



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ” DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE

**ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA  
DETECCIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE  
ADHERENCIA AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA  
EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO.**

TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MÉDICO ESPECIALISTA EN  
**MEDICINA DE REHABILITACIÓN**

P R E S E N T A

**DRA. ABRIL VALDESPINO LÓPEZ**

**MÉXICO, D. F.**

**2010**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



**ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA DETECCIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO.**

**PRESENTA**

**DRA. ABRIL VALDESPINO LÓPEZ**

Médico Residente de la Especialidad de Medicina de Rehabilitación.

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

**ASESOR**

---

**DR. JORGE VILLALOBOS LÓPEZ**

Médico Especialista de Medicina de Rehabilitación.  
Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narváez.

**ASESOR**

---

**DR. JAIME ALFREDO CASTELLANOS ROMERO**

Médico Especialista de Medicina de Rehabilitación.  
Jefe de la Consulta Externa.

**TUTOR**

---

**DRA. EVANGELINA PÉREZ CHÁVEZ**

Médico Especialista de Medicina de Rehabilitación  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.





Instituto Mexicano del Seguro Social



Unidad Médica de Alta Especialidad “Dr. Victorio de la  
Fuente Narváez”  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

**ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA DETECCIÓN  
DE FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL PROGRAMA  
DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO  
NEUROLÓGICO.**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

---

**DR. IGNACIO DEVESA GUTIÉRREZ.**

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Director de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

Profesor Titular del Curso Universitario de la Especialidad de Medicina de  
Rehabilitación. I.M.S.S - U.N.A.M.

---

**DRA. MARIA ELENA MAZADIEGO GONZÁLEZ.**

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMFRRN.

Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación.

## DEDICATORIAS

Gracias a Dios por ser la luz que ilumina mi camino y mi fortaleza para lograr todas las metas que me he propuesto en la vida.

A mis padres por el gran amor y amistad que siempre me han dado, por ser un gran ejemplo en mi vida, por creer en mi y compartir conmigo todos mis momentos. quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo incondicional. Los amo con todo mi corazón.

A mi hermano porque desde el momento que nació lleno mi vida de alegría, porque se que siempre que te necesite estarás conmigo y yo contigo. Te quiero mucho.

A Carlos el amor de mi vida por su apoyo incondicional, comprensión, por ser mi amigo, porque en los momentos difíciles de esta etapa de mi carrera siempre estuviste ahí para impulsarme a seguir adelante, me doy cuenta de que al concluir esta etapa importante en mi vida no he llegado sola, por que tu siempre has estado conmigo. Te amo.

A mis amigos de toda la vida por que se que a pesar de la distancia siempre cuento con ustedes.

## AGRADECIMIENTOS

Al doctor Ignacio Devesa por su colaboración en la realización de este trabajo y mi formación.

A la Dra. María Elena Mazadiego por su apoyo, orientación y conocimientos aportados en estos tres años.

A mis compañeros: Iván, Juan Manuel, Ana, Paola, Irazù, Erika y Janely por todos los momentos que pasamos juntos en estos tres años.

A la Dra. Evangelina Pérez Chávez, Dr. Jorge Villalobos y Dr. Jaime Castellanos por el tiempo y conocimientos aportados en la realización de la tesis.

Al Dr. Rubén Torres por la asesoría, orientación, entusiasmo y tiempo dedicado a la realización de esta tesis.

A todos los doctores de esta unidad de rehabilitación por ser parte importante en mi formación.

A todo el personal de la unidad por ser parte de esta etapa de formación, en especial a los terapeutas, asistentes médicas y personal de vigilancia por el apoyo que me brindaron durante la realización de mi tesis.

Gracias a Rosario y Elvira por todas sus palabras de apoyo y su orientación en todo momento.

## ÍNDICE

Contenido	Página.
Resumen .....	1
Introducción .....	2
Marco Teórico .....	4
Planteamiento del Problema .....	13
Justificación .....	14
Objetivos .....	16
Hipótesis .....	17
Material y Métodos .....	18
Metodología .....	20
Resultados .....	24
Discusión .....	30
Conclusiones .....	32
Bibliografía .....	34
Anexos .....	37

## RESUMEN

### **ANALISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA DETECCIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO.**

**OBJETIVO:** Crear un instrumento para la detección de factores asociados a la falta de adherencia al programa de intervención temprana en niños con factores de riesgo neurológico.

Estudio Clinimétrico. Periodo: Diciembre 2008 - Agosto del 2009.

**POBLACIÓN:** Se obtuvo en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación región Norte del Módulo de Rehabilitación Pediátrica con Factores de Riesgo Neurológico.

**CRITERIOS DE INCLUSION** .Familiares de pacientes con factores de riesgo neurológico, de los primeros días de nacido a 11 meses que se encuentren realizando el programa de intervención temprana en la UMFRRN.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:** Niños de los primeros días de nacido a 11 meses que no tengan riesgo para daño neurológico.

**TIPO DE MUESTREO:** Tamaño de muestra 104 pacientes. Fórmula para cálculo de estudios observacionales con variable de desenlace en proporciones. Proporción esperada 15%, Intervalo de confianza al 95%, Amplitud de intervalo 0.15. Alfa de 0.05, Beta de 0.20.

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Factores que influyen en la adherencia al programa. **VARIABLE DEPENDIENTE:** Adherencia terapéutica al programa de intervención temprana en niños con factores de riesgo neurológico.

**ANALISIS ESTADISTICO:** Se calcularon los valores de kappa (dicotómicas) y kappa ponderada para las categorías del nivel clínico entre los observadores.

**RESULTADOS:** En la ponderación del análisis de sensibilidad del instrumento se encontró la ponderación interobservador promedio de 51 puntos de todo el instrumento. Se identifico un solo ítem (pregunta) con un valor de 29 puntos. El porcentaje de adherencia de la muestra fue de 88.6+- 18.8% con valores de t de student con valor de  $p > 0.05$ .

**CONCLUSION:** El instrumento logra identificar los factores asociados a la falta de adherencia, es necesario modificar 1 ítem con menos de 36 puntos y reestructurar los ítems que obtuvieron menos de 50 puntos, en una segunda etapa.

## INTRODUCCIÓN

El total de nacimientos en México en el 2005 fue de 2 010 250 y según la OMS considera que del 3 al 5% de todos los embarazos son de alto riesgo y aproximadamente el 12 % son de riesgo moderado.

Resultado de los avances en la medicina perinatal y las mejoras en la atención al embarazo, parto y recién nacido de riesgo, se ha observado una disminución de la mortalidad neonatal en un 15-30% en los últimos 10 años. Sin embargo no se han disminuido las repercusiones a mediano y largo plazo. Por lo que es importante tomar en cuenta que al mejorar la atención neonatal y disminuir la mortalidad perinatal, sobreviven mayor número de niños con malformaciones congénitas o con daño previo neurológico. <sup>(1)</sup>

El diagnóstico temprano de factores de riesgo neurológico y la interpretación correcta de alteraciones discretas de una discapacidad mínima es muy importante, así como diferenciar entre un niño con retraso en el desarrollo psicomotor y otro con daño neurológico para dar un tratamiento rehabilitatorio específico. <sup>(2)</sup>

Los programas de intervención temprana son técnicas y procedimientos que tienen el objetivo de favorecer la maduración de habilidades y aptitudes necesarias para el desarrollo biopsicosocial y optimizar el desarrollo psicomotor. <sup>(9)</sup>

En los últimos decenios la importancia de la intervención temprana ha pasado a ser ampliamente reconocida, la cual se aplica en niños con factores de riesgo y trastornos en el desarrollo psicomotor; es un programa multidisciplinario enfocado a recién nacidos hasta los 5 años, con el fin de promover la salud infantil, el bienestar, prevenir el deterioro funcional, reducir al mínimo el retraso en el desarrollo y la discapacidad. <sup>(6)</sup>

La adherencia terapéutica se ha reconocido como un factor importante que afecta al tratamiento y los resultados, sin embargo son pocos los estudios que se han realizado para evaluar la calidad de adherencia terapéutica en las familias de los niños.

Esta falta de apego afecta en lo personal al paciente, el cual presentará complicaciones y secuelas que traen consigo sufrimiento, limitaciones o incapacidades irreversibles y progresivas, disfunción familiar y en lo social un costo elevado para las instituciones de salud, las cuales proporcionan servicios que son utilizados en ocasiones en forma inadecuada prolongando innecesariamente los tratamientos y en otras presentando recaídas o readmisiones las cuales se podrían evitar. <sup>(13)</sup>

## MARCO TEORICO

Los niños de alto riesgo neurológico son aquellos que por sus antecedentes prenatales, perinatales y posnatales incrementan las posibilidades de presentar trastornos en el desarrollo psicomotor. También se define como aquel niño que por sus antecedentes patológicos durante el embarazo y/o parto, tiene más probabilidades de presentar en los primeros años de vida problemas en su desarrollo psíquico, motor, sensorial o de comportamiento, los cuáles pueden ser transitorios o definitivos.

Como resultado de los avances en la medicina perinatal y las mejoras en la atención al embarazo, parto y recién nacido de riesgo, se ha observado una disminución de la mortalidad neonatal en un 15-30% en los últimos 10 años. Sin embargo no se han disminuido las repercusiones a mediano y largo plazo. Por lo que es importante tomar en cuenta que al mejorar la atención neonatal y disminuir la mortalidad perinatal, sobreviven mayor número de niños con malformaciones congénitas o con daño previo neurológico. <sup>(1)</sup>

Miranda H refiere que en el 2001 según estadísticas de un Hospital de México hubo 7,124 nacimientos 504 fueron prematuros, 204 femeninos y 300 masculinos, de los cuales 92 ingresaron a la UCIN y se reportaron 40 defunciones. Las patologías maternas que se asociaron al nacimiento prematuro fueron principalmente las infecciosas; la procedencia de medio socioeconómico bajo y el control prenatal irregular se observó en el 100% de las embarazadas. <sup>(5)</sup>

Los indicadores de alto riesgo son de tres tipos:

1. Riesgo biológico en donde se menciona el peso al nacer de 1500 grs o menos, edad gestacional de < o igual a 32 semanas, asfixia perinatal con Apgar menor de 4 a los 5 minutos, bajo peso para edad gestacional, asistencia ventilatoria por 36 hrs o más, hemorragia intracraneana grado III o IV, anomalías en el tono muscular (hipotonía, hipertonía, asimetría de tono o movimiento), crisis convulsivas (3 o más), disfunción para la alimentación, infección sintomática por TORCH, meningitis, desnutrición o mal nutrición. <sup>(2)</sup>

La prematurez y el bajo peso son los riesgos biológicos que producen una alta incidencia de trastornos del desarrollo, se ha observado que el bajo peso al nacer afecta negativamente las habilidades cognitivas reconocidas a los 7 años.

Los recién nacidos prematuros tienen mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo cognitivo, motor y problemas de comportamiento que pueden persistir en la edad adulta. <sup>(3)</sup>

La mal nutrición y presencia de infecciones durante el embarazo predispone a la restricción del crecimiento intrauterino esto se ha observado en países en desarrollo.

En pacientes con restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer (3000-3499g) presentan alteraciones en el desarrollo psicomotor, cognitivas (2 a 3 años) y problemas de comportamiento en la adolescencia en comparación con lactantes normales.

Los avances de la medicina permiten que sobrevivan niños que nacen prematuros, sin embargo, lo ideal es que el niño pase los nueve meses de gestación dentro de la madre. <sup>(7)</sup>

**2.** Riesgo establecido se considera cuando hay presencia de anomalías como hidrocefalia, microcefalia, anomalías cromosómicas o del sistema músculo-esquelético, nacimientos múltiples, mielodisplasias, miopatías congénitas, distrofias miotónicas, errores innatos del metabolismo. <sup>(2)</sup>

**3.** Riesgo social donde existe presencia de padre único, padres adolescentes, nula escolaridad, pobreza, nivel socioeconómico bajo, embarazo accidental, convivencia conflictiva en el núcleo familiar, separaciones traumáticas en el núcleo familiar, padres con bajo coeficiente intelectual (que propicia un entorno no estimulante), falta de valores culturales, antecedentes en el núcleo familiar de delincuencia.

Algunos de los factores que se consideran como riesgo ambiental es la presencia de drogadicción, alcoholismo materno, exposición al plomo, depresión. <sup>(2)</sup>

Se ha demostrado que las influencias del medio ambiente, especialmente la desnutrición y la pobreza tienen un efecto negativo en el desarrollo cognitivo. <sup>(3)</sup>

Solo del 10-41% de los padres proporcionan a sus hijos materiales para estimular su desarrollo y de estos el 11 – 33% participan activamente en la estimulación cognitiva. También se ha demostrado que la depresión materna ocasiona poca relación de la madre con su hijo y por consiguiente poca estimulación. <sup>(2, 4, 7)</sup>

Los criterios iniciales para un diagnóstico temprano de probable daño neurológico, a cualquier edad, son:

- 1.- Cambios en la postura y/o tono muscular.
- 2.- Inadecuada o falta de reacción de enderezamiento.
- 3.- Inadecuada o falta de reacción de equilibrio.
- 4.- Persistencia o postura de patrón tónico la cual impide coordinación del movimiento.
- 5.- Asimetría en la postura.
- 6.- Retardo en el desarrollo parcial o total.
- 7.- Alteraciones o falta de integración perceptual visual, auditiva, táctil y cinestésica.
- 8.- Falta de consolabilidad.<sup>(2)</sup>

El paciente de alto riesgo requiere vigilancia a largo plazo, por lo que en el primer año de vida es importante la detección de alteraciones motoras, visuales y auditivas, diagnosticando los déficits más severos como:

Malformaciones cerebrales, retraso mental, déficit sensorial, parálisis cerebral que es la primera causa de discapacidad y minusvalía en niños.<sup>(4)</sup>

Se considera una intervención en forma temprana cuando el sistema nervioso central se encuentra en la etapa de plasticidad la cual es del nacimiento hasta los 18 meses de edad. <sup>(6)</sup> La plasticidad cerebral se define como la capacidad del sistema nervioso central para adaptarse o cambiar ante una influencia externa. Son las capacidades de adaptación del SNC y su habilidad para modificar su propia organización estructural y funcional. <sup>(11)</sup>

La intervención temprana incluye actividades organizadas y coordinadas con el objetivo de intervenir en etapas tempranas de la vida cuando se detectan factores de riesgo o cuando ya existen lesiones establecidas, esto encaminado a que el niño consiga el máximo nivel de bienestar a nivel biopsicosocial y de funcionalidad. <sup>(4,9)</sup>

La atención a la familia es fundamental ya que es muy difícil la aceptación del nacimiento de un hijo con problemas, hay que procurar que los padres tengan una información precoz, veraz y adaptada a su situación emocional y cultural. Esto ayudará en la comprensión de los problemas de su hijo y a establecer una relación terapéutica basada en la confianza, constituyéndose un marco apropiado para la toma de decisiones. El nacimiento de un hijo con problemas siempre supone una ruptura en la dinámica familiar, por lo que es necesario ayudar al proceso de readaptación de la misma. <sup>(4,12)</sup>

Es importante en los niños con riesgo neurológico actuar precozmente para evitar complicaciones secundarias, individuales, familiares y sociales, así como

conseguir un desarrollo completo de las capacidades interpersonales de cada niño, llevar al máximo el potencial de independencia y su máxima integración familiar, social, escolar y laboral.

Son pocos los estudios que se han realizado que evalúan la calidad de adherencia terapéutica de las familias de los niños, se considera que los ingredientes fundamentales para lograr la adherencia terapéutica son:

- 1.- Establecer los objetivos.
- 2.- La colaboración en las tareas a realizar.
- 3.- La atención que se debe de dar a la familia.
- 4.- La educación de los cuidadores.
- 5.- La calidad de alianza que se tenga con el terapeuta. <sup>(13)</sup>

Según la OMS el cumplimiento terapéutico o adherencia debe entenderse como una conducta en la que el paciente participa racionalmente en todas las recomendaciones dadas por el grupo de profesionales para tratar su enfermedad; el nivel de apego permite evaluar la evolución clínica y éxito del tratamiento. <sup>(15,16,17)</sup>

En la falta de adherencia terapéutica interfieren las fallas o dificultades para iniciar un tratamiento, suspensión prematura de la terapia e implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta. <sup>(13)</sup>

Las enfermedades crónicas representan un desafío para los médicos tratantes, ya que las tasas de adherencia al régimen terapéutico indicado son bajas y se deterioran con el correr del tiempo. <sup>(14)</sup>

Entre los factores que aumentan la adherencia terapéutica se encuentran:

- La consideración y reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento.
- Grado de estabilidad familiar, en donde se encuentra que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento. <sup>(13, 14, 15,16)</sup>.
- Las personas que cuentan con habilidades como disciplina y planeación tendrán más posibilidades de manejar en forma adecuada sus tratamientos.
- Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos ya que tienen mayor interés en continuar y mantener sus tratamientos.
- Supervisión cercana del médico o terapeuta.

Dentro de los factores que se considera tienden a disminuir la adherencia al tratamiento se encuentran:

- Complejidad del tratamiento.

- Grado de cambio de conducta requerido. Aquellos pacientes que necesiten llevar acabo grandes cambios en su estilo de vida y funcionamiento, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento.

- Tiempo de espera para la consulta.

Se definen 8 grandes grupos de variables que se encuentra implicadas en la adherencia:

1. Creencias del paciente: Es importante conocer las metas esperadas del tratamiento, la motivación, la severidad, vulnerabilidad y autoeficacia percibida. Los pacientes no dicen o no saben expresar sus preocupaciones, expectativas y temores, por lo que hay que atender la comunicación verbal y no verbal.

2. Tipo de enfermedad: Los niveles más bajos de adhesión se presenta en pacientes con enfermedades crónicas en las que no hay malestar o riesgo evidente. Un paciente que presenta síntomas y mejoría de estos con el tratamiento tiene mayores probabilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia.

3. Tratamiento: Complejidad del régimen terapéutico (que implica cambios en estilos de vida), por lo que es importante simplificar el tratamiento.

4. Relación entre el paciente y profesionales de la salud: Es importante una buena relación médico – paciente, en donde influye la información proporcionada, grado de satisfacción de la atención recibida. <sup>(14,16,18)</sup>.

A mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta, habrá mayor y mejor cumplimiento en los programas de tratamiento. <sup>(13)</sup>

5. Apoyo Familiar: El apego terapéutico se vincula de manera directa con el apoyo que los familiares otorgan a los pacientes. <sup>(16)</sup>

6. Información: Se ha observado que proporcionar información de modo que favorezca y garantice niveles de comprensión y recuerdo contribuye a mejorar las tasas de adherencia. <sup>(18)</sup>

7. Apoyo Social: Las familias que han recibido algún tipo de entrenamiento o asesoramiento no sólo mejora su adaptación a la situación, si no que también favorece la adherencia al tratamiento. <sup>(19)</sup>

8. Factores sociológicos: El nivel de educación, la clase social, juegan un papel importante en los procesos de la enfermedad y del cumplimiento terapéutico. Los grupos con nivel universitario son los más dispuestos a modificar su estilo de vida y a utilizar innovaciones tecnológicas. <sup>(13,15,16)</sup>

Otros de los factores importantes en la adherencia terapéutica es el nivel socioeconómico, ya que se relaciona el nivel socioeconómico bajo con una probabilidad al triple de abandonar el tratamiento, estado civil.

La falta de comprensión de las indicaciones medicas es importante ya que si la información que posee el paciente sobre su enfermedad es deficiente, origina que no le de importancia con el consecuente desapego terapéutico. <sup>(16)</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En base a que no existen estudios que evalúen la adherencia al programa intervención temprana es de mi interés crear un instrumento que detecten los factores que influyen en la adherencia, siendo este estudio el primer paso para detectar si el instrumento es sensible y en un futuro realizar la validación del instrumento.

## JUSTIFICACIÓN

En la UMFRRN en el año 2008 se enviaron 515 pacientes con diagnóstico de retraso psicomotor, de estos 240 presentaban factores de riesgo neurológicos y fueron enviados al módulo de rehabilitación pediátrica.

La adherencia terapéutica (AT) se ha reconocido como un factor importante que afecta al tratamiento, pero son pocos los estudios que se han realizado que evalúan la calidad de adherencia terapéutica de las familias de los niños. <sup>(13)</sup>

La AT es difícil evaluarla debido a su multifactorialidad y son pocos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre apego terapéutico.

La importancia del desapego a los tratamientos es indiscutible si se analizan las repercusiones que tienen desde el punto de vista clínico, afectivo, psicosocial para el niño y económico para las instituciones de salud. <sup>(16)</sup>

El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública. Los beneficios económicos de una buena adherencia terapéutica se expresa en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de la calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales. <sup>(20)</sup>

Por lo que es importante evaluar los factores asociados al apego terapéutico, ya que se ha reconocido como un factor que afecta el tratamiento en este caso de los niños con factores de riesgo neurológico, pero no se cuenta con una herramienta para medir las causas de esta falta de apego al programa de intervención temprana. <sup>(16)</sup>

## **OBJETIVOS**

Crear un instrumento (análisis de sensibilidad) para la detección de factores asociados a la falta de adherencia al programa de intervención temprana en niños con factores de riesgo neurológico en la UMFRRN.

## **HIPOTESIS**

Debido a que es un estudio clinimétrico no se aplica hipótesis.

## MATERIAL Y METODOS

Diseño de estudio: Clinimétrico. Período: Diciembre 2008- Agosto del 2009.

La población se obtuvo en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación región Norte del Módulo de Rehabilitación Pediátrica con Factores de Riesgo Neurológico.

### CRITERIOS DE INCLUSION

- Familiares de pacientes con factores de riesgo neurológico.
- Pacientes recién nacidos de los primeros días de nacido a 11 meses que se encuentren realizando el programa de intervención temprana en la UMFRRN.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

Niños de los primeros días de nacido a 11 meses que no tengan riesgo para daño neurológico.

### TIPO DE MUESTREO

Tamaño de muestra 104 pacientes.

Se aplica la fórmula para cálculo de estudios observacionales con variable de desenlace en proporciones.

Proporción esperada 15%, Intervalo de confianza al 95%, Amplitud de intervalo 0.15

Alfa de 0.05, Beta de 0.20.

## **VARIABLES INDEPENDIENTES**

Factores que influyen en la adherencia terapéutica en el programa de intervención temprana en niños con factores de riesgo neurológico.

Dentro de los cuales encontramos:

- Conocimiento de la enfermedad.
- Comprensión de las indicaciones medicas.
- Relación médico- paciente.
- Tratamiento y complejidad del régimen terapéutico.
- Apoyo familiar, grado de compromiso familiar.
- Aspectos socio demográficos que incluyen: escolaridad, ocupación, estado civil, situación familiar, transporte y distancias que recorre para acudir a esta unidad.

## **VARIABLES DEPENDIENTES**

Adherencia Terapéutica en el programa de intervención temprana en niños con factores de riesgo neurológico

## METODOLOGÍA

El estudio es de tipo clinimétrico, el cual se llevo a cabo en el área de Rehabilitación Pediátrica de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, para determinar el número de pacientes en el 2008 se revisaron expedientes de los niños menores de 1 año que se ingresaron en el 2008 con diagnóstico de Retraso Psicomotor contando solo los pacientes con Factores de riesgo neurológico siendo 240.

Para realizar este estudio se diseño un cuestionario con los siguientes pasos:

1. Definir los objetivos de este instrumento.
2. Determinar los dominios que se tomaran en cuenta para la elaboración de este instrumento los cuales son:
  - Conocimiento de la enfermedad.
  - Comprensión de las indicaciones médicas.
  - Relación paciente- profesional de la salud.
  - Tratamiento y Complejidad del régimen terapéutico.
  - Apoyo Familiar. Grado de compromiso familiar.
  - Aspectos socio demográficos que incluyen: escolaridad, ocupación , estado civil, situación familiar, transporte y distancias que recorre para acudir a esta unidad.

La información se obtuvo de artículos relacionados con los factores que intervienen en la adherencia terapéutica en otras patologías, así como de personas provenientes de la población diana.

3. Redacción de los enunciados: Tomando en cuenta que las palabras utilizadas deben ser comprensibles para la población diana, enunciados cortos.
4. Definir las escalas de respuesta.
5. Al contar con el cuestionario terminado es evaluado por médicos que tienen conocimientos sobre el atributo que se mide y experiencia en la elaboración de escalas, siendo capaces de detectar problemas relacionados con la falta de relevancia y representatividad de los ítems, formato de los mismos, con el objetivo de informar acerca de la validez de contenido.

PARA EL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD SE LEVARAN A CABO LOS SIGUIENTES PASOS:

- 1. Definir el propósito y marco de referencia.**
- 2. Justificación clínica.**
- 3. Aplicabilidad clínica analizando**
  - Comprensibilidad.
  - Simplicidad.
  - Oligovariabilidad.

- Transparencia.
- Connotación biológica.

#### **4. Replicabilidad**

- Claridad de las instrucciones.
- Examinando sin sesgo.

#### **5. Disponibilidad de la escala de salida**

- Comprensión
- Discriminación.

#### **6. Validez de apariencia.**

- Foco en el intercambio personal.
- Foco en la evidencia básica.
- Coherencia biológica de los componentes.
- Colaboración personal.

#### **7. Validez de contenido.**

- Omisiones importantes.
- Inclusiones inapropiadas.
- Ponderando componentes
- Escalas elementales satisfactorias
- Calidad de datos básicos.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

- Se calcularon los valores de kappa (dicotómicas) y kappa ponderada para las categorías del nivel clínico entre los observadores.

## RESULTADOS

Se estudiaron 107 pacientes con factores de riesgo neurológico, de los cuales 55 (51.4%) fueron del sexo masculino y 52 (48.6%) del sexo femenino, el promedio de edad fue 6.18 (rango de 1 a 11 meses).

En el dominio de aspecto sociodemográfico la escolaridad de las madres fue de 8.4% primaria, 37.4% secundaria y en los padres el 5.6% primaria y 36.4% secundaria. (Tabla 1) La ocupación de las madres fue del 2.8% desempleadas, ama de casa el 68.2% y en los padres el 0.9% se dedican a actividades del hogar y 88.8% son empleados; estado civil el 66.4 % casados y 27.1% unión libre.

En el aspecto socioeconómico se encontró que la casa donde viven es prestada y compartida con familiares en el 45.7%, rentada y propia 27.1%; se recibe aporte económico por una sola persona en el 67.3%; el paciente es hijo único en el 34.6% de los casos, cuentan con otro hijo el 42.1%; el 83.2% utiliza transporte público para asistir a sus terapias y el 48.6% tarda de 1 a 2 horas en llegar.

En cuanto al conocimiento de la enfermedad el médico que les informo de los problemas de su hijo al nacer fue el ginecólogo en el 7.5% y pediatra en el 83.2%. La mayoría traen a su hijo a la unidad a recibir tratamiento por que les interesa la salud de su hijo (94.4%) y el 93.5% está muy de acuerdo en que es importante la ayuda para lograr un desarrollo de acuerdo a su edad en sus hijos el 30.8% ha notando mejoría regular y mucho el 59.8%. (Gráfica 1).

Al evaluar la relación médico-paciente encontramos que siempre comentan las dudas en la consulta el 68.2%, casi siempre el 22.4% y que el 80.4% comenta las dudas acerca de la realización de los ejercicios con el terapeuta. (Gráfica 2).

En la comprensión de las indicaciones medicas el 92.5% sabe como llevar acabo los ejercicios en casa, al 82.2% se les ha indicado que los realicen 2 veces en casa y 1 vez en la unidad, de los cuales el 69.2% si realiza los ejercicios en casa 3 veces al día, durante 1 hora (7.8%), 20 minutos (20.6%), 30 minutos (43.9%). El 85% se han presentado siempre a sus terapias. Se les ha explicado y quedado claro el objetivo de los mismos al 71%, y el 54.2% esta de acuerdo en que es suficiente el tiempo que duran las terapias. (Gráfica 3).

En el dominio de apoyo familiar se identifico que el 75.7% comentan la información del estado de salud y ejercicios con sus familiares y reciben apoyo para la realización de los ejercicios el 25.2% y el 30.8 nunca recibe ayuda.

El 9.3% recibe intervención temprana además del recibido en esta unidad y el 100% no recibe ningún tipo de apoyo psicológico. Detectándose además una buena relación madre - hijo ya que el 99.1% refiere sentimiento de alegría con la llegada de su bebé.

En número de consultas 6.5% recibió 6 consultas, y el 70.1% 3 consultas, el número de terapias recibidas en la unidad 55.1% recibió 15 terapias, 19.6% 10 terapias y el 1.9% recibió programa en casa

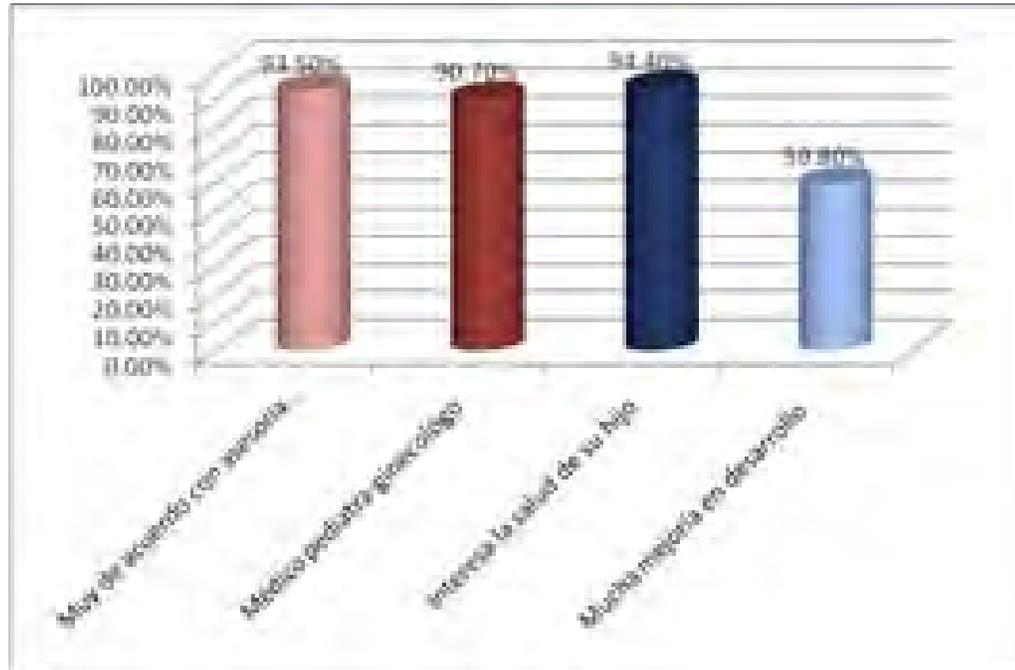
El porcentaje de adherencia de la muestra fue de 88.6+- 18.8% con valores de t de student con valor de  $p > 0.05$ . El porcentaje de adherencia fue en el 29% (<80%) y en el 71% (>80%). (Gráfica 4)

En el análisis de sensibilidad del instrumento se encontró que la ponderación interobservador promedio fue de 51 puntos de todo el instrumento, se identifico un solo ítem (pregunta) con un valor de 29 puntos y de 50 puntos en los ítems 11,17,18,26 y 27. (Tabla 2).

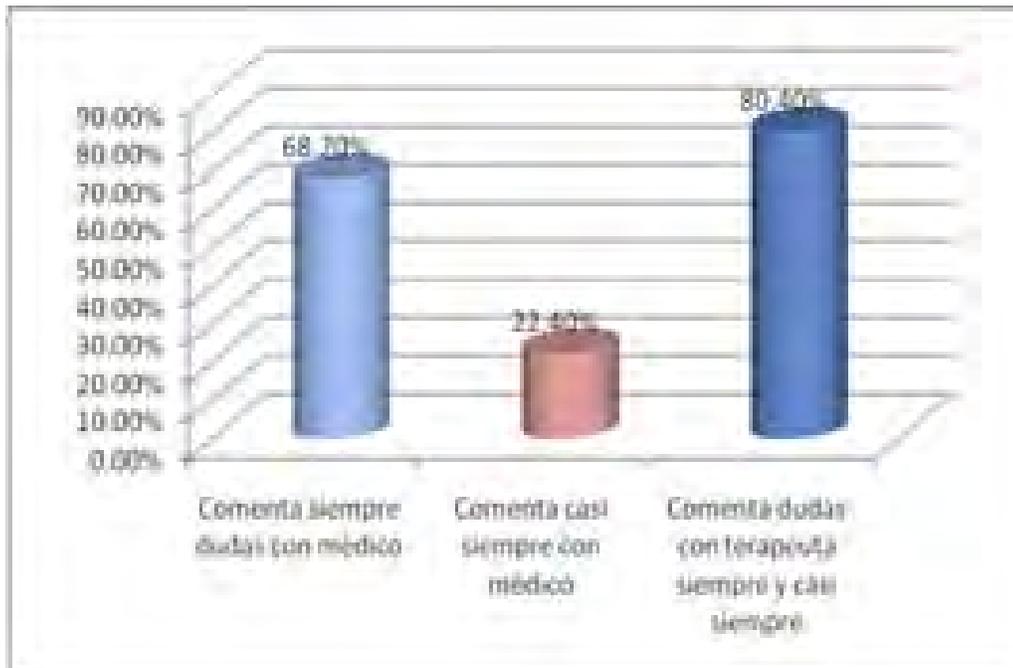
**Tabla 1. Escolaridad de los padres.**

Escolaridad Mamá		Porcentaje	Escolaridad Papá		Porcentaje
Válido			Válido		
	Primaria	8.4		Primaria	5.6
	Secundaria	37.4		Secundaria	36.4
	Bachillerato	25.2		Bachillerato	22.4
	Carrera Técnica	15.9		Carrera Técnica	9.3
	Universidad o Posgrado	13.1		Universidad o Posgrado	21.5
				No tiene papá	4.7
	Total	100.0		Total	100.0

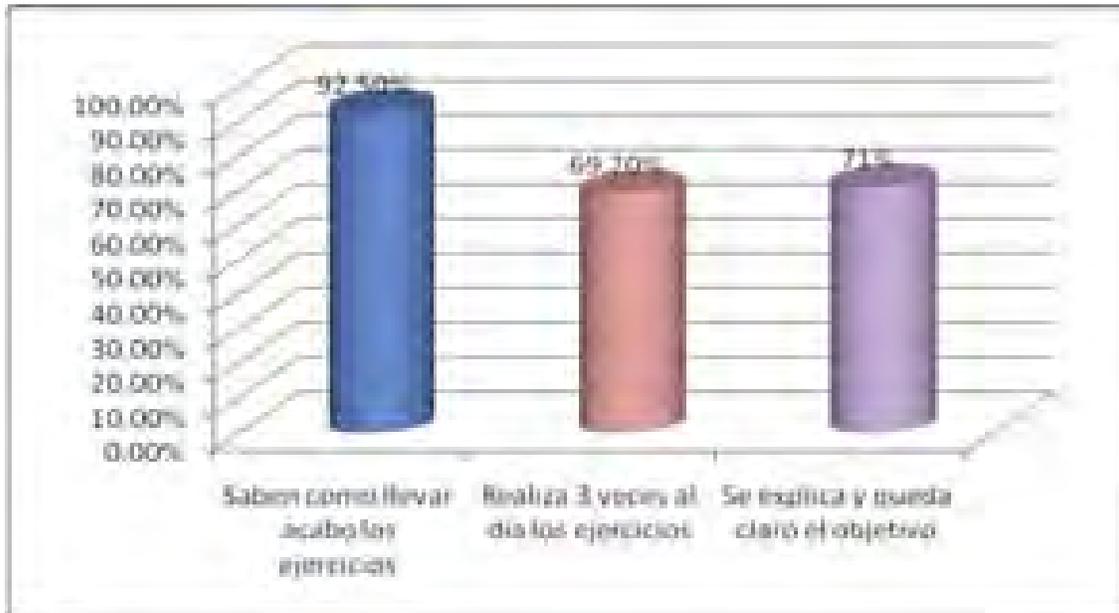
**Gráfica 1. Conocimiento de la enfermedad y evolución.**



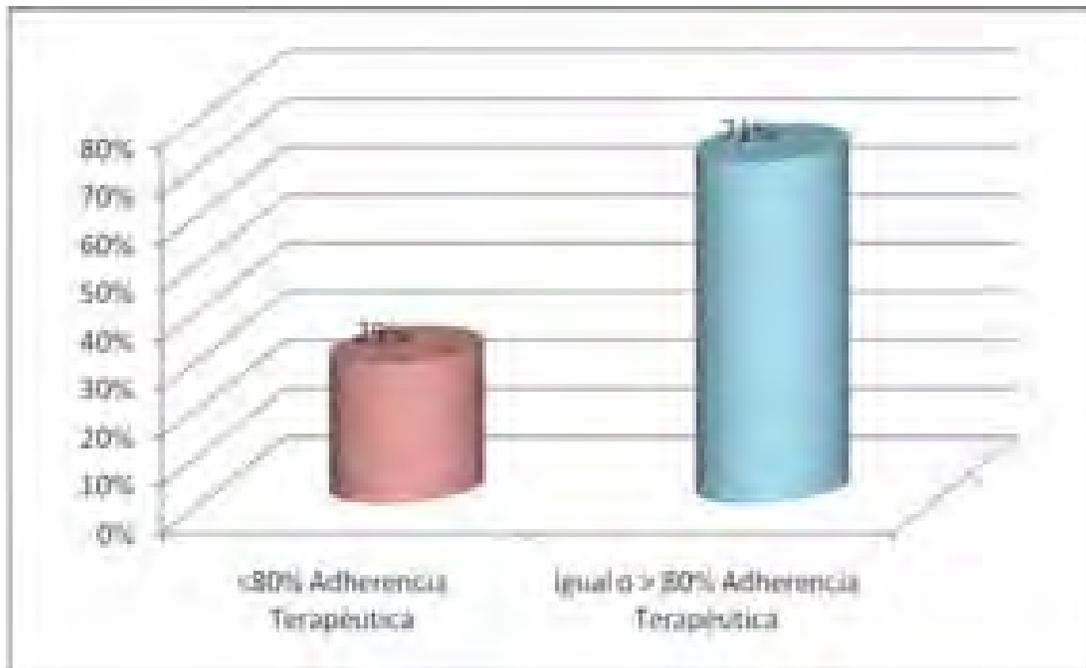
**Gráfica 2. Relación Médico- Paciente y Terapeuta-Paciente.**



**Gráfica 3. Comprensión de indicaciones médicas.**



**Gráfica 4. Porcentaje de Adherencia Terapéutica.**



En la ponderación del Análisis de Sensibilidad del instrumento se encontró la ponderación inter-observador promedio de 51 puntos de todo el instrumento. Así mismo se identificó un solo ítem (Pregunta) con un valor de 29 puntos.

**Tabla2.**

Tabla de contingencia Número de pregunta \* ponderación mediante la suma de las evaluaciones de los dos observadores , valor máximo 54 puntos por ítem, mínimo 18 puntos

Número de pregunta		ponderación mediante la suma de las evaluaciones de los dos observadores , valor máximo 54 puntos por ítem, mínimo 18 puntos								Total	
		29.0	47.0	48.0	49.0	50.0	51.0	52.0	53.0		54.0
1	Recuento							1			1
	% del total							3.6%			3.6%
2	Recuento						1				1
	% del total						3.6%				3.6%
3	Recuento			1							1
	% del total			3.6%							3.6%
4	Recuento						1				1
	% del total						3.6%				3.6%
5	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
6	Recuento	1									1
	% del total	3.6%									3.6%
7	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
8	Recuento								1		1
	% del total								3.6%		3.6%
9	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
10	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
11	Recuento		1								1
	% del total		3.6%								3.6%
12	Recuento						1				1
	% del total						3.6%				3.6%
13	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
14	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
15	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
16	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
17	Recuento				1						1
	% del total				3.6%						3.6%
18	Recuento				1						1
	% del total				3.6%						3.6%
19	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
20	Recuento					1					1
	% del total					3.6%					3.6%
21	Recuento					1					1
	% del total					3.6%					3.6%
22	Recuento						1				1
	% del total						3.6%				3.6%
23	Recuento						1				1
	% del total						3.6%				3.6%
24	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
25	Recuento									1	1
	% del total									3.6%	3.6%
26	Recuento				1						1
	% del total				3.6%						3.6%
27	Recuento				1						1
	% del total				3.6%						3.6%
28	Recuento						1				1
	% del total						3.6%				3.6%
Total	Recuento	1	1	1	4	2	6	1	1	11	28
	% de Número de pregunta	3.6%	3.6%	3.6%	14.3%	7.1%	21.4%	3.6%	3.6%	39.3%	100.0%

## DISCUSION.

Según Fuente F. (1984) el tener conocimiento de la enfermedad no asegura el cumplimiento al régimen terapéutico. Mendoza S. (2006) lo refiere dentro de las 3 variables predictoras para el cumplimiento terapéutico por otro lado Sánchez y Garaté (2006), mencionan que dentro de los predictores de pobre adherencia esta el desconocimiento del paciente sobre su enfermedad. Lo antes mencionado coincide con nuestro trabajo ya que el conocimiento se encuentra en más del 90% de los padres lo que aumenta la adherencia al tratamiento. G. Puente (1984) considera que los pacientes que se dan cuenta de los beneficios obtenidos con el tratamiento muestran mayor interés, nosotros encontramos un buen grado de satisfacción el cual fue evaluado con la mejoría en el desarrollo psicomotor reportada por los padres la cuál fue regular en el 30.8% y mucha en el 59.8%, lo cual se relaciona con el adecuado grado de adherencia.

Garaté, Sánchez (2006) y Ortego Maté (2004), refieren que la relación medico paciente es un factor importante para una adecuada adherencia al tratamiento, lo cual coincide con nuestro estudio en donde encontramos que el 68.2% de los familiares comenta las dudas durante la consulta acerca del diagnóstico y tratamiento de su hijo y el 66.4% comenta las dudas con el terapeuta sobre la realización de los ejercicios de los cuales al 80.4% siempre les son aclaradas, esto nos indica que existe una buena relación medico paciente, teniendo efecto satisfactorio en la adherencia al tratamiento en nuestra unidad.

Barrón A (1990), refiere que las familias que han recibido algún tipo de asesoramiento no sólo mejoran su adaptación a la situación, sino que también favorece la adherencia al tratamiento, lo cual coincide con nuestros resultados en donde el asesoramiento médico a los familiares del paciente fue del 90.7% (pediatra y ginecólogo) y el 90.6% comenta dudas con el médico rehabilitador y terapeuta.

Ortego Maté (2004) y Gárate E (2006), consideran que dentro los factores que aumentan los problemas en la adherencia al tratamiento se encuentran la mala comprensión de indicaciones medicas, lo cual se confirma con nuestros resultados obtenidos encontrando una adecuada comprensión en las indicaciones en el 91% lo que nos da como resultado una adherencia terapéutica > del 80% en el 71%.

G Puente (1984) y Mendoza S. (2006) reportan que otros de los factores a considerar en la adherencia terapéutica son los factores socio demográficos, Gárate E identifico al factor económico (nivel socioeconómico bajo) como el principal para el desapego terapéutico.

Todos los factores sociodemográficos en este estudio fueron positivos lográndose una buena adherencia terapéutica. Ya que en la mayoría la escolaridad en ambos padres fue de secundaria, el 68.2% de las madres se dedican solamente a las actividades del hogar, el portador económico en el 88.8% fue el padre, el estado civil casados el 66.4 y unión libre el 27.1%; utilizan transporte público el 83.3%; con ningún hermano el 34.6% y 1 hermano 42.1%

## CONCLUSIONES

Al realizar el análisis estadístico se comprobó que esta herramienta es sensible para detectar los factores asociados a la falta de adherencia al programa de intervención temprana.

En esta primera fase del estudio clinimétrico del instrumento, se detectó que es necesario la modificación del ítem 6 y reestructuración de los ítem 3, 11, 17, 18, 26, 27 y agregar el ítem que hace referencia a la persona quien realiza los ejercicios al niño, ya que suponemos que es la madre quien los realiza en base a los resultados encontrados en que la mayoría de las madres se dedica a las actividades del hogar.

Esta validación es importante ya que se podrá contar con un instrumento que detecte los posibles factores que influyen en la adherencia de nuestros pacientes, al mismo tiempo poder modificarlos para tener un 100% de apego y con esto reducir el retraso en el desarrollo, prevenir la discapacidad y reducir los costos en la salud.

Es necesaria una segunda fase donde se corrijan las modificaciones antes mencionadas y continuar con el proceso de validación del instrumento.

La adherencia terapéutica al programa de intervención temprana en los niños con factores de riesgo neurológico es de gran importancia ya que de esta manera podemos intervenir en forma oportuna y adecuada para lograr un mejor desarrollo psicomotor de acuerdo a la edad de estos pacientes y limitar al máximo la discapacidad con lo cual estos niños podrán tener una mejor calidad de vida.

Aunque no es el objetivo del estudio es importante mencionar que el instrumento nos permitió conocer que en nuestra unidad hay un grado de adherencia mayor al 80%, esto resultando de la adecuada relación médico-paciente, terapeuta-paciente, comprensión de las indicaciones médicas y la percepción de mejoría en el desarrollo de sus hijos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ramos-Sánchez I, Márquez-Luque A. Recién nacido de riesgo neurológico. *Vox Paediatrica* 2000; 8(2): 5-10.
2. Guías Diagnóstica de Medicina Física.  
[http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/rehabili/retraso\\_psicomotor.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/retraso_psicomotor.pdf)
3. Martell M, Burgueño M, Arbón G. Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo. *Arch Pediatr Urug* 2007; 78(3).
4. Ramos-Sánchez I, Márquez-Luque A. Seguimiento psiconeuroevolutivo de recién nacidos de riesgo. *Vox Paediatrica* 1999; 7(1):91-97.
5. Miranda-Del-Olmo H, Cardiel-Marmolejo LE, Reynoso E. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2003; 66(1):22-28.
6. Blauw-Hospersa CH, V.B. de Graaf-Peters VB. Does early intervention in infants at high risk for a developmental motor disorder improve motor and cognitive development. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 2007; 31(8).
7. *Walke S, Wachs T, Meeks J.* Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 2007; 369: 145–57.
8. Grantham-McGregor S, Cheung Y, Cueto S. Child development in developing countries: Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 2007; 369(9555): 60–70.

9. Campbell S. The Child's Development of Functional Movement, Physical Therapy for Children. E.U.A. W.B Saunders Company; 1994.
10. Bailey D, Hebbeler K. First Experiences With Early Intervention: A National Perspective. *Pediatrics* 2004; 113(4): 887-896.
11. Coutino B. Daño neurológico encefálico por encefalopatía hipòxico-isquèmica. Impresión por talleres de servimpresos del centro 2002; 136.
12. OU Suh-Ruu. Pathways of long-term effects of an early intervention program on educational attainment: Findings from the Chicago longitudinal study, *Appl Dev Psych* 2005; 26: 578–611.
13. Fuente F. Adherencia terapéutica. Ed. Implicaciones para México. Laboratorios Lepetit de México 1984; 2-12.
14. Sánchez A. El problema de la adherencia en el tratamiento de la osteoporosis. *Rev. Med. Rosario* 2006; 72: 57-62.
15. Mendoza S, Muñoz M, Merino J, Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev. Med. Chile* 2006; 134: 65-71.
16. Gárate E. Factores asociados al nivel de apego terapéutico en niños con tratamiento estomatológico prolongado en la Clínica Reforma. *Revista ADM* 2006; Vol 63(1):19-22.
17. Fajardo B, Cruz A. Adherencia terapéutica. En: Latorre JM (coord.), *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Madrid: Síntesis 1995;150-162.

18. Ortego Mate MC. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas, Educare 21, 2004; 1-6.

<http://enfermería21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm>.

19. Barrón A, Graña JL. Intervenciones para incrementar la tasa de adhesión a los tratamientos médicos. Comunicación presentada en III Congreso Nacional de Psicología Social. Santiago de Compostela; 1990.

20. Libertad M. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana Salud Pública 2006; 32:3.

**ANEXOS**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la presente yo \_\_\_\_\_  
autorizo que incluyan a mi paciente en el protocolo de investigación titulado  
**“ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA DETECCIÓN DE  
FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE  
INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO  
NEUROLÓGICO.”**

Que se realizara en derechohabientes de la Unidad de Medicina Física y  
Rehabilitación Región Norte.

El cual consiste en la aplicación de un cuestionario, mi participación en el estudio  
es voluntaria.

En caso de no aceptar esto no afectara en su atención médica. Además se me  
ha aclarado que toda la información se manejará de manera confidencial.

**Nombre completo y firma**

**Testigo Nombre y firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

México D.F. a \_\_\_\_\_



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION REGION NORTE

**ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA MEDICIÓN DE POSIBLES CAUSAS DE DISMINUCIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO.**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

N. AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NUM DE TELEFONO CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SUBRAYANDO

1.- Cuál es la escolaridad:

MADRE DEL PACIENTE

- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Carrera Técnica
- Universidad o Posgrado

PADRE DEL PACIENTE

- \*\* Primaria
- \*\* Secundaria
- \*\* Bachillerato
- \*\* Carrera Técnica
- \*\* Universidad o Posgrado

2.- Cuál es la ocupación:

MADRE DEL PACIENTE

- Ama de casa
- Desempleada
- Empleada
- Pensionada
- Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

PADRE DEL PACIENTE

- \*\* Actividades del hogar
- \*\* Desempleado
- \*\* Empleado
- \*\* Pensionado
- \*\* Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3. Estado Civil:

MADRE DEL PACIENTE

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Divorciada
- Viuda

PADRE DEL PACIENTE

- \*\* Soltero
- \*\* Casado
- \*\* Unión libre
- \*\* Divorciada
- \*\* Viudo

4. La casa donde vive es:

- Propia
- Prestada
- Rentada
- Compartida con familiares
- Compartida con no familiares

5. Cuántas personas aportan dinero para el gasto familiar:

- Más de 3 personas
- 3 personas
- 2 personas
- 1 persona
- Ninguna

6. El ingreso mensual en su hogar es: (salario mínimo actual 54.80 pesos)

- Más de 10 salarios mínimos.
- De 7 a 10 salarios mínimos.
- De 5 a 7 salarios mínimos.
- De 2 a 4 salarios mínimos.
- Un salario mínimo.

7. ¿Cuántos hijos tiene además de su bebé?

- 0
- 1 hijo
- 2 hijos
- 3 hijos
- Más de 3 hijos

8. Qué tipo de transporte utiliza para venir a esta unidad:

- Llega caminando
- Automóvil propio
- Transporte público ( metro, microbús, metro bus, tren ligero)
- Taxi
- Otro           ¿Cuál? \_\_\_\_\_

9. Quién le informo que su hijo tuvo problemas al nacer:

- Médico pediatra
- Ginecólogo
- Enfermera
- Un familiar
- Nadie le informo

10. Cuál es la razón por la que trae a su bebé a recibir atención en esta unidad además de haber sido enviado por el médico:

- Me interesa la salud de mi hijo
- Por consejo de un familiar o un amigo
- Por cumplir con la cita
- Me envió el médico
- No lo sé

11. Considera importante que su hijo reciba ayuda para lograr que alcance un desarrollo de acuerdo a su edad:

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

12. Durante la consulta médica comenta las dudas acerca del diagnóstico y tratamiento:

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

13. Considera que sabe cómo llevar a cabo en forma adecuada los ejercicios en casa:

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

14. Cuantas veces se le ha indicado que debe realizar en su casa los ejercicios enseñados en esta unidad:

- 2 veces en casa y una vez en la unidad
- 1 vez en casa y 1 vez en la unidad
- 1 vez en la unidad
- 1 vez en casa
- Ninguna

15. Cuantas veces le realiza los ejercicios en casa:

- 3 veces
- De 2 a 3 veces
- 2 veces

- 1 vez
- Ninguna            ¿Por qué no los realiza? \_\_\_\_\_

16. Cuánto tiempo se lleva en realizar los ejercicios en casa:

- 1 hora
- 30 minutos
- 20 minutos
- 15 minutos
- 10 minutos

17. Ha traído a su bebé a todas las terapias que le han asignado:

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

¿Cuál es la razón porque no realiza las terapias? \_\_\_\_\_

18. Se le explica el objetivo y le queda claro el objetivo de cada uno de los ejercicios:

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

19. Considera que es suficiente el tiempo que duran las sesiones de tratamiento proporcionadas por el terapeuta:

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

20. Comenta las dudas que le surgen durante la realización de los ejercicios con el terapeuta:

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

21. Son aclaradas sus dudas en cuanto a la realización de los ejercicios:

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

22. Cuánto tiempo tarda en llegar de su casa a esta unidad:

- Menos de 1 hora
- De 1 a 2 horas
- De 2 a 3 horas
- De 4 a 5 horas
- Más de 5 horas

23. Ha notado mejoría en el desarrollo de su hijo durante el tratamiento que ha recibido:

- Mucho
- Regular
- Poco
- Muy poco
- Ninguno

24. Recibe programa de intervención temprana fuera de la unidad:

- Si                    ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- No

25. Recibe usted y su familia algún tipo de apoyo psicológico:

- Si
- No

26. Comenta la información sobre el estado de salud de su paciente y la forma de realizar los ejercicios con sus familiares:

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

27. Recibe el apoyo de alguna persona para la realización de los ejercicios:

- Siempre
- Casi siempre
- Pocas veces

- Casi nunca
- Nunca

Si recibe apoyo ¿De quién? \_\_\_\_\_

28. La llegada de su bebé le causo:

- Alegría
- Alegría y preocupación
- Preocupación
- Tristeza
- Ninguna de las anteriores