneficiado indirectamente al aumentar el conocimiento sobre las características de las enfermedades neurológicas en nuestro país. Los datos obtenidos serán analizados estadísticamente y podrán ser presentados en reuniones y publicaciones científicas respetando el anonimato. Por último, que conoce los fines de la utilización de los datos, y todas sus dudas han sido respondidas por el/los profesional/es tratantes.

6. RESULTADOS

6.1. Pacientes incluidos

Se seleccionaron inicialmente todos los pacientes que asistieron a rehabilitación durante el período comprendido entre agosto y octubre 2018, sumando un total de 131 pacientes.

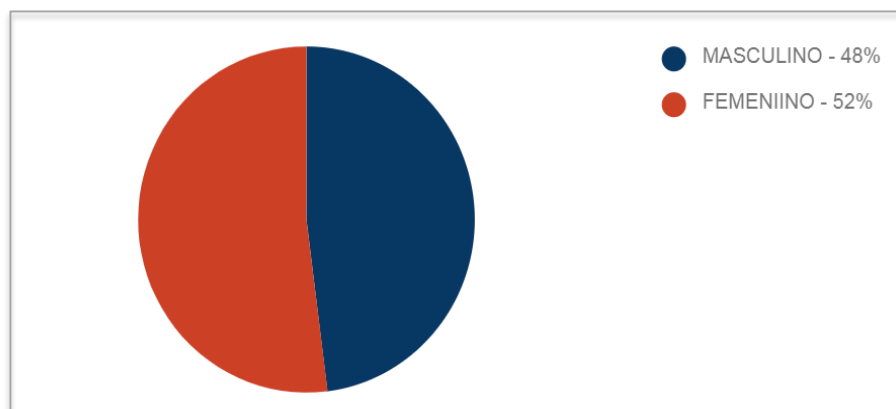
Fueron excluidos 35 de los mismos, incluyéndose finalmente 96 pacientes. Las exclusiones estuvieron relacionadas con limitaciones cognitivas o del lenguaje de las personas atendidas, que impidieron poder realizar correctamente los cuestionarios solicitados.

6.2. Características de la muestra

6.2.1. Composición de la muestra.

Al analizar la población en estudio, se observó una edad promedio de 57 (DE=21) años, con leve predominio en el total de la serie evaluada del sexo femenino (Gráfico 1).

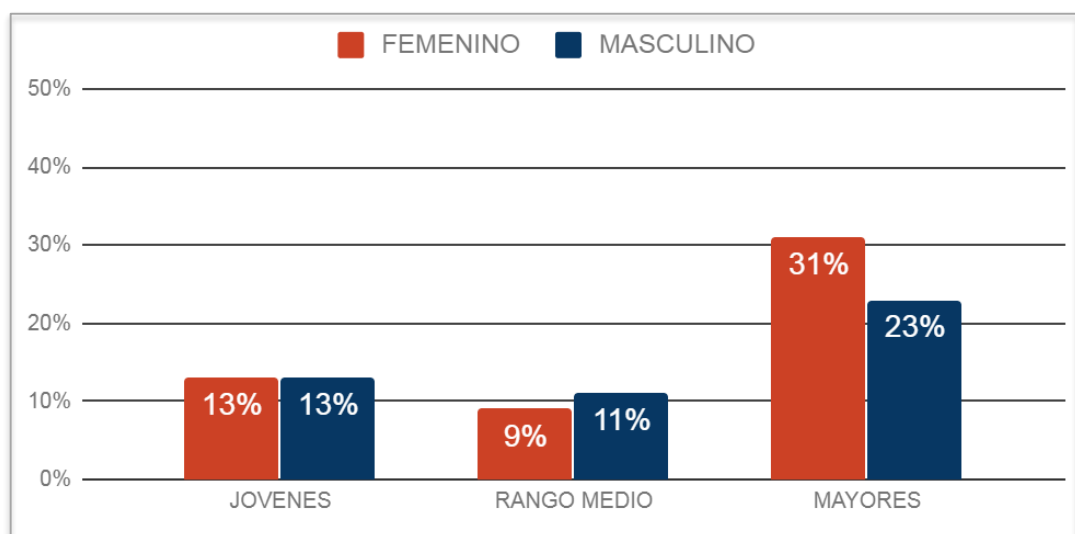
Gráfico 1. Distribución de los pacientes analizados según sexo.



Distribuidos según rango etario, el 26% se encontraba en el grupo de menos de 41 años, el 20% en el grupo de entre 41 y 60 años y el 54% restante en el de más de 60 años.

Profundizando en el punto anterior, discriminando por sexo, observamos en el siguiente gráfico que no hubo diferencias significativas en la distribución en los diferentes rangos etarios (Gráfico 2).

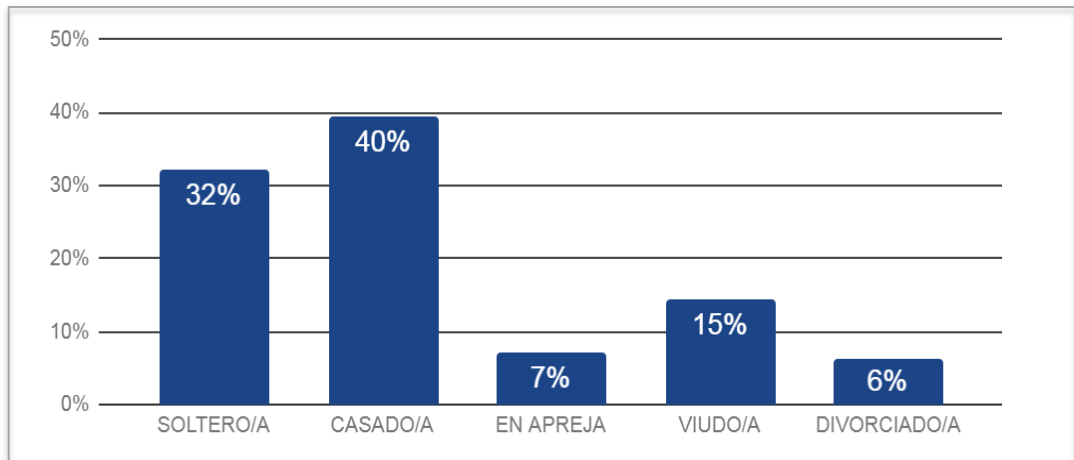
Gráfico 2. Distribución en ambos sexos según rango etario.



6.2.2. Otras variables sociodemográficas recabadas.

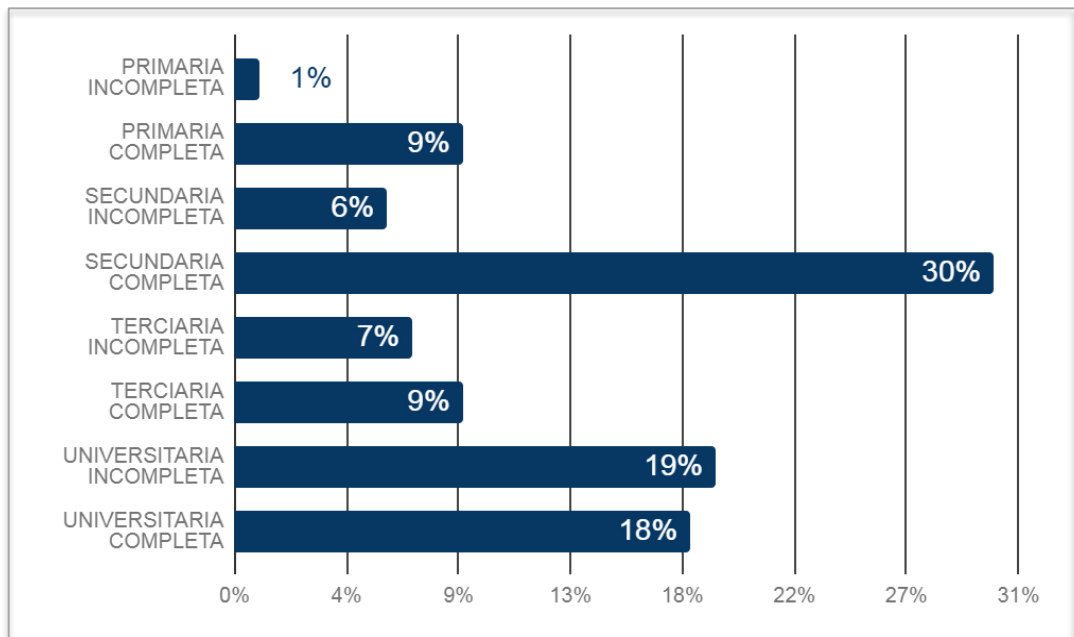
En relación al estado civil de los pacientes evaluados, el mayor porcentaje de los mismos era casado, siguiendo en orden de frecuencia el grupo de los solteros (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución de los pacientes según estado civil.



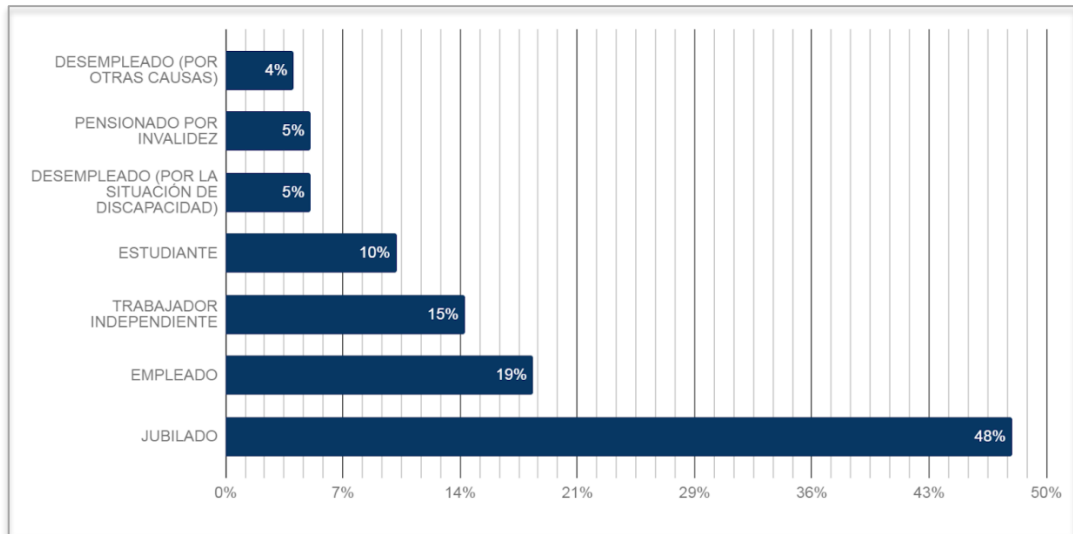
Así mismo, al evaluar los niveles de escolaridad presentes en los encuestados, se observó que el 83% de los pacientes presentaba secundaria completa o mayor nivel educacional, presentando secundaria incompleta o menor nivel de escolarización sólo el 17% (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de los pacientes según nivel de escolaridad.



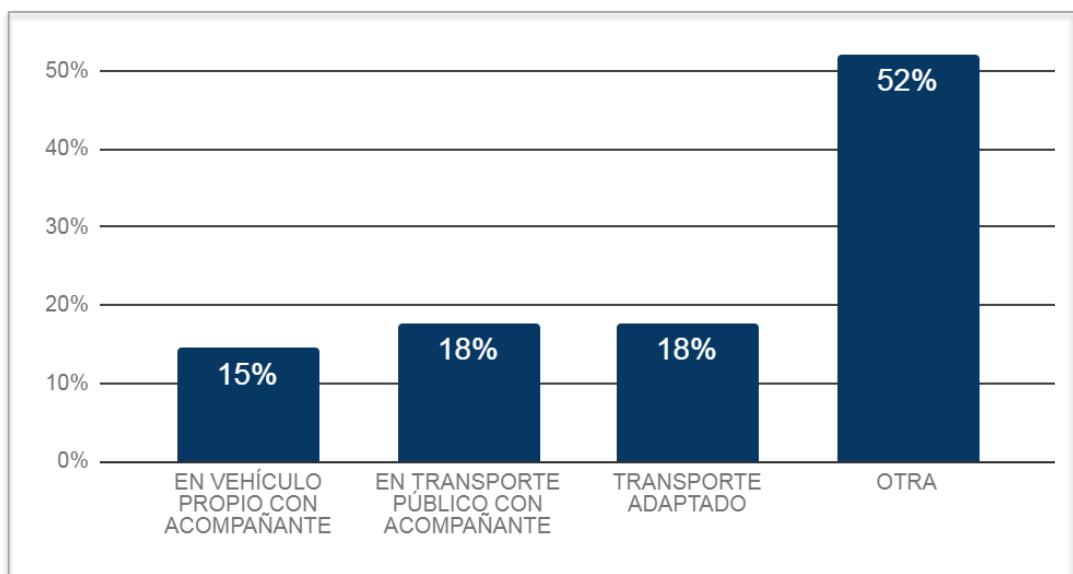
Se analizó también el tipo de ocupación que presentaban los pacientes, observando que casi la mitad de los evaluados eran jubilados, y el 34% tenían actividad laboral activa, observándose desempleo o pensiones por invalidez en el 14% del total de los encuestados (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de los pacientes según actividad laboral u ocupación.



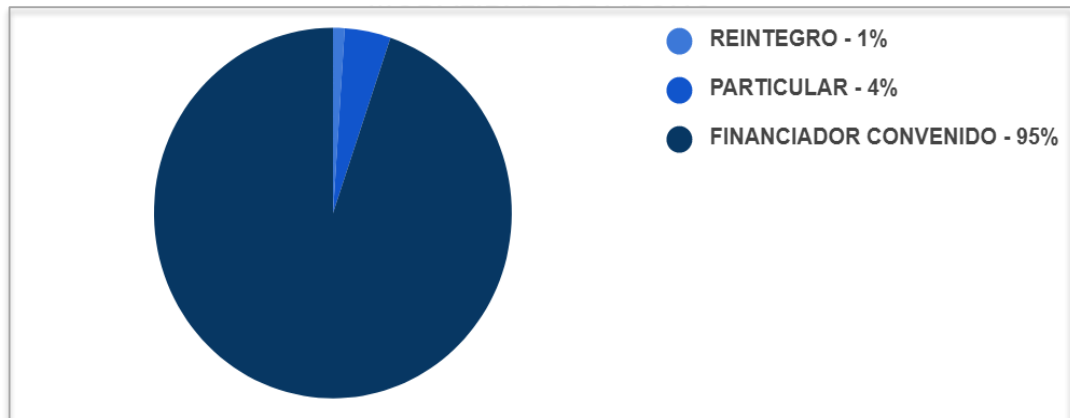
A su vez, al analizar las distintas modalidades de traslado, se encontraron los siguientes resultados (Gráfico 6):

Gráfico 6. Distribución de los pacientes según modalidad de traslado.



Así mismo, se pueden observar los resultados obtenidos al analizar las diversas modalidades de abono, donde el gran porcentaje de los pacientes cuentan con cobertura por parte de su financiador (Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución de los pacientes según modalidad de abono.

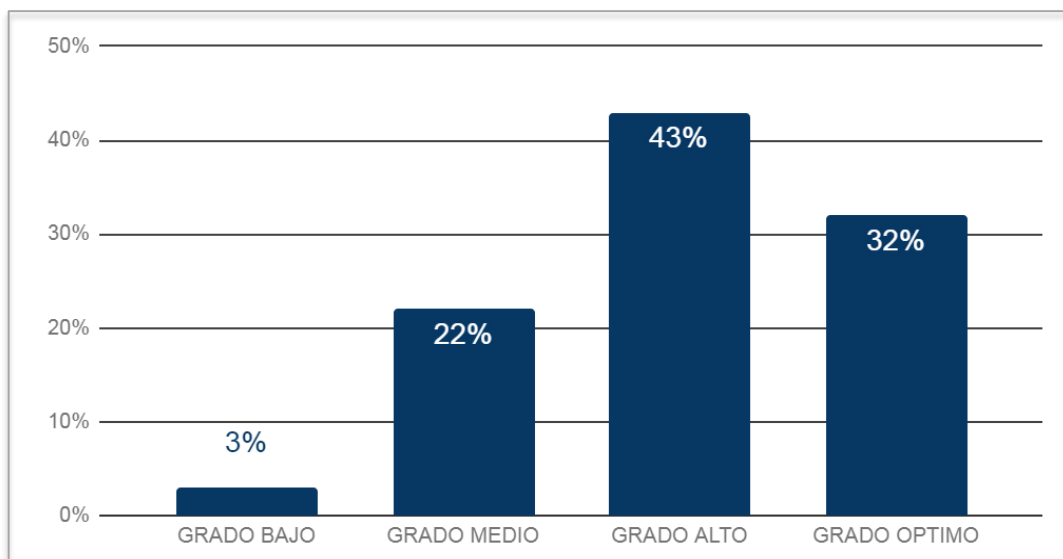


6.3. Adherencia al tratamiento neurorehabilitador integral

6.3.1. Grados de adherencia hallados en el tratamiento neurorehabilitador.

Analizando la totalidad de la muestra, se observó que el grupo que predominó fue el de grado alto de adherencia. Ocupando éste y el grupo de grado óptimo el 75% de los pacientes evaluados, y presentando grado bajo sólo el 3% de los pacientes analizados (Gráfico 8).

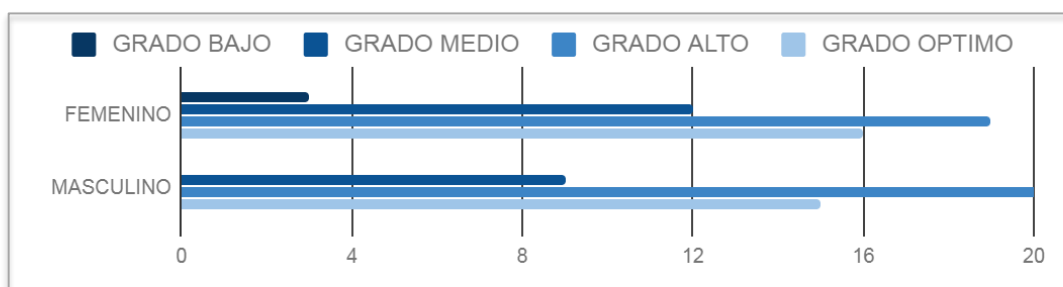
Gráfico 8. Distribución de los pacientes analizados según grado de adherencia al tratamiento rehabilitador.



6.3.2. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según sexo y rango etario.

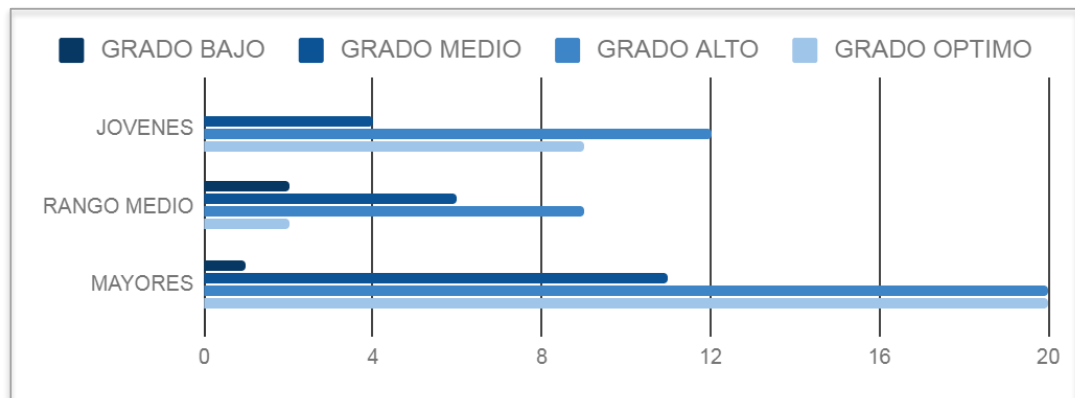
Profundizando en los resultados de los diferentes grados de adherencia según sexo, se observó que el 3% de las personas atendidas que tenían bajo grado eran mujeres, quienes ocuparon también mayor porcentaje que los varones entre los de grado medio (Gráfico 9). A su vez, se evidenció mayor porcentaje del sexo masculino entre los pacientes que presentaron alto grado, y similares porcentajes en ambos sexos en lo que respecta al grado óptimo de adherencia.

Gráfico 9. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según sexo.



Analizando el comportamiento de la adherencia al tratamiento según el rango etario, se puede observar que el pequeño porcentaje de pacientes con bajo grado de adherencia se distribuía entre los pacientes de rango medio y mayores (Gráfico 10). A su vez, los pacientes que presentaban grado óptimo de adherencia predominaban entre el grupo de jóvenes y de mayores.

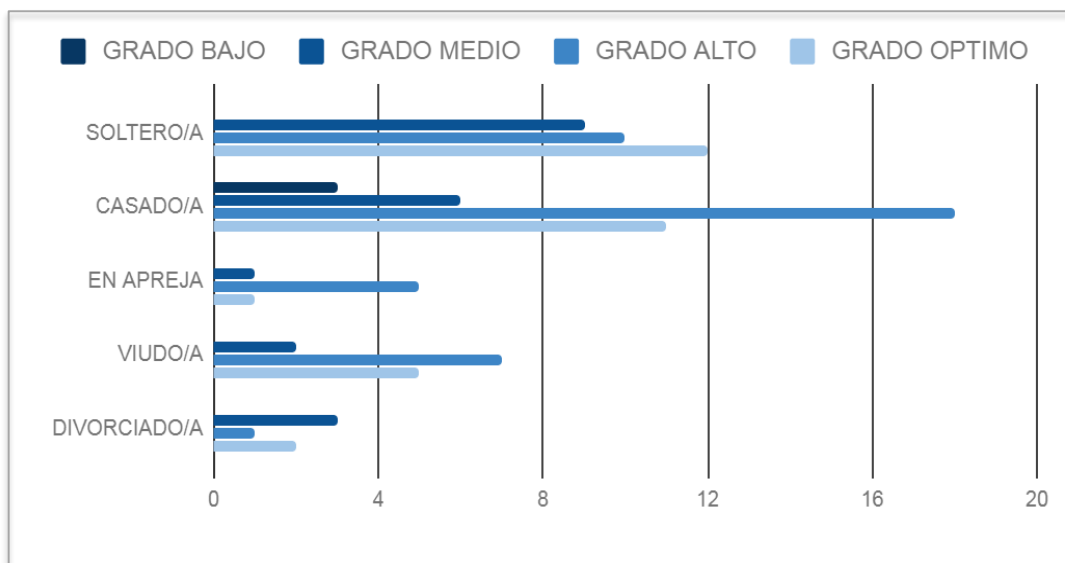
Gráfico 10. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según rango etario.



6.3.3. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según estado civil.

Al analizar la variable adherencia al tratamiento en los encuestados con diferentes estados civiles, se observó que el grado óptimo prevaleció en el grupo de los solteros, mientras que en los casados o en pareja, así como también en los viudos, el nivel más frecuente observado fue el de alto grado. A su vez, el pequeño porcentaje que presentó bajo grado de adherencia pertenecía al grupo de los casados, predominando el grado medio en la pequeña n de los pacientes divorciados (Gráfico 11).

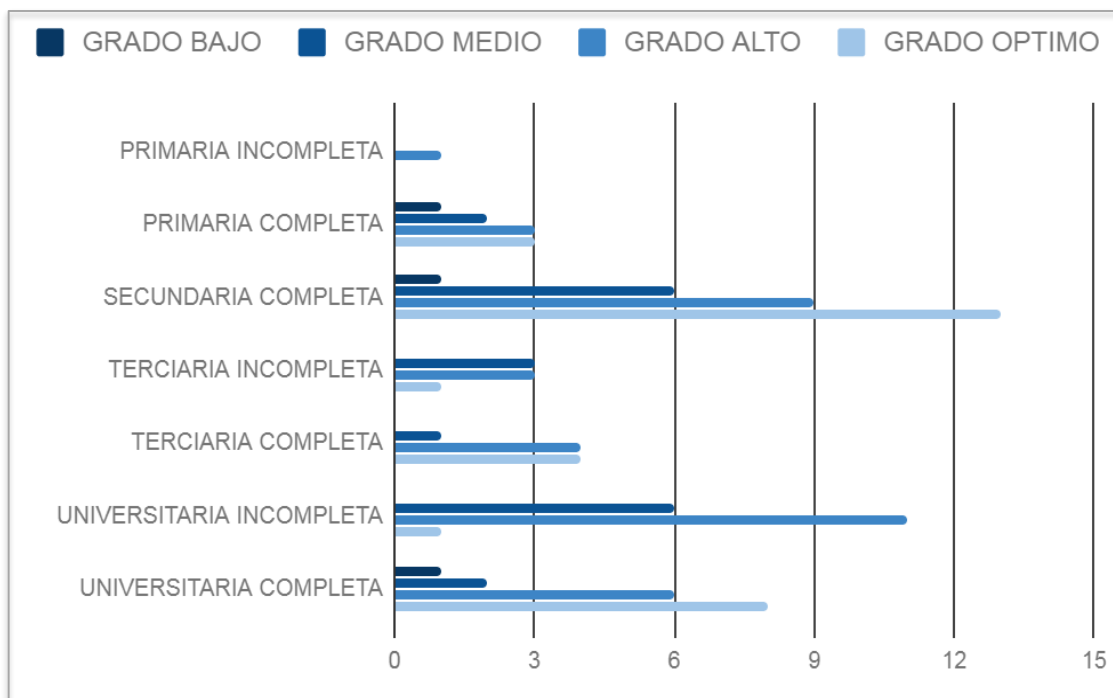
Gráfico 11. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según estado civil.



6.3.4. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según nivel de escolaridad.

No se observó diferencia significativa en el grado de adherencia entre los diferentes niveles de escolaridad alcanzados, siendo más frecuente el grado óptimo en los pacientes con estudios secundarios y universitarios completos (Gráfico 12).

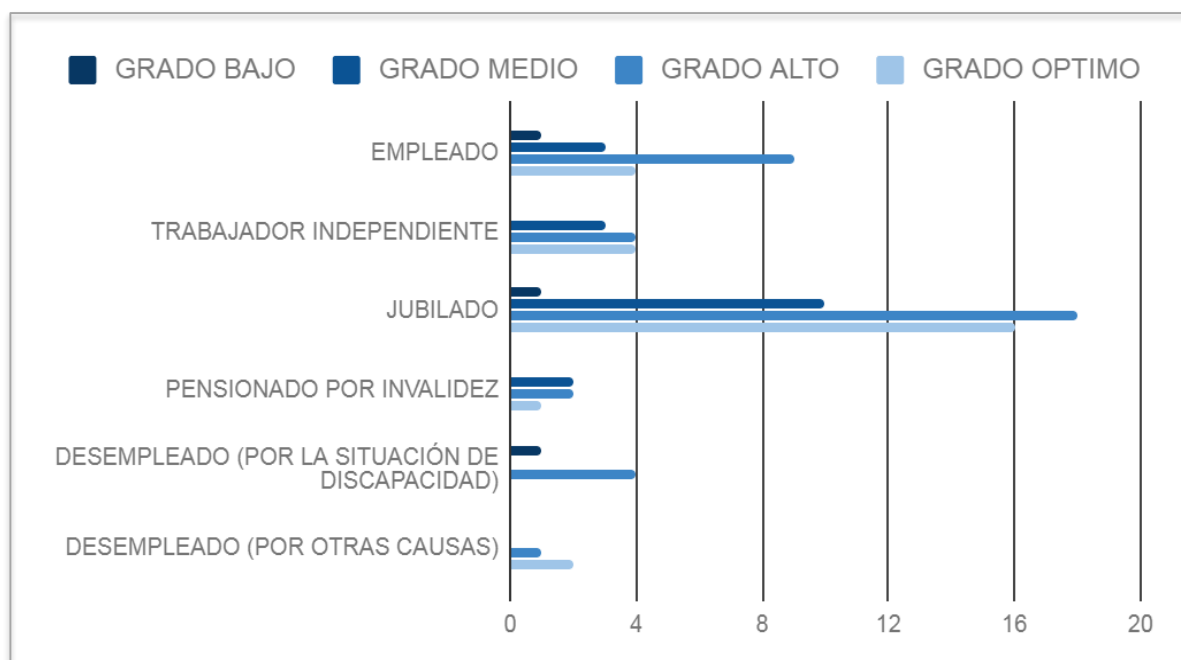
Gráfico 12. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según nivel de escolaridad.



6.3.5. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según actividad laboral u ocupación.

En relación a la variable actividad laboral, tampoco se han observado diferencias significativas entre los diferentes grupos, con predominio en la mayoría el grado alto de adherencia (Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según ocupación.



6.3.6. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según modalidad de traslado y modalidad de abono.

Al analizar las distintas modalidades de traslado, no se observan diferencias significativas entre las mismas (Gráfico 14).

En relación a la modalidad abono, cabe remarcar que la minoría que asistía de manera particular o por reintegro presentaba grado óptimo de adherencia (Gráfico 15).

Gráfico 14. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según modalidad de traslado.

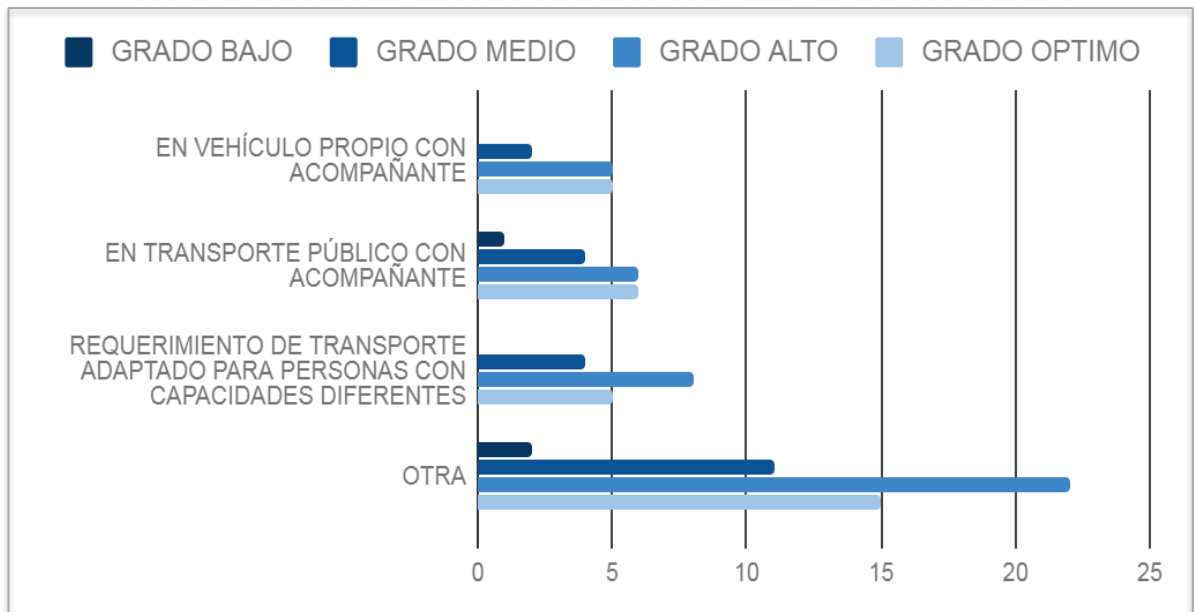
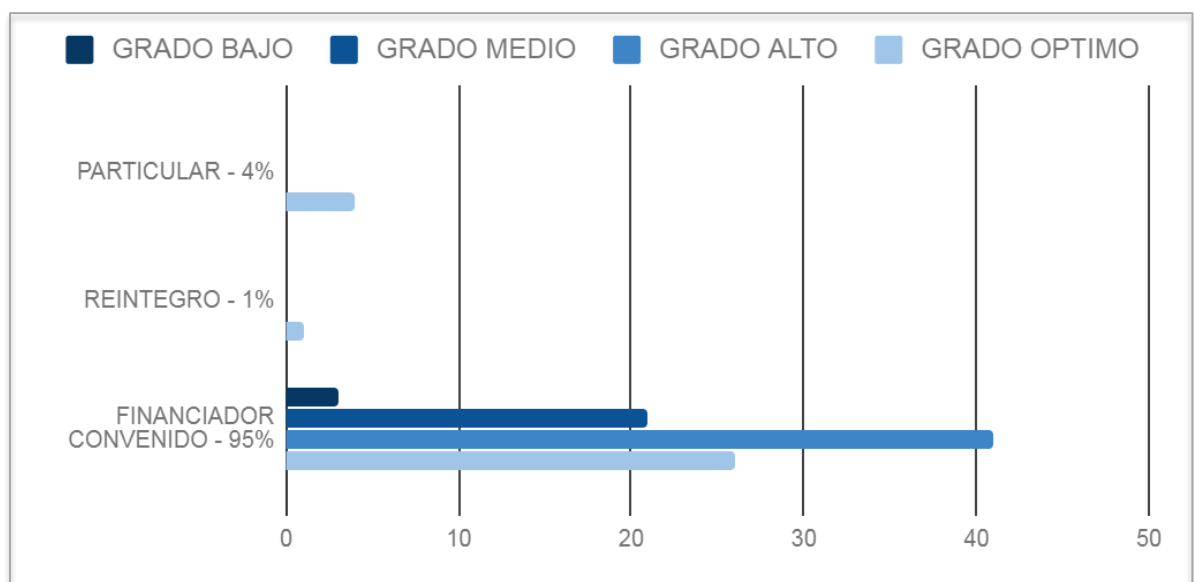


Gráfico 15. Distribución del grado de adherencia al tratamiento rehabilitador según modalidad de abono.

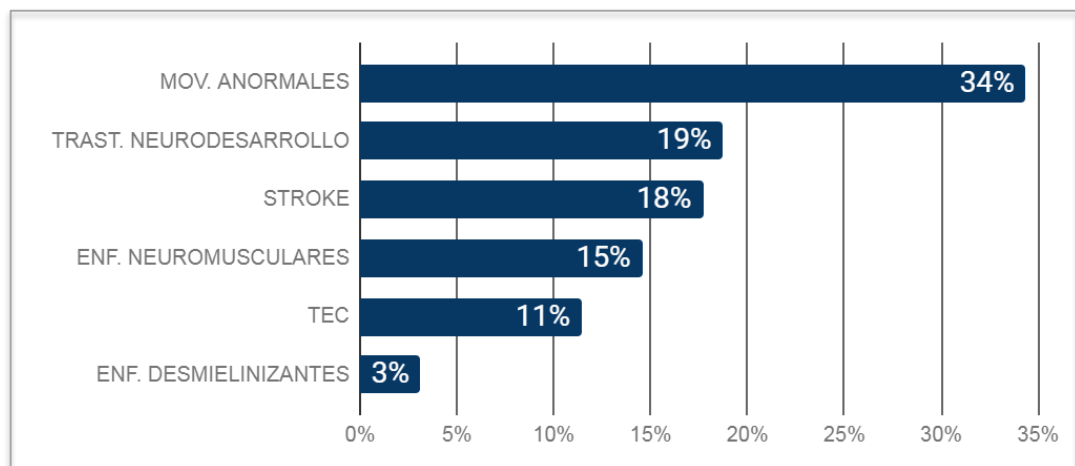


6.4. Variables clínicas asociadas

6.4.1. Tipos de enfermedades neurológicas analizadas. Organización por Clínicas.

El 34,4% del total de la muestra analizada pertenecía al área de Movimientos Anormales, el 19% presentaba algún Trastorno del Neurodesarrollo, el 18% cursaba rehabilitación por cuadro de Stroke, el 15% presentaba alguna Enfermedad Neuromuscular, el 11% presentaba secuelas neurológicas de TEC y el 3% presentaba diagnóstico de Enfermedad Desmielinizante (Gráfico 16).

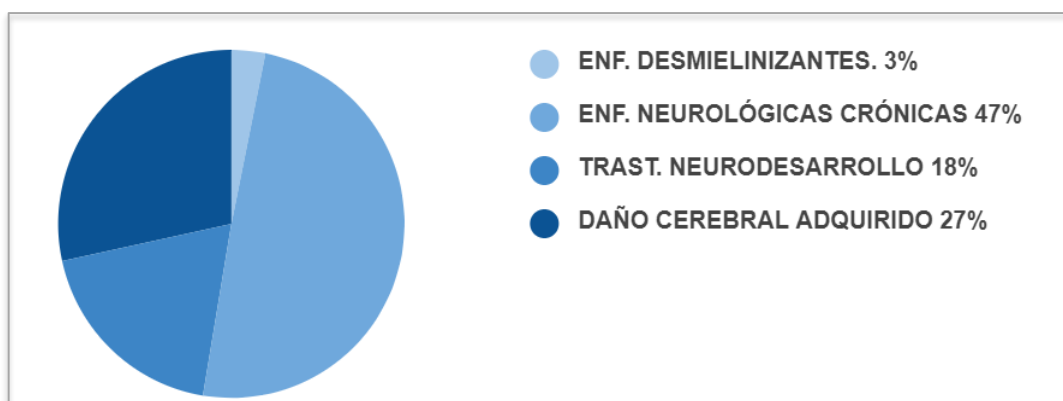
Gráfico 16. Distribución de los pacientes según Clínica a la que pertenece.



Así mismo, resulta interesante, para el posterior análisis de los resultados, poder agrupar a la totalidad de las patologías evaluadas, según su perfil de evolución clínica, organizando de esa manera cuatro grandes grupos, contemplando el Daño Cerebral Adquirido (DCA, incluyendo Stroke y TEC) en un grupo, las Enfermedades Neurológicas Crónicas (Enfermedades Neuromusculares y Movimientos Anormales) en el segundo, Trastornos del Neurodesarrollo en el tercero, y, en último lugar, las Enfermedades

Desmielinizantes, que engloban un abanico muy amplio de perfiles clínicos (Gráfico 17). Al organizarse de esta manera, podemos ver que casi la mitad de los pacientes presentaban enfermedades neurológicas de curso crónico, ocupando los pacientes correspondientes a secuelas neurológicas de DCA valores cercanos a un tercio de la totalidad de los evaluados.

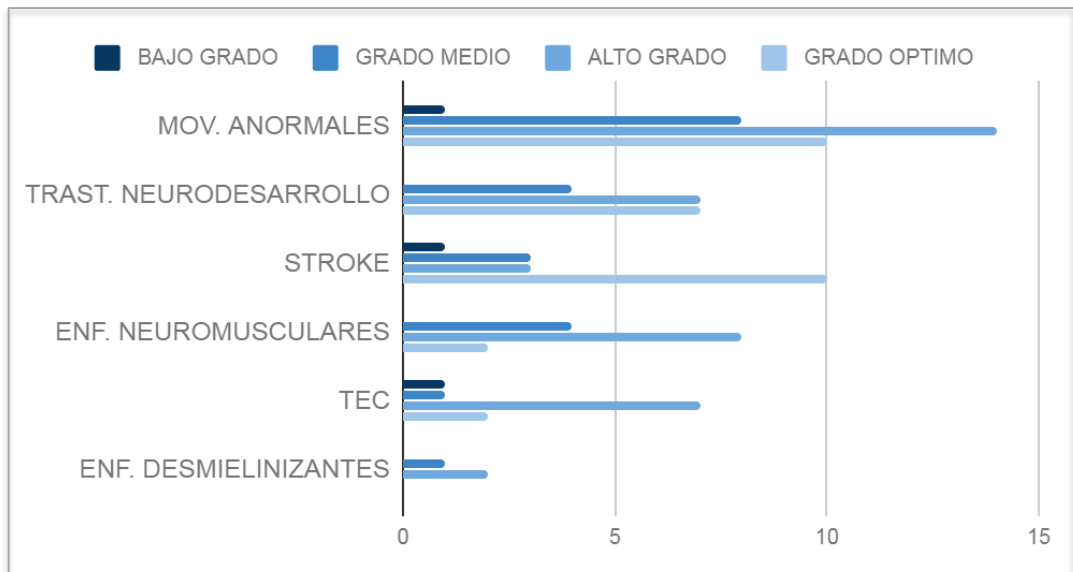
Gráfico 17. Agrupación de patologías según su comportamiento durante la evolución clínica.



6.4.2. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según Clínica a la que pertenece.

Al profundizar en el análisis de los diferentes grados de adherencia en las personas atendidas, distribuyéndolo según la Clínica a la que pertenecían, se observó que los pacientes que presentaron bajo grado de adherencia pertenecían a las Clínicas de Movimientos Anormales, Stroke y TEC, no presentando las Clínicas de Trastornos de Neurodesarrollo, Enfermedades Neuromusculares y Enfermedades Desmielinizantes pacientes con este nivel de adherencia. La Clínica de Stroke fue la que presentó mayor porcentaje de pacientes con grado óptimo de adherencia. En el caso de las Enfermedades Desmielinizantes los pacientes presentaban una distribución más homogénea, encontrándose todos dentro de los grados medio y alto de adherencia (Gráfico 18).

Gráfico 18. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según Clínica.

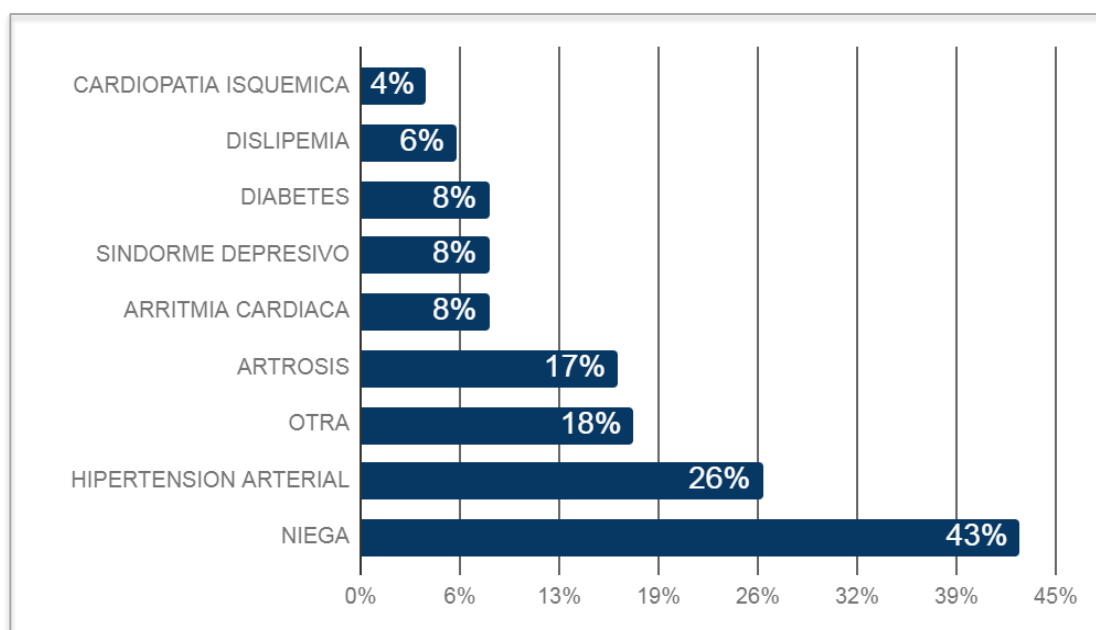


6.4.3. Antecedentes personales de los pacientes analizados.

Enfermedades coexistentes con la enfermedad neurológica.

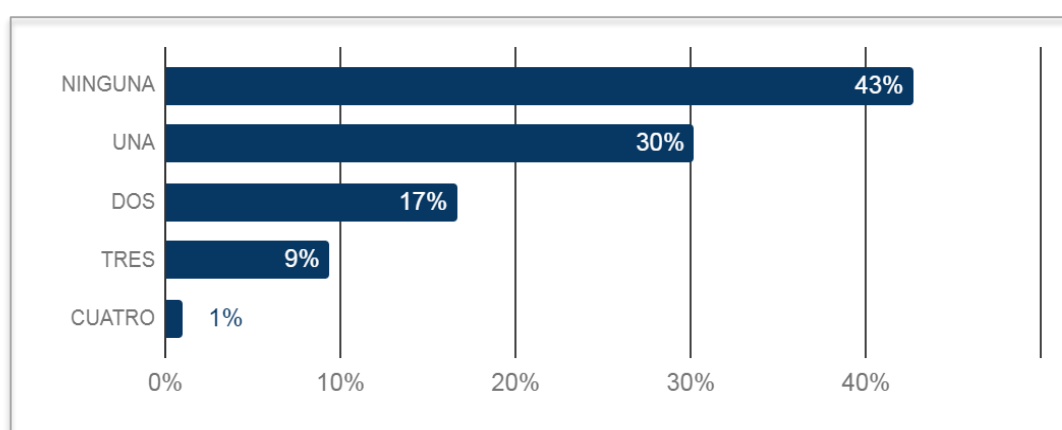
En relación a las enfermedades consultadas como antecedentes, el antecedente personal observado con más frecuencia fue la HTA, artrosis, arritmias cardíacas, síndromes depresivos, DM, dislipemia y cardiopatía isquémica. Cabe aclarar que el 31,3% de los pacientes evaluados no presentaba ninguna enfermedad coexistente, y un 12,7% presentaba una enfermedad diferente a las interrogadas (Gráfico 19).

Gráfico 19. Porcentaje de pacientes que presentaron patologías crónicas coexistentes con su enfermedad neurológica.



A su vez, al analizar la cantidad de enfermedades sistémicas coexistentes halladas por cada paciente analizado, se encontró que el 43% no presentó ninguna enfermedad asociada, mientras que el 28% presentó una patología, el 18% presentaba dos, el 9% presentaba tres, y sólo el 1% presentó cuatro comorbilidades clínicas (Gráfico 20).

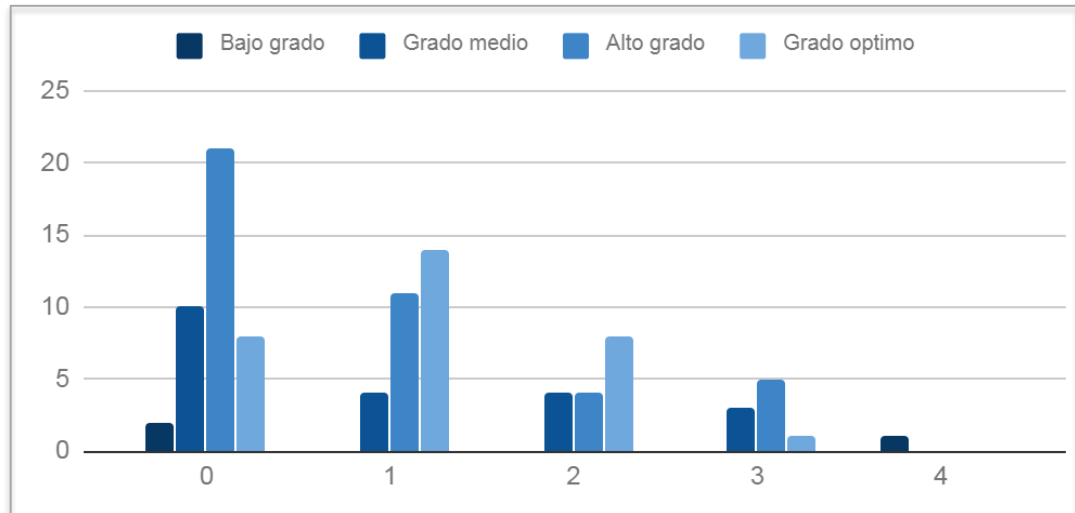
Gráfico 20. Cantidad de enfermedades crónicas coexistentes observadas por paciente.



Así mismo, se analizaron los diversos grados de adherencia hallados en los pacientes, según la cantidad de enfermedades coexistentes presentes

en cada uno de ellos, sin encontrarse asociación significativa entre estas variables estudiadas (Gráfico 21).

Gráfico 21. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según cantidad de enfermedades coexistentes.



6.4.4. Análisis del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.

En relación al tiempo transcurrido desde el momento de diagnóstico de la enfermedad, el valor de la media fue diferente en las distintas clínicas, siendo el más alto el de las Clínicas de Trastornos del Neurodesarrollo y Enfermedades Neuromusculares, y observándose el menor tiempo de evolución en los pacientes con Stroke (Tabla 1).

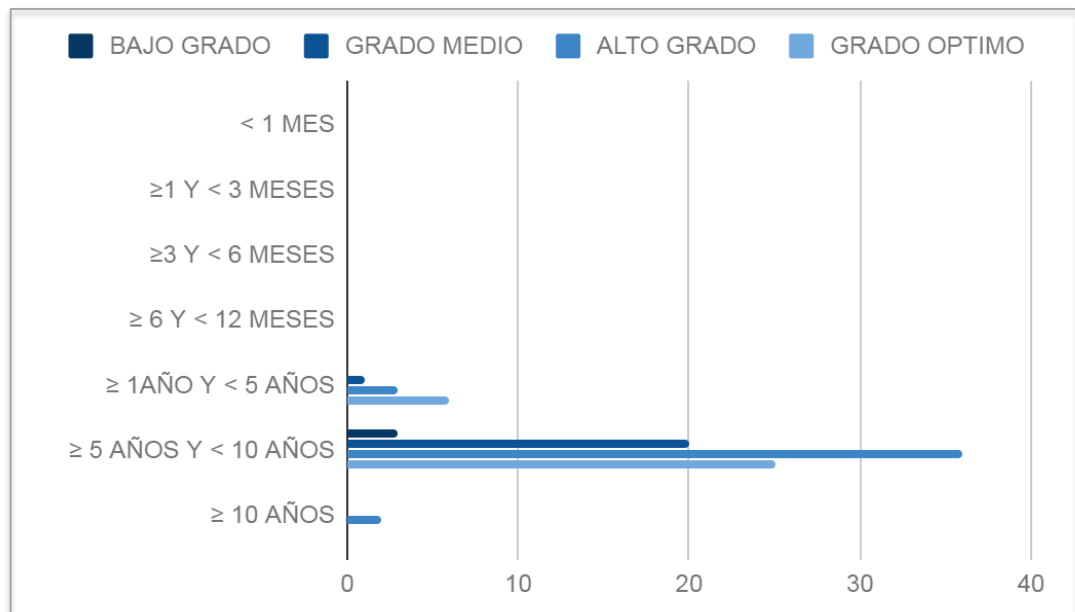
Tabla 1. Tiempo transcurrido (en años) desde diagnóstico de la enfermedad distribuido por Clínica.

CLÍNICA	N	MEDIA	DE	Mínimo	Máximo
MOV. ANORMALES	33	5,58	0,90244	3	7
TRAST. NEURODESARROLLO	18	6,61	4,59077	2	24
STROKE	17	4,59	1,46026	1	6
ENF. NEUROMUSCULARES	14	6,43	3,13085	5	17
TEC	11	5,83	1,69031	2	7
ENF. DESMIELINIZANTES	3	5,33	0,57735	5	6
TOTALES:	96	5,72	2,54	1	24

6.4.5. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.

Al profundizar en la adherencia observada en los pacientes según el tiempo de evolución transcurrido desde el momento del diagnóstico de su enfermedad, se puede observar que los pacientes con grado bajo de adherencia presentaban una evolución de entre 5 y 10 años, registrándose la mayor proporción de encuestados en ese mismo rango de tiempo de evolución de la patología (Gráfico 22).

Gráfico 22. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.



6.4.6. Análisis del tiempo transcurrido desde el ingreso a los programas de rehabilitación.

Por otro lado, al analizar el tiempo transcurrido, en meses, desde el ingreso a los programas de rehabilitación, analizado por Clínicas, se observó que el mayor valor de la media se presentaba en la Clínica de Enfermedades Neuromusculares, seguida en orden de frecuencia de la Clínica de TEC; siendo el menor valor registrado en la Clínica de Stroke (Tabla 2).

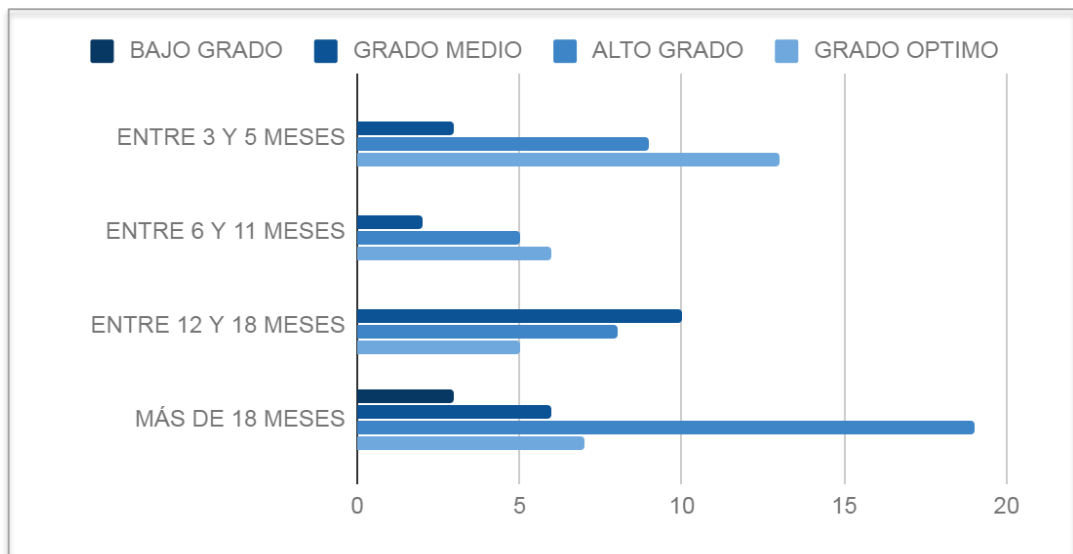
Tabla 2. Tiempo transcurrido de asistencia (en meses) al programa de rehabilitación distribuido por Clínica.

CLÍNICA	N	MEDIA	DE	Mínimo	Máximo
MOV. ANORMALES	33	16,36	8,9366	0	34
TRAST. NEURODESARROLLO	18	8,56	5,8634	0	20
STROKE	17	14,94	15,0851	0	53
ENF. NEUROMUSCULARES	14	31,21	15,9334	5	57
TEC	11	21,87	16,4724	2	47
ENF. DESMIELINIZANTES	3	8,67	5,5076	5	15
TOTALES:	96	17,61	13,75	0	57

6.4.7. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según el tiempo transcurrido desde el ingreso a los programas de rehabilitación.

Al analizar el comportamiento de la adherencia al tratamiento distribuido en relación al tiempo transcurrido desde el ingreso al programa de rehabilitación en la institución, se observó que todos los pacientes con bajo grado de adherencia presentaban más de 18 meses de ingreso al programa, predominando, por el contrario, los de grado óptimo en los pacientes ingresados en los últimos 5 meses (Gráfico 23).

Gráfico 23. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según tiempo transcurrido desde el ingreso al programa de rehabilitación.

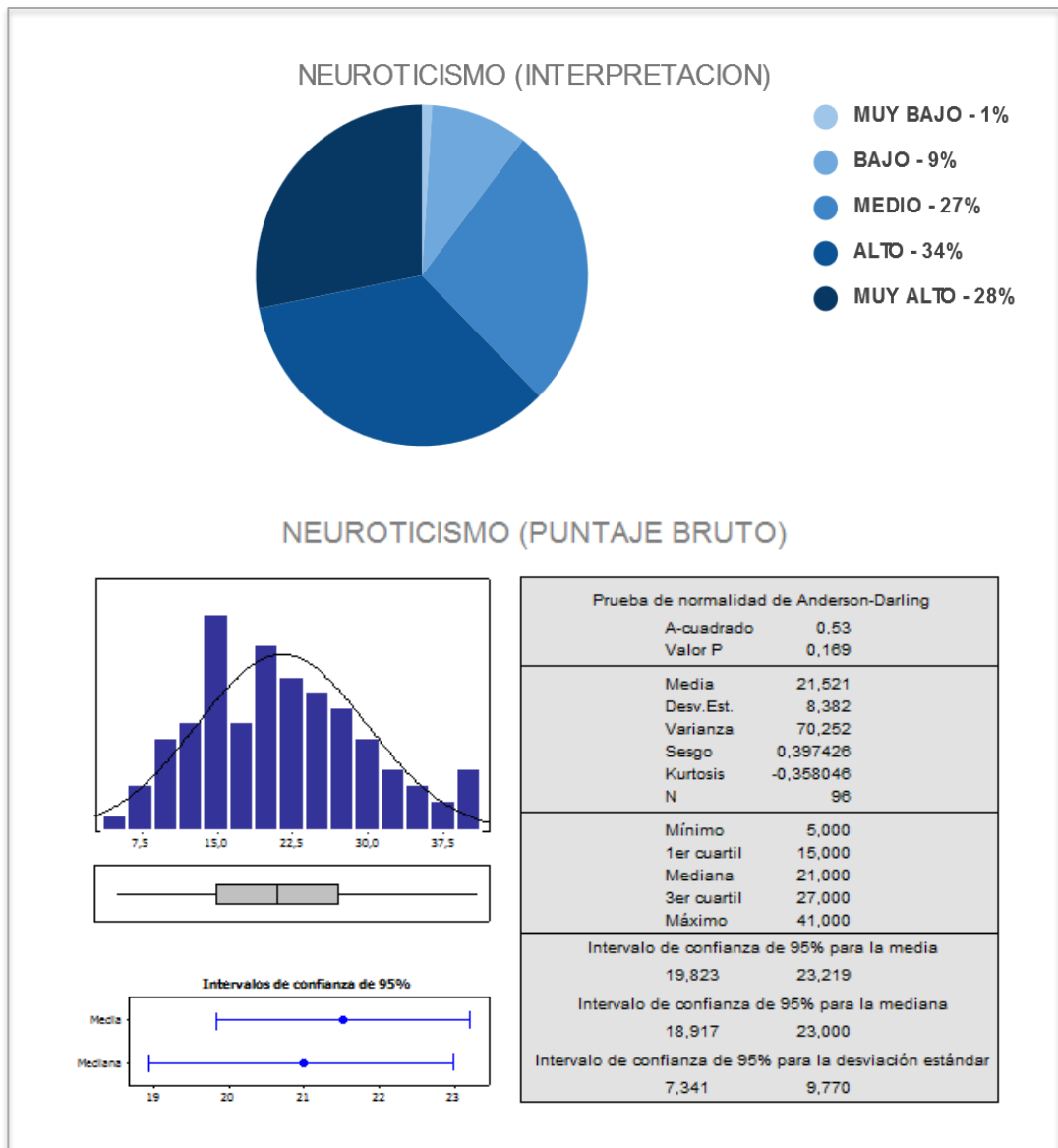


6.5. Análisis de los resultados hallados en Inventario de Personalidad NEO FFI

6.5.1. Neuroticismo.

Se analizaron los distintos niveles del factor de personalidad “neuroticismo” hallados en las personas atendidas. Se observó que el 62% de las personas atendidas presentaba niveles altos o muy altos de esta variable, mientras que sólo el 10% de los encuestados presentaban niveles bajos o muy bajos de este factor (Gráfico 24).

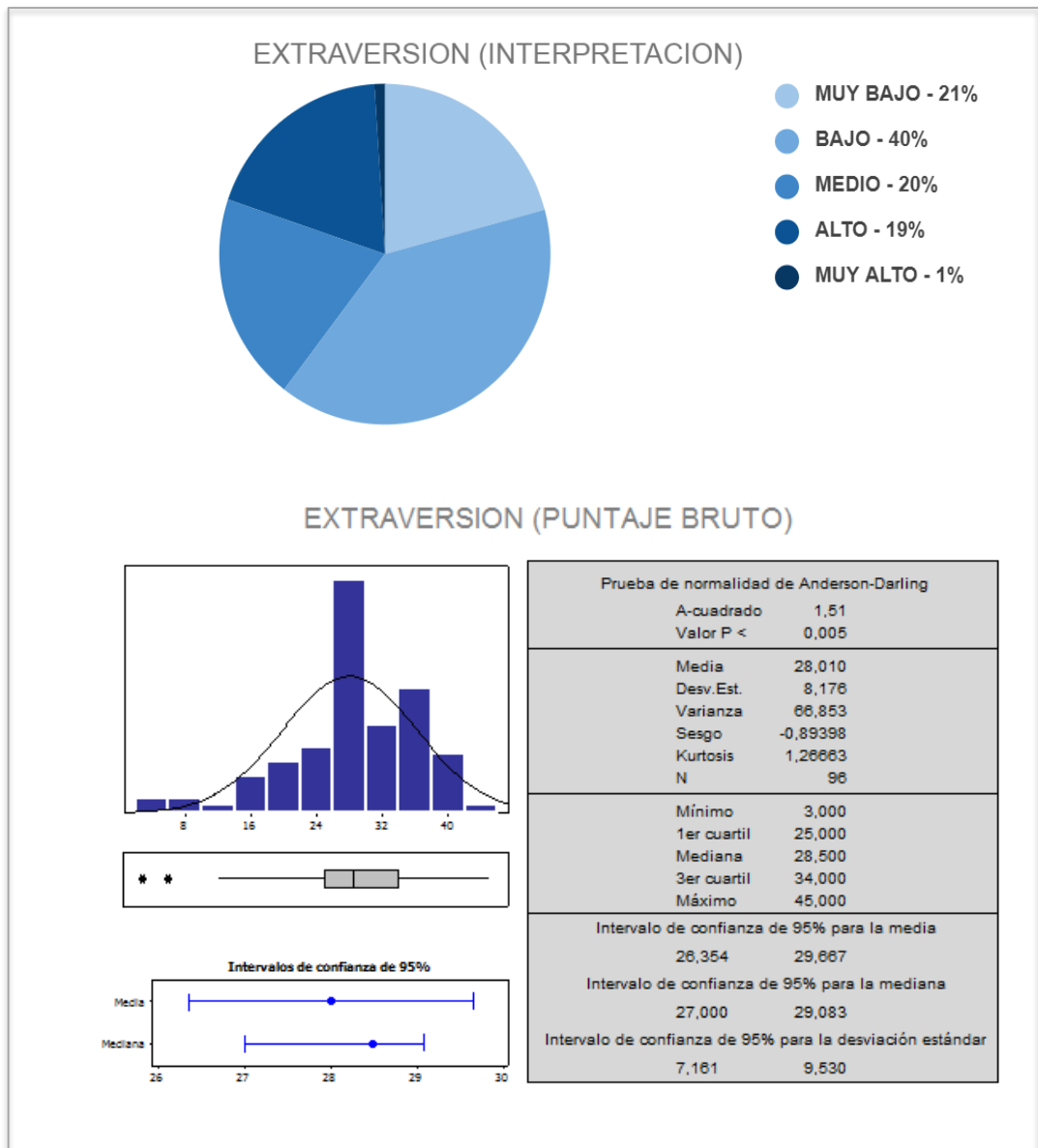
Gráfico 24. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión neuroticismo.



6.5.2. Extraversión.

Al evaluar el factor “extraversión”, se encontró, a diferencia del factor analizado previamente, que sólo el 20% de los pacientes presentaba niveles altos o muy altos de esta variable, ocupando los niveles bajo y muy bajo el 61% del total de la muestra (Gráfico 25).

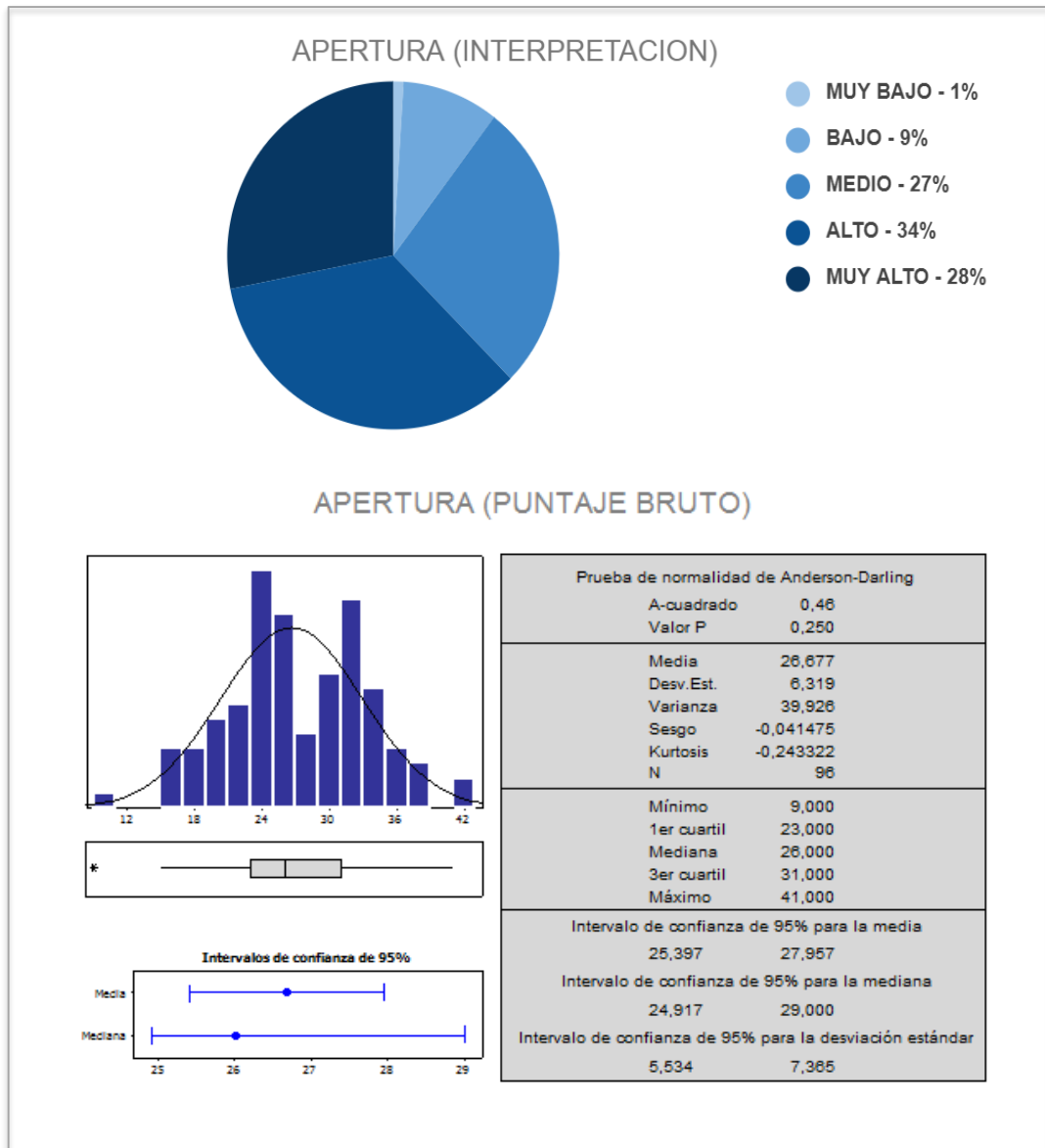
Gráfico 25. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión extraversión.



6.5.3. Apertura.

En relación al factor “apertura”, se hallaron resultados muy similares al factor neuroticismo (Gráfico 26).

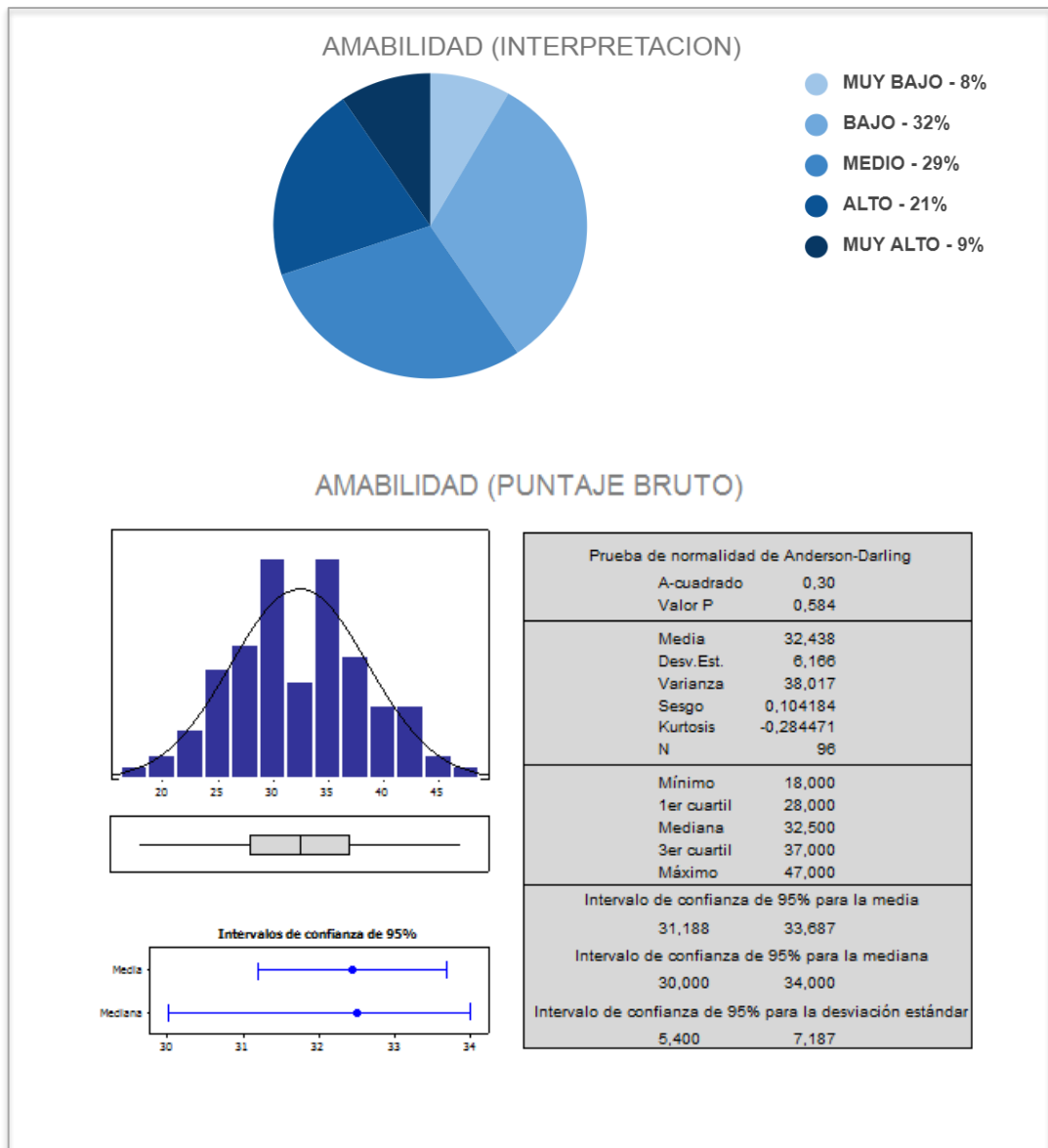
Gráfico 26. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión apertura.



6.5.4. Amabilidad.

En lo que respecta al factor “amabilidad”, la distribución hallada fue más homogénea, tendiendo a observarse menor porcentaje de pacientes en los niveles extremos (Gráfico 27).

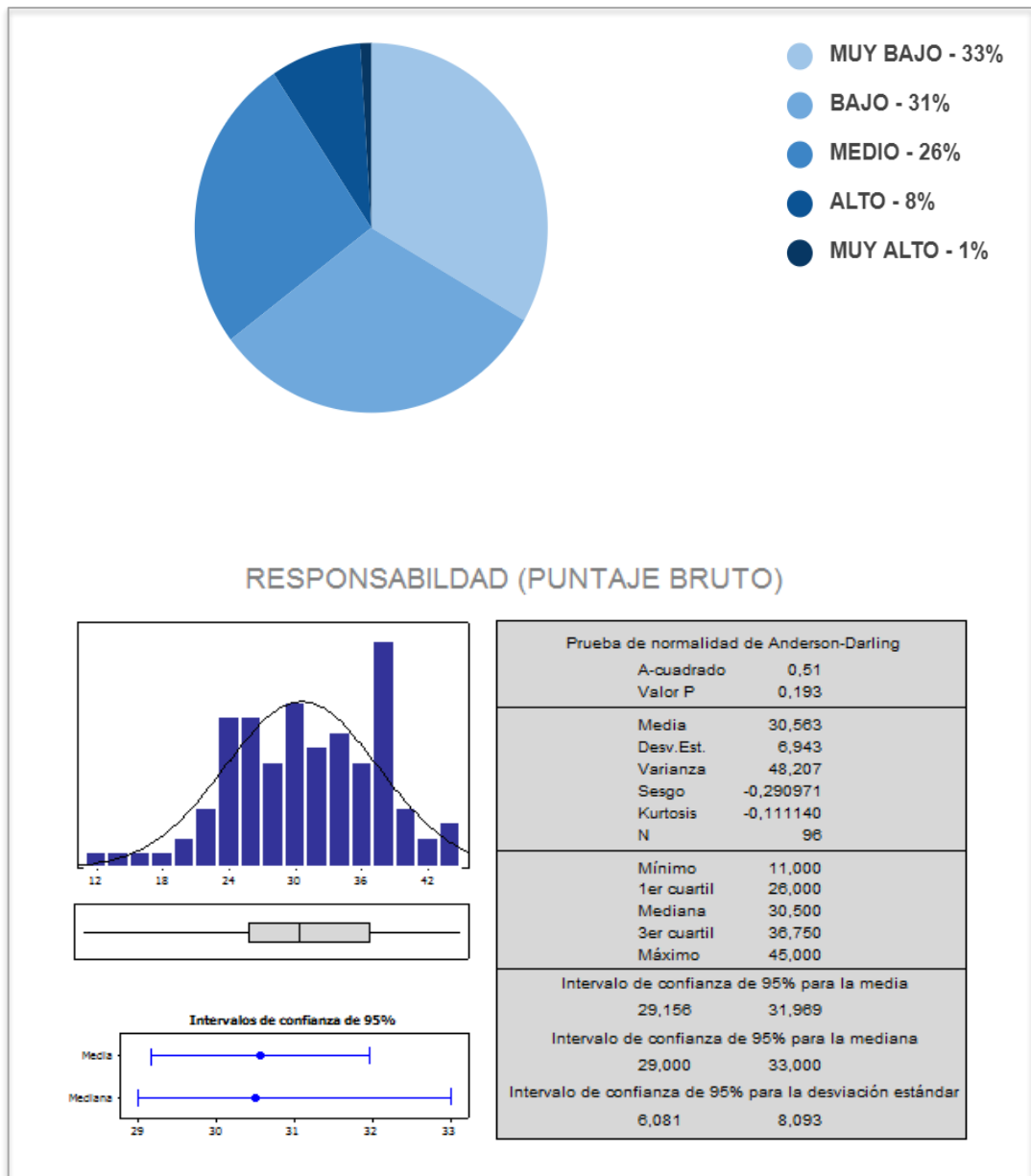
Gráfico 27. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión amabilidad.



6.5.5. Responsabilidad.

Al analizar la variable “responsabilidad”, se observó que alrededor de dos tercios de los encuestados presentaba niveles bajos o muy bajos de este rasgo, ocupando los niveles altos y muy altos sólo un 10% de la totalidad de los pacientes evaluados (Gráfico 28).

Gráfico 28. Distribución de pacientes según los niveles hallados de la dimensión responsabilidad.



6.5.6. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según resultados hallados en Inventario de Personalidad NEO FFI.

Se profundizó en la evaluación de la adherencia en cada rasgo de la personalidad evaluado en los encuestados. No se observaron patrones característicos en ninguna de las dimensiones, salvo en el rasgo amabilidad,

donde todos los pacientes con grado bajo de adherencia presentaban niveles muy altos del rasgo (Gráficos 29, 30, 31, 32 y 33).

Gráfico 29. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión neuroticismo.

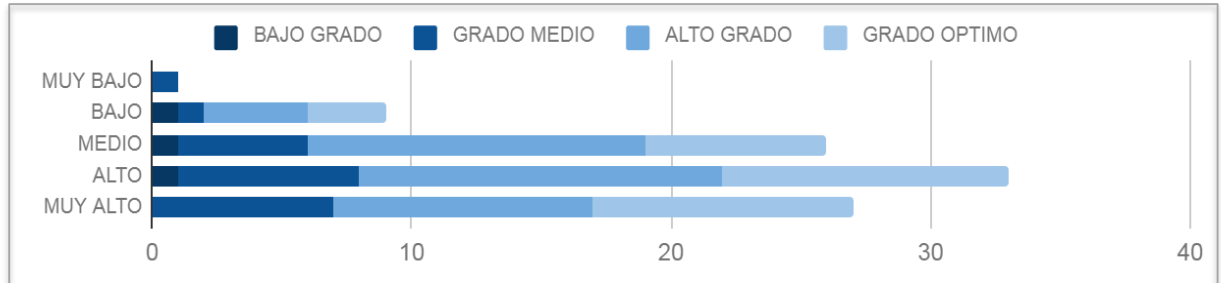


Gráfico 30. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión extraversión.

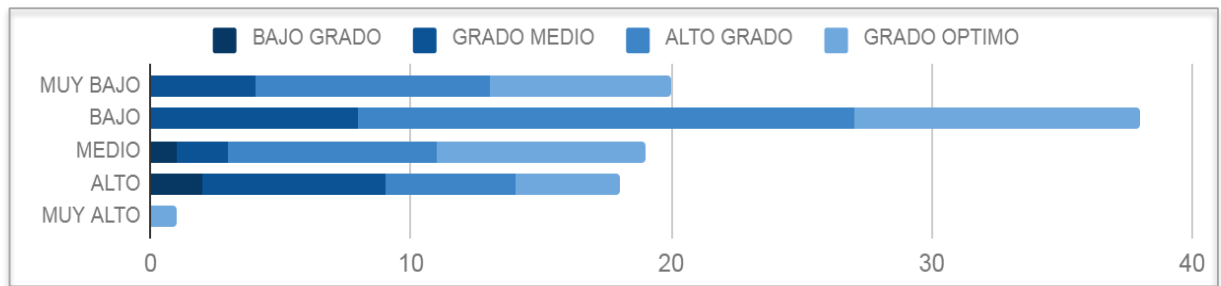


Gráfico 31. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión apertura.

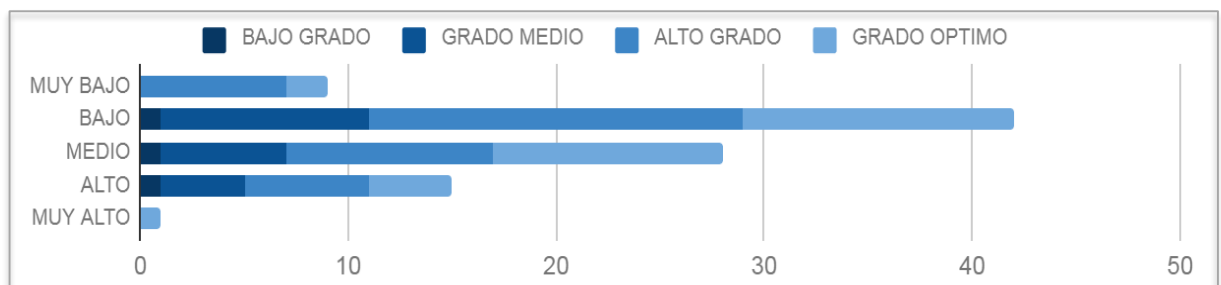


Gráfico 32. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión amabilidad.

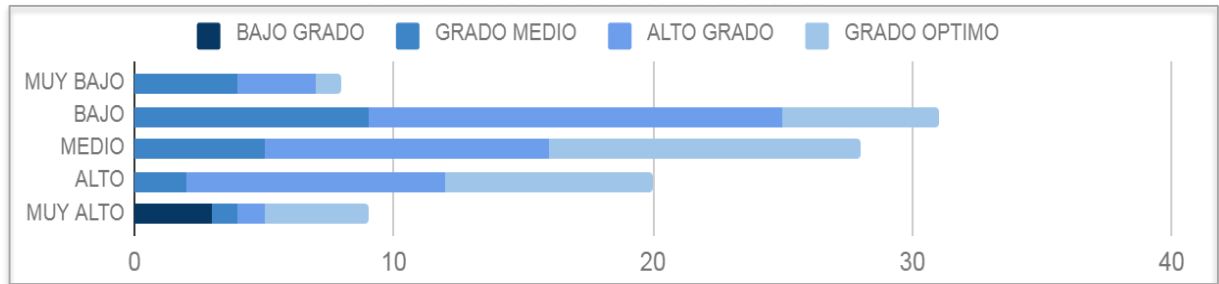
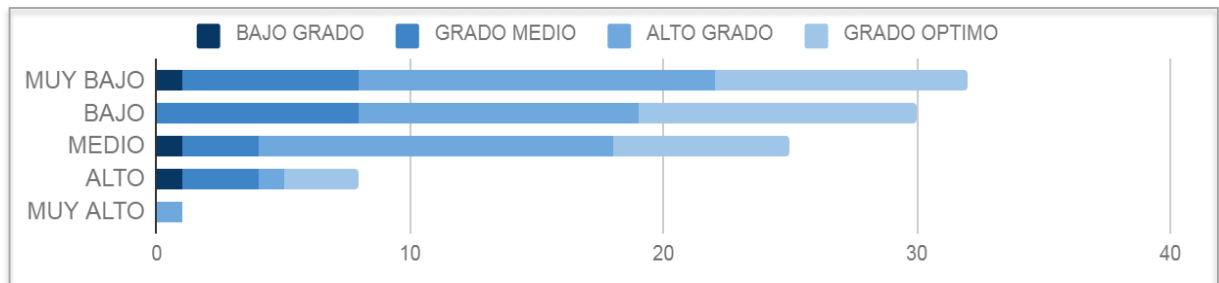


Gráfico 33. Adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión responsabilidad.

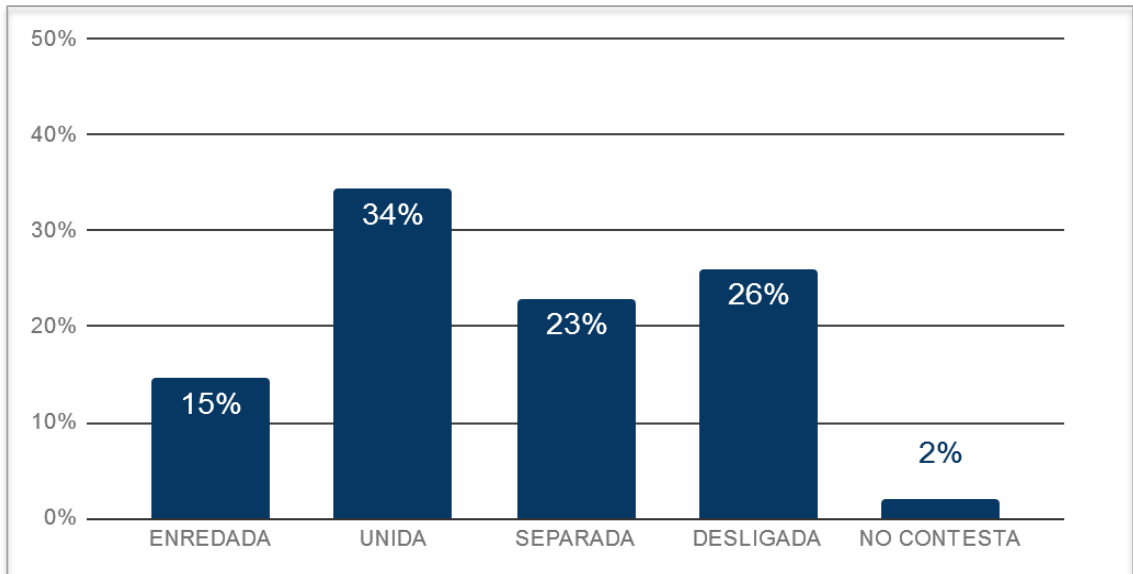


6.6. Funcionamiento familiar

Al profundizar en el estudio del vínculo entre los integrantes de la familia de cada paciente evaluado, lo que permite obtener una visión de su funcionamiento familiar, se observó lo siguiente:

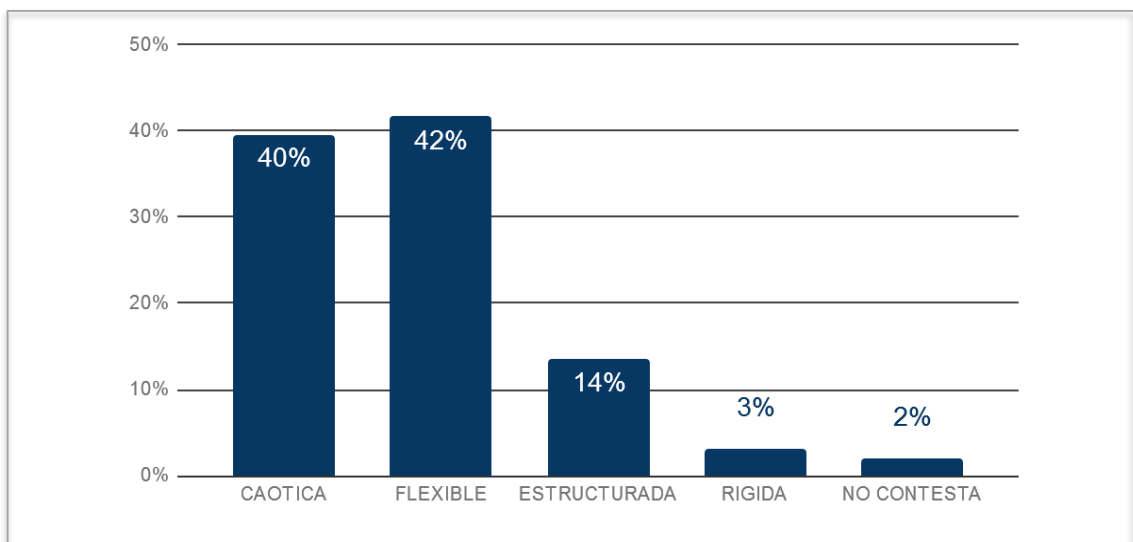
A nivel de cohesión, predominó el tipo de familia unida, en un tercio de los pacientes. Sin embargo, si sumamos los porcentajes correspondientes a familias enredadas, separadas y desligadas, las mismas ocupan un porcentaje elevado del total de las familias evaluadas. En el caso de los dos pacientes que no respondieron a la encuesta, se debe a que los mismos no cuentan con familiares directos (Gráfico 34).

Gráfico 34. Escala de clima social familiar: dimensión cohesión.



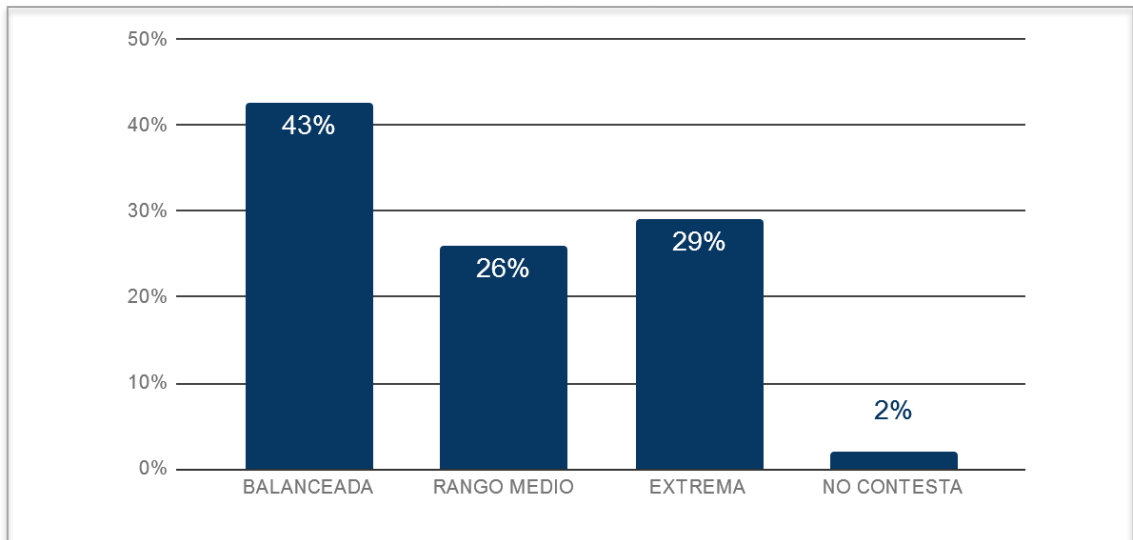
En relación a la dimensión adaptabilidad, se observaron porcentajes similares de familias caóticas y flexibles, siendo las estructuradas y rígidas obtenidas en porcentajes mucho menores (Gráfico 35).

Gráfico 35. Escala de clima social familiar: dimensión adaptabilidad.



Finalmente, en relación a los datos obtenidos, podemos ver que el mayor porcentaje de las familias analizadas, cercano al 50%, presentaba familias balanceadas, distribuyéndose el resto del porcentaje entre las familias de rango medio y extremas, en valores similares (Gráfico 36).

Gráfico 36. Escala de clima social familiar: Tipo de familia.



6.6.1. Análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador según funcionamiento familiar.

Al analizar el comportamiento de la adherencia en ambas dimensiones, se pudieron observar asimetrías en la distribución sólo en los pacientes con bajo grado de adherencia. Contrariamente a lo esperado, en cuanto a la variable cohesión, los pacientes con bajo grado presentaban familias unidas o enredadas. En relación a la variable adaptabilidad, el mismo grupo de pacientes presentaba familias flexibles o estructuradas; no observándose diferencias significativas en relación al tipo de familia en los otros grados de adherencia (Gráficos 37 y 38).

Gráfico 37. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión cohesión.

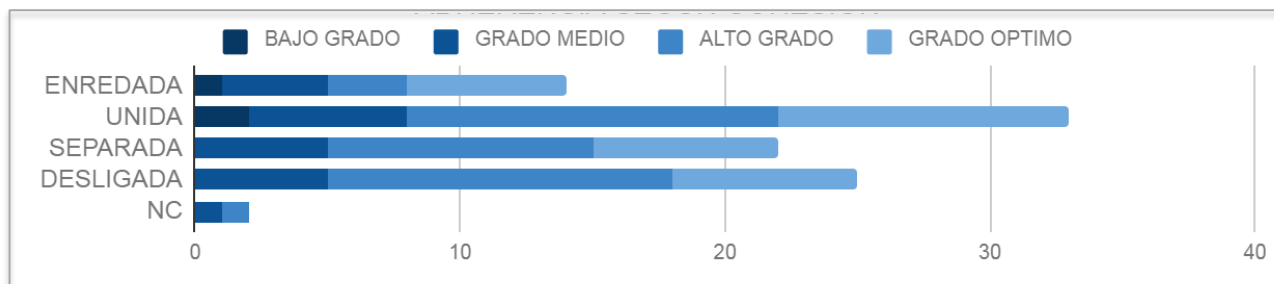
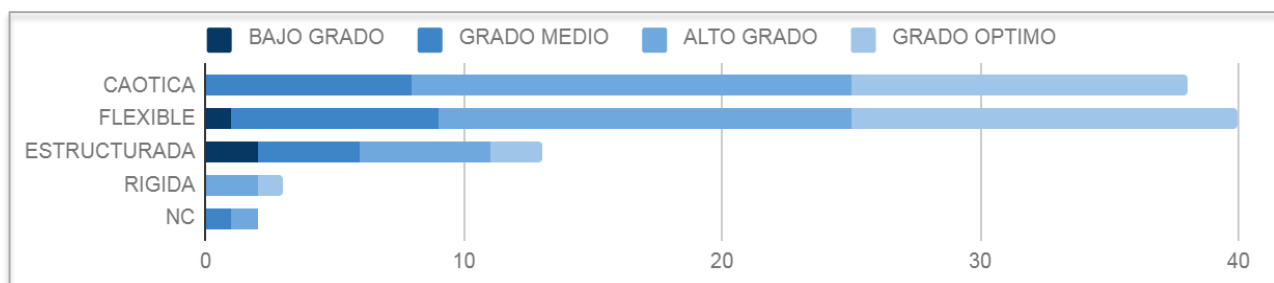
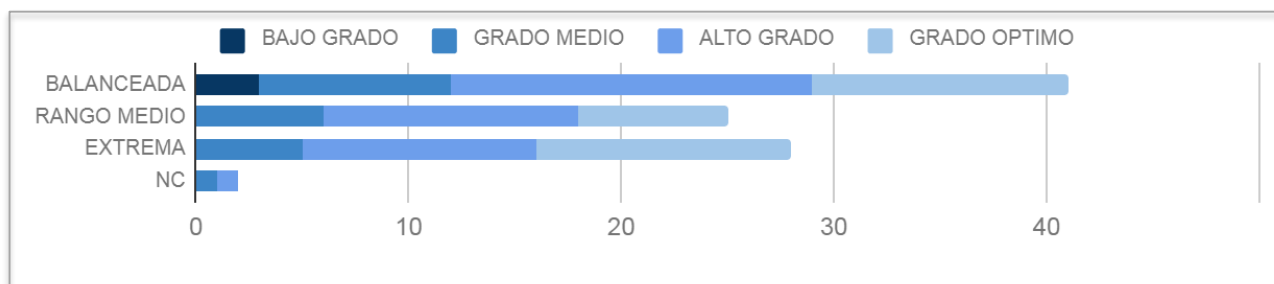


Gráfico 38. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según la dimensión adaptabilidad.



Por último, en lo que respecta al tipo de familia, los pacientes que presentaban bajo grado de adherencia, pertenecían todos a familias balanceadas, sin encontrarse diferencias significativas al analizar los otros grados de adherencia (Gráfico 39).

Gráfico 39. Distribución de la adherencia al tratamiento rehabilitador según tipo de familia.



7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En relación a las características de la población en estudio, se encontró un predominio leve del sexo femenino, con un rango etario predominante de mayores de 60 años (media de 57 años), sin diferencias significativas en los diferentes rangos etarios, según sexo.

En lo que respecta al análisis de la adherencia al tratamiento rehabilitador pautado, diversos estudios ponen en evidencia porcentajes variables de adherencia a los tratamientos en diferentes condiciones. Sin embargo, ninguno de los trabajos analizados evalúa el comportamiento de esta variable en los pacientes que realizan programa integral de neurorehabilitación. Como se señaló previamente, Martín y Grau⁴ informan que, en general, el 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas este porcentaje llega al 20%, mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría el 45%. En nuestra población, casi la mitad de los evaluados (43%) presentaba alto grado de adherencia, el cual involucraba un porcentaje de asistencia a las sesiones pautadas de rehabilitación comprendido entre el 65 y 84%, elevándose el porcentaje de pacientes a un 75% al adicionar los casos que presentaron grado óptimo. Los resultados hallados cumplen con las expectativas propuestas para este indicador institucional de eficacia terapéutica.

En cuanto a estos últimos pacientes que presentaron niveles óptimos de adherencia, los mismos predominaron en el grupo con menor tiempo de asistencia al programa, sin diferencias significativas entre el resto de las variables evaluadas. Lo planteado anteriormente nos hace pensar en que el tiempo transcurrido desde el ingreso al programa debería ser una de las variables a tener más presentes como equipo de rehabilitación, planteando, quizás, la posibilidad de un esquema terapéutico intermitente con intervalos de descanso programados, fundamentalmente en las patologías crónicas, degenerativas. A su vez, analizando según las diferentes Clínicas, los

pacientes correspondientes a la Clínica de Stroke fueron los que presentaron mayor grado de adherencia. Cabe destacar que es ésta la patología de mayor prevalencia entre los pacientes que ingresan en estadio subagudo de la enfermedad.

Por el contrario, en lo que respecta a los pacientes que presentaron bajo grado de adherencia (asistencia menor al 45%), siendo la minoría de los casos (3%), se observó que la totalidad era de sexo femenino, de rangos etarios medio o mayor, todos casados, con financiador convenido para realizar el tratamiento, y con variabilidad en cuanto a nivel de escolaridad, ocupación y modalidad de traslado. Dichos casos pertenecían a diferentes Clínicas (Movimientos Anormales, Stroke y TEC), presentaban entre 5 y 10 años de evolución de la enfermedad, y más de 18 meses de asistencia al programa. Es de importancia aclarar que esta reducida cantidad de pacientes con baja adherencia no dan lugar a generalizar conclusiones acerca de cuáles de las variables estudiadas podrían incidir en las inasistencias a las sesiones pautadas.

A su vez, al analizar las distintas variables sociodemográficas propuestas, podemos decir que el requerimiento de transporte adaptado fue necesario en un porcentaje menor de los pacientes, dato que subestima a esta variable como limitante de acceso al programa de rehabilitación. En lo que respecta al nivel educacional, el gran porcentaje de éstos presentaban nivel de escolaridad elevado, con escuela secundaria finalizada o mayor nivel de educación formal alcanzado. En cuanto a la actividad laboral de los pacientes, sólo un tercio de los mismos se encontraba laboralmente activo. Al encontrarse la mayoría sin trabajar mientras realizaban su rehabilitación, esta variable no generaría una limitante, desde el punto de vista horario, en las personas atendidas. Así mismo, en lo vinculado a la modalidad de abono del módulo de rehabilitación, al contar la gran mayoría de los pacientes con financiador convenido, esta variable no sería tampoco una limitante, desde el punto de vista económico, para la adherencia al tratamiento rehabilitador. Cabe aclarar en este punto, que la minoría de los pacientes que debían abonar su tratamiento en efectivo presentaban todos grado óptimo de adherencia.

En cuanto a las variables clínicas asociadas, es de interés resaltar que casi la mitad de los pacientes presentaba diagnóstico de enfermedades neurológicas crónicas, de diferentes años de evolución, las cuales generan gran impacto en las actividades de la vida diaria y en el estado anímico, así como también, en el funcionamiento familiar. En lo que respecta a enfermedades asociadas o coexistencias, se observó que casi la mitad de los pacientes no presentaba diagnóstico de otra enfermedad asociada, siendo la HTA la que prevaleció dentro de las patologías halladas.

En relación a los rasgos de personalidad analizados en los pacientes incluidos, los niveles altos y muy altos de neuroticismo y apertura observados, así como de extraversión y responsabilidad bajos y muy bajos, indicarían un perfil mayoritario de personas con tendencia a experimentar estados emocionales negativos, con menor capacidad de enfrentarse a situaciones de estrés que los demás, y poco persistentes en las actividades que tienen que llevar a cabo. A pesar del predominio de estos rasgos hallados, al analizar los distintos grados de adherencia según rasgo de la personalidad, no se observaron diferencias significativas en la distribución. Como dato a tener en cuenta, se observó que la totalidad de los pacientes que presentaban grado bajo de adherencia pertenecían todos al grupo de niveles muy altos de amabilidad.

En lo que respecta a los resultados hallados en cuanto al tipo de familia observada en las personas atendidas, tampoco se han encontrado diferencias significativas en cuanto a grados de adherencia al tratamiento en las distintas dimensiones evaluadas.

En adición a lo planteado previamente, considero de jerarquía el dato de que casi un tercio de los pacientes en estudio presentan familias desligadas, donde tienen pocas actividades en común y no comparten tiempo entre sus integrantes. Este punto debe tenerse presente tanto en el diseño del tratamiento como en los objetivos planteados, ya que la familia es considerada un eslabón fundamental en la evolución clínica y respuesta terapéutica en nuestros pacientes. A su vez, en cuanto a la dimensión adaptabilidad,

debemos tener en cuenta que el 40% pertenecían a familias de tipo caóticas, caracterizadas por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, y disciplina muy cambiante o ausente, perfil que tampoco colaboraría con el aporte necesario desde el entorno familiar para optimizar recursos, logrando una buena respuesta al tratamiento rehabilitador. Así mismo, y más allá de los datos hallados en las dos dimensiones analizadas, al evaluar el tipo de familia encontrado en general, se pudo observar que un valor cercano a la mitad de las personas atendidas presentaba familias balanceadas. En relación con este último punto, debemos tener en cuenta que, probablemente, la ubicación contextual de cada familia, al estar un integrante de la misma cursando un problema de salud, que con frecuencia es de jerarquía, podría modificar el funcionamiento de los núcleos familiares de las personas atendidas.

Por último, a pesar de no haber obtenido resultados significativos desde el punto de vista estadístico en la población estudiada, que nos permita asociar el grado de adherencia del paciente con alguna de las variables analizadas, considero de gran utilidad poder contar con la información obtenida, a fin de poder conocer, en primer lugar, el perfil epidemiológico de nuestra población, así como también facilitar la comprensión de los diferentes comportamientos individuales desde el inicio del tratamiento rehabilitador. Dicha información resulta de importancia en el transcurso de este proceso de diseño personalizado, muchas veces prolongado y difícil de sostener, en pacientes con diagnóstico de diversas enfermedades neurológicas, que generan con gran frecuencia impacto en la persona atendida en las distintas esferas de su ciclo vital.

En lo que respecta al grupo con baja adherencia al tratamiento rehabilitador, al presentar el mismo un número reducido de pacientes, no nos permite profundizar en las diversas variables que podrían estar relacionadas con el ausentismo reiterado al tratamiento, siendo dicho grupo nuestra prioridad al momento de identificar, intervenir y mejorar la asistencia desde el inicio al programa.

Para concluir, los resultados hallados en la población de grado bajo y medio de adherencia no pueden generalizarse, y, tal vez, futuros trabajos deban estar orientados a analizar estos grupos poblacionales, con un número mayor de pacientes que nos permita identificar con más contundencia aquellos motivos que podrían estar relacionados con la falta de adherencia al programa de neurorehabilitación integral.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*. 2007; 647-652.
2. World Health Organization. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud. 2004.
3. National Heart, Lung and Blood Institute. *Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. 1998.
4. Martin L, Grau J. *La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud*. Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones. Universidad de Guadalajara. 2005.
5. Guzmán, YR, Estrada OL, Crespo O. Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. *RFS 2.1*. 2015; 39-50.
6. Alfonso LM, Abalo JAG. *La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud*. *Psicología y salud*. 2004; 14: 89-99.
7. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile* 135.5. 2007; 647-652.
8. Cramer J, et al. Terminology and Definitions. *Medication Compliance and Persistence*. *Value Health*. 2008; 11: 44-7.

9. Sabaté E. WHO Adherence Meeting Report. 2001. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf>.
10. Haynes RB. Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. eds. Compliance with health care. Baltimore: J. Hopkins University Press. 1979.
11. Moreno SP, Gil Roales-Nieto E. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 3.1. 2003.
12. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999;1: 45-57.
13. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III). Minnesota: University of Minnesota; 1985. 180 p.
14. Rosasa EP, Clavelinab FG, Trillo MT, Coriad, AI, & Ibáñez SL. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria. 2002; 10: 624-630.
15. Costa, Paul T., McCrae, Robert R. Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO PI-R): Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI). Manual Profesional Madrid: Tea. 1999.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO I. Cuestionario estandarizado.

Trabajo de Investigación: “Adherencia al tratamiento rehabilitador ambulatorio, y factores asociados a la misma, en pacientes adultos que asisten a Instituto de Neurociencias de la ciudad de Rosario”.

Paciente: _____

Edad: _____

Sexo:

- Femenino
- Masculino

Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- En pareja
- Viudo

Escolaridad:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria incompleta
- Terciaria completa
- Universitaria incompleta
- Universitaria completa

Ocupación actual:

- Empleado
- Trabajador independiente
- Estudiante
- Jubilado
- Pensionado por invalidez
- Desempleado (por la situación de discapacidad)
- Desempleado (por otras causas)

Modalidad de abono:

- Particular
- Reintegro
- Financiador convenido

Modalidad de traslado:

- En vehículo propio con acompañante
- En transporte público con acompañante
- Requerimiento de transporte adaptado para personas con capacidades diferentes

Diagnóstico médico neurológico:

- Enfermedad Cerebrovascular
- Enfermedad Neuromuscular
- Enfermedad Desmielinizante
- Traumatismo de Cráneo o Medular
- Trastorno del Neurodesarrollo
- Enfermedad de Parkinson u otro mov. anormal

Tiempo de evolución de dicha afección:

- < 1 mes
- ≥ 1 y < 3 meses
- ≥ 3 y < 6 meses
- ≥ 6 y < 12 meses

- ≥ 1 año y < 5 años
- ≥ 5 años y < 10 años
- ≥ 10 años

Edad que presentaba al momento del diagnóstico de la afección neurológica: _____ años

Fecha de Ingreso al Programa de Rehabilitación: mes _____
año _____

Coexistencia de otra enfermedad crónica:

- Niega
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Síndrome depresivo
- Dislipemia
- Cardiopatía isquémica
- Arritmia cardíaca
- Artrosis
- Otro.

9.2. ANEXO II. Consentimiento Informado

Rosario, ____/____/____

Sr/Sra. Participante:

El instituto de Neurología Cognitiva INECO Oroño es una institución dedicada a la asistencia clínica y al desarrollo del conocimiento científico. Es por este motivo que solicitamos su autorización para utilizar los datos obtenidos en sus evaluaciones clínicas, cognitivas, conductuales y estudios complementarios, a fin de incluirlos en estudios que permitan conocer las características de los distintos pacientes que consulten en INECO.

A través de su consentimiento, usted acepta que:

1. Su participación es totalmente voluntaria, pudiendo negarse a firmar el presente sin que ello lo afecte en modo alguno o modifique el tratamiento que realice.
2. Se resguardará su identidad y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos personales, así como de su desempeño.
3. El uso de los datos de la historia Clínica y Métodos Complementarios realizados para fines científicos no le significará ningún tipo de retribución económica. Únicamente se verá beneficiado indirectamente al aumentar el conocimiento sobre las características de las enfermedades neurocognitivas y psiquiátricas en nuestro país.
4. Los datos obtenidos serán analizados estadísticamente y podrán ser presentados en reuniones y publicaciones científicas respetando el anonimato.
5. Conoce los fines de la utilización de los datos, y todas sus dudas han sido respondidas por el/los profesional/es tratantes.

FIRMA DEL PACIENTE
O REPRESENTANTE LEGAL
ACLARACIÓN
DNI

FIRMA DEL PROFESIONAL
ACLARACIÓN
DNI

9.3. ANEXO III. Inventario de Personalidad NEO FFI

EDAD SEXO

--	--

		en total desacuer do	en desacuer do	neutral	de acuerdo	totalment e de acuerdo
1	A menudo me siento inferior a los demás	A	B	C	D	E
2	Soy una persona alegre y animosa	A	B	C	D	E
3	A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.	A	B	C	D	E
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente	A	B	C	D	E
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme	A	B	C	D	E
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso	A	B	C	D	E
7	Disfruto mucho hablando con la gente	A	B	C	D	E
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mi	A	B	C	D	E
9	A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero	A	B	C	D	E
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada	A	B	C	D	E
11	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores	A	B	C	D	E
12	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente	A	B	C	D	E
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales	A	B	C	D	E
14	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero	A	B	C	D	E

15	Trabajo mucho para conseguir mis metas	A	B	C	D	E
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada	A	B	C	D	E
17	No me considero especialmente alegre	A	B	C	D	E
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza	A	B	C	D	E
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear	A	B	C	D	E
20	Tengo mucha auto-disciplina	A	B	C	D	E
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza	A	B	C	D	E
22	Me gusta tener mucha gente alrededor	A	B	C	D	E
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas	A	B	C	D	E
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar	A	B	C	D	E
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.	A	B	C	D	E
26	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar	A	B	C	D	E
27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas	A	B	C	D	E
28	Tengo mucha fantasía	A	B	C	D	E
29	Mi primera reacción es confiar en la gente	A	B	C	D	E
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez	A	B	C	D	E
31	A menudo me siento tenso o inquieto	A	B	C	D	E
32	Soy una persona muy activa	A	B	C	D	E
33	Me gustaría concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.	A	B	C	D	E

34	Algunas personas piensan de mi que soy frio y calculador	A	B	C	D	E
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.	A	B	C	D	E
36	A veces me siento amargado y resentido	A	B	C	D	E
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.	A	B	C	D	E
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana	A	B	C	D	E
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana	A	B	C	D	E
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo	A	B	C	D	E
41	Soy bastante estable emocionalmente	A	B	C	D	E
42	Huyo de las multitudes	A	B	C	D	E
43	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.	A	B	C	D	E
44	Trato de ser humilde	A	B	C	D	E
45	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo	A	B	C	D	E
46	Rara vez estoy triste o deprimido	A	B	C	D	E
47	A veces rebose de felicidad	A	B	C	D	E
48	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos	A	B	C	D	E
49	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna	A	B	C	D	E
50	En ocasiones primero actúo y luego pienso	A	B	C	D	E
51	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento	A	B	C	D	E
52	Me gusta estar donde está la acción	A	B	C	D	E

53	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países	A	B	C	D	E
54	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario	A	B	C	D	E
55	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna	A	B	C	D	E
56	Es difícil que yo pierda los estribos	A	B	C	D	E
57	No me gusta mucho charlar con la gente	A	B	C	D	E
58	Rara vez experimento emociones fuertes	A	B	C	D	E
59	Los mendigos no me inspiran simpatía	A	B	C	D	E
60	Muchas veces no reparo de antemano lo que tengo que hacer.	A	B	C	D	E

- ¿ha respondido a todas las frases? **si** **no**
- ¿ha anotado sus respuestas en los lugares indicados? **si** **no**
- ¿ha respondido fiel y sinceramente a las frases? **si** **no**

9.4. ANEXO IV. Escala de clima social familiar FACES III

(D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen.

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Describe su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- 11. Nos sentimos muy unidos
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- 14. En nuestra familia las reglas cambian
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad
- 19. La unión familiar es muy importante
- 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.