



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ”
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE

**“RE-ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN
INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA MEDICIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO
NEUROLÓGICO.”.**

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**MEDICO ESPECIALISTA
EN
MEDICINA DE REHABILITACIÓN**

P R E S E N T A

DRA. LAURA HERNÁNDEZ ROMERO

MÉXICO. D.F. 2013





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.

"RE-ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA MEDICIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO."

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 34011
NÚMERO DE REGISTRO R-2012-34011-12

PRESENTA

DRA. LAURA HERNÁNDEZ ROMERO

Médico Residente de la Especialidad de Medicina de Rehabilitación,
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal IMSS, México, D.F.

INVESTIGADOR RESPONSABLE

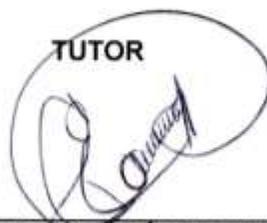


DR. ALEJANDRO MEDINA SALAS

Médico Especialista de Medicina de Rehabilitación/Posgrado Rehabilitación
Pediátrica.

Médico adscrito a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal IMSS, México, D. F.

TUTOR



DRA. EVANGELINA PÉREZ CHÁVEZ

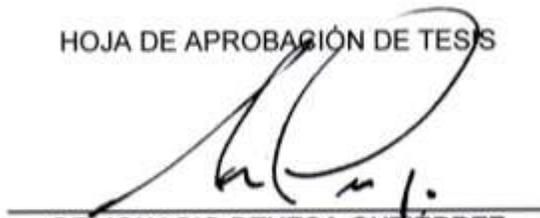
Médico Especialista de Medicina de Rehabilitación,
Médico adscrito a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal IMSS, México, D.F.
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación.
I.M.S.S.-U.N.A.M.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
"DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ",
DISTRITO FEDERAL.
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE**

**"RE-ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN
INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA MEDICIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO
NEUROLÓGICO."**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 34011
NÚMERO DE REGISTRO R-2012-34011-12

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS



DR. IGNACIO DEVESA GUTIÉRREZ

Médico Especialista en Rehabilitación

Director Médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal IMSS, México, D. F.
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
I.M.S.S.-U.N.A.M.



DRA. MARÍA ELENA MAZADIEGO GONZÁLEZ

Médico Especialista en Rehabilitación

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal IMSS, México, D. F.
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
I.M.S.S.-U.N.A.M.

ÍNDICE

Índice	1
I Resumen	2
II Antecedentes	3
III Justificación y planteamiento del problema	11
IV Pregunta de Investigación	13
V Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivo específico	14
VI Hipótesis	15
VII Material y Métodos	16
Criterios de selección	16
Metodología	17
Modelo conceptual	17
Descripción de variables	19
VIII Análisis estadístico de los resultados	21
IX Resultados	22
Gráficas y Tablas	25
X Discusión	29
XI Conclusiones	30
XII Referencias	31
Anexo 1	35
Anexo 2	36

I. RESUMEN

Título: RE-ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA MEDICIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO. Autores: Medina, SA.; Pérez, ChE; Hernández, RL.

Antecedentes: Riesgo neurológico en los recién nacidos se presenta por factores prenatales, perinatales o postnatales con la mayor probabilidad de presentar déficit motor, neurológico, del comportamiento ó cognitivo. El manejo rahabilitatorio es la intervención temprana con un programa que proporciona actividades organizadas y coordinadas para lograr el máximo desarrollo bio-psico-social. **Objetivo:** Re-estructurar el instrumento (análisis de sensibilidad) de apego al programa de intervención temprana en niños con factores de riesgo neurológico. **Material y métodos:** Estudio clinimétrico realizado de febrero a agosto del 2012, en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte. Se incluyeron pacientes pediátricos desde recién nacidos hasta los 18 meses de edad con factores de riesgo neurológico así como a sus familiares que acudieron al programa de intervención temprana en la UMFRN. Dos expertos Médicos Especialistas en Rehabilitación con Subespecialidad en Rehabilitación Pediátrica analizaron el instrumento. Se le explico el objetivo del estudio de aceptar se lleno y firmo por el familiar la carta de consentimiento informado y se aplicó un cuestionario de 29 ítems para evaluar el apego terapéutico. Se realizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central (frecuencias, porcentajes y medias) y t de student. **Resultados:** Muestra no probabilística de 80 pacientes, índice kappa ponderada interobservador de 1 (fuerte). El apego terapéutico fue de 82.49, t de student con valor de $p > 0.05$. **Conclusiones:** La re-estructuración de 7 ítems y agregando 1 ítem más del instrumento de trabajo logró una concordancia interobservador fuerte con un apego terapéutico mayor al 80% en un 62.5% de los pacientes pediátricos participantes, se considera este instrumento sensible para identificar el apego terapéutico y permite en un futuro inmediato su consistencia y validación.

II. ANTECEDENTES

Se considera riesgo neurológico cuando a los niños que por sus antecedentes prenatales, perinatales o postnatales tienen mayor probabilidad de presentar déficit motor, neurológico, del comportamiento ó cognitivo.^{1,2.}

Los factores de riesgo, dependiendo del momento y la intensidad en que actúan así como de la vulnerabilidad del paciente, pueden producir secuelas más o menos graves^{2,3.}

Diversos estudios han comprobado que las secuelas neurológicas de la hipoxia perinatal pueden ir desde ausentes o leves, hasta graves como la parálisis cerebral.^{4.}

La parálisis cerebral es una enfermedad crónica que deteriora el control del movimiento y la postura. Se debe a una malformación o daño a las áreas motoras del cerebro. Los síntomas pueden variar desde mínimas a severas, incluyen dificultad del equilibrio, marcha, tareas de motricidad fina y movimientos involuntarios.^{5.}

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que de entre 3-5% de todos los embarazos son de alto riesgo y 12% riesgo moderado de estos entre 3-5% presentan riesgo neurológico. Las tres principales causas de muerte en los recién nacidos son: infecciones, prematuridad y asfixia perinatal o complicaciones del parto representando el 23% de la mortalidad global. De los que sobreviven una cuarta parte presentan déficit neurológico.^{5,6,7.}

El índice de discapacidad en edad pediátrica que se presenta con deficiencia o alteraciones del desarrollo se estima que afecta el 10% de los niños. “El alto riesgo neurológico en México es un problema de salud pública, se estima que 7-8% de los recién nacidos vivos nacen de forma prematura, y que el 1-2% nace con peso menor de 1500 gr al nacimiento”. El porcentaje de discapacidad general nacional en el 2002 fue de 1.84%.^{8,9.}

Para la selección de los recién nacidos de riesgo neurológico, se siguen las pautas dadas en 1982 por el Comité de Perinatología del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, modificadas posteriormente por la Sección de Perinatología de la Asociación Española de Pediatría. En los cuales se incluye:

Riesgo biológico: recién nacidos con peso menor al percentil 10 (P10) para su edad gestacional, edad de gestación de 32 semanas o menos, asfixia perinatal con Actividad (tono muscular), Pulso (latido cardíacos), Gestos (irritabilidad refleja), Aspecto (color de la piel), Respiración (APGAR) menor de 3 al minuto o menor a 7 a los 5 minutos, asistencia mecánica por 24 hrs o más, hemorragia intracraneal grado III o IV, alteraciones del tono, crisis convulsivas, disfunción para la alimentación, infección asintomática por toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y otros (TORCH), meningitis, desnutrición o malnutrición.^{10, 11, 12, 13.}

La prematurez es uno de los factores de mayor relevancia por la relación que tiene esta con un alto índice de trastornos del desarrollo. Hay dos factores perinatales que tienen una importancia fundamental en el resultado del desarrollo neurológico en niños prematuros nacidos tras un parto espontáneo con o sin ruptura prematura de membranas entre las 24 y 34 semanas de gestación: la edad gestacional y el desarrollo de alteraciones ecográficas craneales (hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular).^{14, 15, 16.}

En México la tasa de nacimientos prematuros se estima entre 6-10%. Los problemas asociados con partos prematuros se asocian en 1-2% a nacimientos antes de las 32 semanas de gestación y 0.45% antes de las 28 semanas. A su vez la prematurez está asociada en un 0.5-4% a afectación visual, 1-4% a hipoacusia, así como en un 15% a retraso mental de moderado a grave¹¹.

Debido a los avances médicos la mortalidad de estos niños ha disminuido sin embargo el 20% de estos evolucionara con riesgo de una secuela neurológica. Del 10-12% de pacientes con alto riesgo neurológico presentan desviaciones del neurodesarrollo en los primeros años de vida, sin embargo se ha encontrado una

frecuencia de desviaciones en el neurodesarrollo de un 20.7%, teniendo estos secuelas de moderadas a graves 5.7% que se detectaron durante los primeros 7-15 meses de edad.³

La prevalencia de las deficiencias que el menor presente va a depender de la edad, ya que en promedio se necesita 1-2 años para identificar una deficiencia o discapacidad motriz o neurosensorial, mientras que se necesitan 3-4 años para identificar algún trastorno de la motricidad fina y más de 4 años para que podamos reconocer alteraciones a nivel cognitivo, del lenguaje del comportamiento y de la escolarización.^{1, 18.}

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 y errores innatos del metabolismo.^{11, 17.}

Riesgo social: padre único, padres adolescentes, nula escolaridad, nivel socioeconómico bajo, embarazo accidental, convivencia conflictiva en el núcleo familiar, separaciones traumáticas en el núcleo familiar, padres con bajo coeficiente intelectual, falta de valores culturales, antecedente en el núcleo familiar de delincuencia.^{11, 17, 18.}

En México las afecciones relacionadas con el periodo perinatal representando el 7.9% en hombres y 2.9% en mujeres del total de la morbilidad hospitalaria.^{9, 19.}

En cuanto al daño neurológico secundario a la hipoxia–isquemia es un síndrome caracterizado por la suspensión grave o disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. A este cuadro se le denomina encefalopatía hipoxicoisquémica que se divide en tres grados:^{9,21.}

- Grado I (leve): existe irritabilidad, hipertonia leve y succión débil.
- Grado II (moderada): existe letargia e hipotonía, puede aparecer convulsiones focales y/o generalizadas.

➤ Grado III (grave): estado comatoso con hipotonía marcada y ausencia total de reflejo de succión. No existe una respiración espontánea adecuada y existen convulsiones de más tiempo.

La asfixia perinatal está estrechamente relacionada con la morbimortalidad perinatal ya que su frecuencia oscila entre 1.6 a 5.3 por cada 100 nacidos vivos. Este factor es uno de los procesos que con mayor frecuencia conducen, a largo plazo a parálisis cerebral, retardo mental y epilepsia.^{10.}

Todos estos factores de riesgo condicionan alteraciones que conducen a riesgo de daño neurológico, que se harán presentes de forma de signos de alarma, tales como:^{20, 22.}

1. Alteraciones en la actividad motora espontánea del producto, postura inadecuada, alteraciones del tono muscular.
2. Inadecuada o falta de reacción de enderezamiento.
3. Inadecuada o falta de reacción de equilibrio.
4. Asimetría en la postura.
5. Retardo en el desarrollo psicomotor.
6. Alteraciones en los reflejos miotáticos.
7. Atrapamiento del pulgar, mano empuñada, antebrazos en pronación o presencia de reflejos patológicos.
8. Falta de consolabilidad

Es importante resaltar que la mayoría de niños de alto riesgo tienen patrones de desarrollo neurológico dentro de lo esperado para su edad corregida.^{22.}

Cuando las anormalidades se identifican dentro del primer año de edad es posible lograr mayor grado de rehabilitación dada la plasticidad cerebral en el niño, esta capacidad disminuye a partir del segundo año.

La intervención temprana son actividades organizadas y coordinadas, que intervienen en etapas precoces de la vida, sobre las situaciones de riesgo o cuando existen lesiones establecidas, que consiguen que el niño desarrolle al máximo el bienestar bio-psico-social y su capacidad de funcionamiento, este debe

darse a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración del desarrollo, sea ésta de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo biológico o social. Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en Atención Temprana deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno".²³

La adherencia terapéutica se define como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripción que ha recibido.

Los factores que favorecen la adherencia terapéutica son: (24,25,26,27,28,29,30).

- Que el paciente reconozca la gravedad de su padecimiento.
- Estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia favorece el cumplimiento adecuado del tratamiento.
- Pacientes con disciplina y planeación de actividades tendrán más posibilidades de manejar en forma adecuada sus tratamientos.
- Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos de la atención médica y tratamientos.
- Supervisión cercana por médico o terapeuta.

Los factores que se considera disminuyen la adherencia a los tratamientos: ²³.

- Complejidad del tratamiento.
- Grandes cambios en el estilo de vida y funcionamiento.
- Tiempo de espera prolongado en la consulta.

Las variables que se encuentra implicadas en la adherencia son: ²³.

1. Expectativas del paciente: Es importante conocer las metas esperadas del tratamiento, la motivación, la severidad, vulnerabilidad y autoeficacia percibida.
2. Tipo de enfermedad: Los niveles más bajos de adhesión se presenta en pacientes con enfermedades crónicas.
3. Relación entre el paciente y profesionales de la salud: Es importante una buena relación médico – paciente en la cual juega un papel importante la información proporcionada, grado de satisfacción de la atención recibida.

4. Apoyo Familiar: El apego terapéutico se vincula de manera directa con el apoyo que los familiares otorgan a los pacientes.

5. Información: Se ha observado que proporcionar información de modo que favorezca y garantice niveles de comprensión contribuye a mejorar las tasas de adherencia.

6. Apoyo Social.

7. Factores sociológicos: El nivel de educación es importante en los procesos de la enfermedad y del cumplimiento terapéutico. Los grupos con nivel de educación superior presentar una mejor evolución.

Otros de los factores importantes en la adherencia terapéutica es el nivel socioeconómico ya que relaciona el nivel socioeconómico bajo con una probabilidad al triple de abandonar el tratamiento, estado civil, falta de comprensión de las indicaciones medicas este punto 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.³¹

En la UMFERN en el 2010 se realizó un estudio para valorar la adherencia terapéutica con un cuestionario de 28 ítems, 5 respuestas para cada una: siempre, casi siempre, pocas veces, casi nunca y nunca, siendo 28 ítems los siguientes:³².

1.- Cuál es la escolaridad: madre y padre.

2.- Cuál es la ocupación: madre y padre.

3.- Estado civil: madre y padre.

4.- La casa donde vive es:

5.- Cuántas personas aportan dinero para el gasto familiar.

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

7.- ¿Cuántos hijos tiene además de su bebé?

8.- Que tipo de transporte utiliza para venir a esta unidad.

9.- Quien le informó que su hijo tuvo problema al nacer.

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

- 11.- Considera importante que su hijo reciba ayuda para lograr que alcance un desarrollo de acuerdo a su edad.
- 12.- Durante la consulta médica comenta las dudas acerca del diagnóstico y tratamiento.
- 13.- Considera que sabe cómo llevar a cabo en forma adecuada los ejercicios en casa.
- 14.- Cuantas veces se le ha indicado que debe realizar en su casa los ejercicios enseñados en esta unidad.
- 15.- Cuantas veces le realiza los ejercicios en casa.
- 16.- Cuánto tiempo se lleva en realizar los ejercicios en casa.
- 17.- Ha traído a su bebé a todas las terapias que le han asignado.
- 18.- Se le explica el objetivo y le queda claro el objetivo de cada uno de los ejercicios.
- 19.- Considera que es suficiente el tiempo que duran las sesiones de tratamiento proporcionadas por el terapeuta.
- 20.- Comenta las dudas que le surgen durante la realización de los ejercicios con el terapeuta.
- 21.- Son aclaradas sus dudas en cuanto a la realización de los ejercicios.
- 22.- Cuánto tiempo tarda en llegar de su casa a esta unidad.
- 23.- Ha notado mejoría en el desarrollo de su hijo durante el tratamiento que ha recibido.
- 24.- Recibe programa de intervención temprana fuera de la unidad.
- 25.- Recibe usted y su familia algún tipo de apoyo psicológico.
- 26.- Comenta la información sobre el estado de salud de su paciente y la forma de realizar los ejercicios con sus familiares.
- 27.- Recibe el apoyo de alguna persona para realizar los ejercicios:
- 28.- La llegada de su bebé le causó.

III. JUSTIFICACIÓN

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte (UMFRN) en el año 2011 se enviaron 1154 pacientes de primera vez de estos 300 presentaban factores de Riesgo Neurológico y Retraso Psicomotor.

La adherencia terapéutica es un factor importante para el tratamiento que favorece la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales, así como el grado de discapacidad que puede presentar en caso de no recibir atención temprana.^{3, 20.}

Debido a los múltiples factores que engloba la adherencia terapéutica resulta difícil evaluarla y son pocos los estudios sobre apego terapéutico de los familiares a los programas de intervención temprana, para justificar el objetivo de este estudio no se han encontrado datos en la literatura, esto amerita evaluar los factores asociados al apego terapéutico.²³

Se estima que en los países en desarrollo las tasas de no adherencia son aún mayores y su deficiencia se incrementara a medida que se presenten enfermedades crónicas con mayor dependencia familiar.¹¹

El informe de la OMS señala que la adherencia terapéutica deficiente multiplica las grandes dificultades para obtener resultados principalmente en los pobres, con aumento en los recursos de tratamiento.¹¹

Por lo que es importante evaluar los factores asociados al apego terapéutico, ya que se ha reconocido que en los niños con factores de riesgo neurológico, no se tienen las herramientas para medir las causas de esta falta de apego a su programa de intervención temprana.²³

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a que no existen estudios que evalúen la adherencia a un programa de intervención temprana se creó un instrumento en el año 2010 en un trabajo de tesis en la UMFRN encontrándose que habría que modificarse 7 ítems, por lo cual se retomó el estudio de investigación, concluir si el instrumento es sensible y en un futuro realizar la validación del mismo.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La modificación de los ítems 3, 6, 11, 17, 18, 26, 27 y agregar un ítem referente a quien es el cuidador primario mejora la sensibilidad del instrumento para medir el apego al programa de intervención temprana de los niños con factores de riesgo neurológico?

V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Re-estructurar el instrumento (análisis de sensibilidad) de apego al programa de intervención temprana en niños con factores de riesgo neurológico.

Objetivo específico:

- Validación de la concordancia interobservador del instrumento.
- Determinar el apego terapéutico con la aplicación del instrumento.

VI. HIPÓTESIS

Debido a que se trata de un estudio clinimétrico no se aplica hipótesis.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio clinimétrico, durante el periodo de Febrero 2012- Agosto 2012. La población de estudio fueron pacientes pediátricos con factores de riesgo neurológico del Módulo de Rehabilitación Pediátrica de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Familiares de pacientes con factores de riesgo neurológico.
- Pacientes recién nacidos de los primeros días de nacido a los 18 meses que se encuentran realizando el programa de intervención temprana en la UMFRN.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes con alteraciones cromosómicas.

Criterios de eliminación:

- Familiares que no contesten completo el cuestionario.
- Pacientes que se encuentren con fármacos (ansiolíticos y/o antiepilépticos).

Tipo de muestreo:

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Tamaño de la muestra final 80 pacientes.

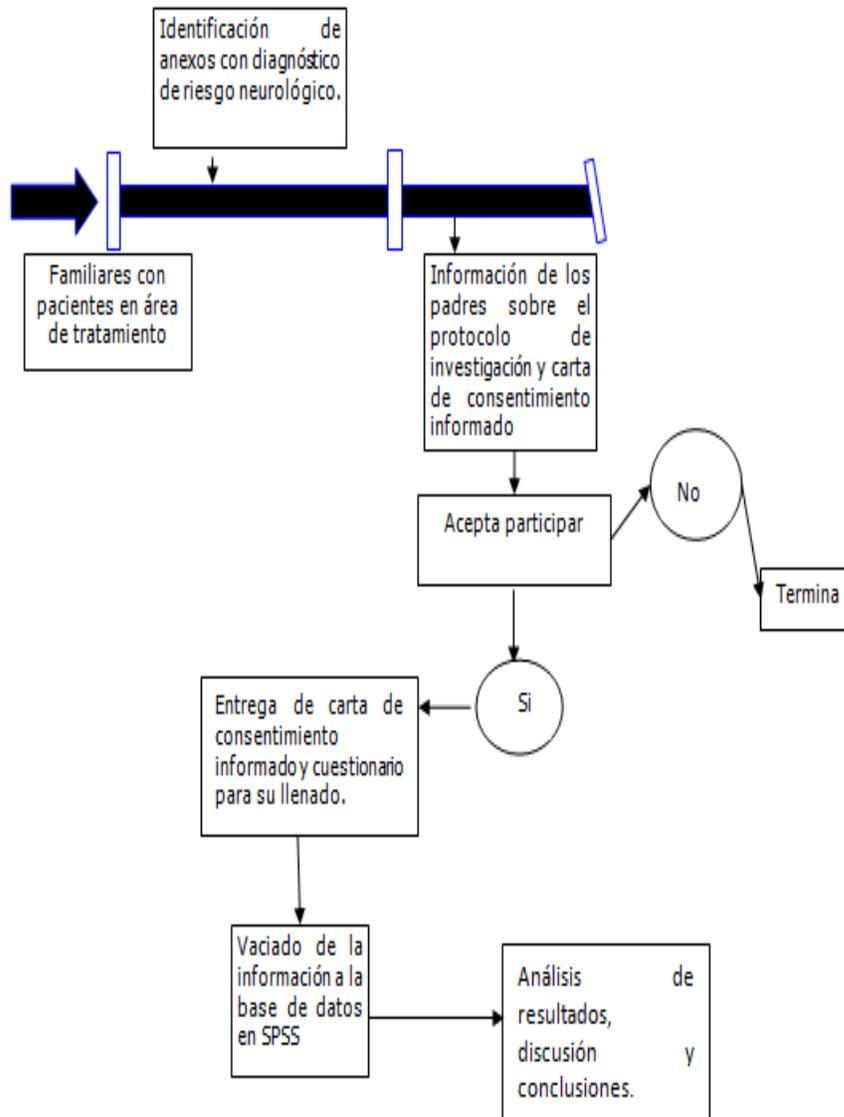
Metodología:

Estudio autorizado por el comité local de investigación número R-2012-34011-12 de la UMFRN del IMSS.

Se modificaron los ítems: 3, 6, 11, 17, 18, 26 y 27 en su redacción tanto en la pregunta y respuesta, agregándose un ítem acerca del cuidador primario. Se validaron entre dos expertos iguales que son Médicos Especialistas en Rehabilitación con Posgrado en Rehabilitación Pediátrica, la concordancia interobservador se hizo mediante el índice kappa. Después de esta concordancia del cuestionario se llevó a cabo la ejecución de este protocolo en los familiares que acudieron con su paciente a tratamiento a las áreas de terapia física y ocupacional en la UMFRN con el diagnóstico de Riesgo Neurológico, se explico a los padres el objetivo de la investigación y se les invito a participar con la carta de consentimiento informado, si aceptaron se lleno y firmo (Anexo 1). Después se aplico el cuestionario re-estructurado para valorar el apego a la intervención temprana (Anexo 2).

Posteriormente se realizó análisis de los datos obtenidos, resultados, discusión y conclusiones.

Modelo conceptual



Para un estudio clinimétrico el análisis de la sensibilidad se llevan a cabo los siguientes pasos, en este estudio vamos en el punto 5.

1. Definir el propósito y marco de referencia.
2. Justificación clínica.
3. Aplicabilidad clínica.
 - 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,
 - Ponderado componentes.
 - Escalas elementales satisfactorias.
 - Calidad de datos básicos.

Descripción de las variables.

- **Variable dependiente.**

Sensibilidad del instrumento para el apego terapéutico.

- **Variable independiente.**

- Riesgo Neurológico.
- Factores de Riesgo neurológico.
- Intervención temprana.

Nombre.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Nivel de medición.
Apego terapéutica	Acción y efecto de cumplir. Ejecutar o llevar a efecto.	Se midió con un cuestionario que evaluó: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel de información: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o a través de la introspección. ▪ Comprensión de las indicaciones médicas: Facultad, capacidad o perspicacia para entender y penetrar las cosas. ▪ Asistencia a las terapias: Concurrencia a las sesiones de terapias ▪ Apoyo familiar: Cooperación, reciprocidad y el trabajo en equipo, suele significar un beneficio mutuo para los individuos cooperantes. ▪ Estado Civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. ▪ Estatus socioeconómico: Es el estado o posición, medido de acuerdo a los ingresos monetarios, de alguien dentro de un marco de referencia dado. 	Cualitativa ordinal policotómica

Nombre.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Nivel de medición.
Riesgo Neurológico.	Probabilidad de presentar déficit motor, neurológico, del comportamiento o cognitivo secundario a los antecedentes prenatales, perinatales o postnatales.	Niños con antecedentes prenatales, perinatales o postnatales con probabilidades de presentar déficit motor, neurológico, del comportamiento ó cognitivo.	Cualitativa nominal policotómica
Factores de Riesgo Neurológico.	Eventos que se manifiestan durante el embarazo y parto, cuando se presentan existe mayor probabilidad de daño en el sistema nervioso central.	Niños con: Riesgo biológico (prematurez, asfixia perinatal, sepsis e hiperbilirrubinemia), Riesgo establecido (hidrocefalia, microcefalia) y Riesgo social (padre único, nula escolaridad, nivel socioeconómico bajo, embarazo incidental)	Cualitativa nominal policotómica
Intervención temprana.	Actividades organizadas y coordinadas que ayudan al desarrollo máximo bio-psico-social y funcional del niño.	Programa de actividades encaminadas a mejorar el neurodesarrollo en el niño.	Cualitativa nominal policotómica

VIII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS:

Se realizó con estadística descriptiva: medidas de tendencia central (frecuencias, porcentajes y medias). Se calcularon los valores de kappa ponderada para las categorías del nivel clínico entre los observadores y t de student para valorar apego terapéutico.

IX. RESULTADOS.

Se estudiaron 80 pacientes con factores de riesgo neurológico, de los cuales 45 fueron del sexo masculino y 35 del sexo femenino, el promedio de edad fue 8.23 ± 4.4 (1 a 18 meses). (Gráfica 1). En el instrumento se analizó:

En el aspecto sociodemográfico la escolaridad de las madres: bachillerato o técnico 30 (37.5%), secundaria 27 (33.8%), universidad o posgrado 16 (20%), primaria 7(8.8%) y los padres: secundaria 32 (40%), bachillerato o técnico 31 (38.8%), universidad o posgrado 5 (6.3%), primaria 5 (6.3%). (Tabla 1). La ocupación de las madres: ama de casa 51 (63.7%), empleada remunerada 24 (30%), desempleada 3 (3.8%), pensionada/jubilada 2 (2.5%) y en padres: empleado remunerado 67 (83.8%), desempleado 3 (3.8%), pensionado/jubilado 2 (2.5%), actividades del hogar 1 (1.3%); estado civil de los padres soltero/soltera 11 (13.8%), divorciado 1 (1.3%), unión libre 29 (36.3%), casados 39 (48.8%).(Gráfica 2).

Aspecto socioeconómico la casa donde viven es propia 26 (32.5%), rentada 24 (30%), compartida con familiares 23 (28.7%), compartida con no familiares 1 (1.3%) y prestada 6(7.5%); aporte al gasto familiar una persona 49 (61.3%), 2 personas 21 (26.3%), más de 3 personas 10 (11.1%), este recurso para traer a su paciente a tratamiento les es suficiente: casi siempre 32 (40%), pocas veces 22 (27.5%), siempre 21 (26.3%), nunca 5 (6.3%), utilizan transporte público para traslado a la UMFRN (metro, microbús, metro, bus, tren ligero) 60 (75%), dos medios de transporte diferente 16 (20.1%), automóvil propio 4 (4.9%); con un tiempo de recorrido de 1 a 2 horas 52 (64%), 2 a 3 horas 17 (21.3%) y menos de 1 hora 11 (13.8%); siendo el paciente hijo único 33 (41.3%), un hijo más 30 (37.5%), 2 hijos 11 (13.8%), más de 3 hijos 3 (7.6%). (Gráfica 3).

En cuanto al conocimiento de la enfermedad el médico que les informó el problema de su hijo al nacimiento fue pediatra 80% y ginecólogo 15%. El 100% de los encuestados acuden a recibir tratamiento por que les interesa la salud de su

hijo. Han notado mucha mejoría 47 (58.8%), regular mejoría 23 (28.7%), poca mejoría 7 (8.8%) y nula mejoría 3 (3.8%). (Gráfica 4).

Al evaluar la relación médico paciente se encontró que se comentan las dudas con el médico siempre 51 (63.7%), casi siempre 27 (33.8%), pocas veces 2 (2.5%), y comentan las dudas con el terapeuta: siempre 49 (61.3%), casi siempre 21 (26.3%), pocas veces 8 (10%) y casi nunca 1 (1.3%). (Gráfica 5).

En la comprensión de las indicaciones médicas le queda claro como realizar los ejercicios siempre 55 (68.8%), casi siempre 24 (30%), pocas veces 1 (1.3%); se les ha indicado que debe de realizar los ejercicios 2 veces en casa y 1 vez en la unidad 66 (82.5%), 1 vez en casa y una en la unidad 10 (12.5%), una vez en casa 2 (2.5%), una vez en la unidad 2 (2.6%), de los cuales les realizan los ejercicios en casa al día 2 veces 33 (41.3%), 3 veces 36 (45%), 4 veces 3 (3.8%), una vez 8 (10%). El tiempo establecido para terapias en casa fue de: 30 minutos a 1 hora 51 (63.7%), menos de 30 minutos 23 (28.7%), más de una hora 6 (7.6%). (Gráfica 6).

En el dominio de apoyo familiar se identifico que la persona que acude regularmente a la sesión de terapias es la mamá 49 (61.3%), teniendo el apoyo en casa del papá 39 (48.8%).

Sólo 2(3.8%) reciben intervención temprana en otra unidad de rehabilitación (TELETON y UNAM) además del recibido en esta unidad. Encontrando que en la UMFRRN 78 (98.8%) no reciben atención por psicología. La relación madre e hijo es buena refiriendo las madres sentimiento de alegría y a la vez preocupación por su enfermedad.

En cuanto a tratamiento la mayoría fue de primera vez 43 (53.8%). De los 5 días de tratamiento asignados asistieron siempre 66 (82.5%).

El apego terapéutico fue de 82.49 y la desviación estándar fue de ± 2.07 con valores de t de student con valor de $p > 0.05$. El porcentaje de adherencia fue 37.5% (<80%) teniendo una relación directa con tiempo prolongado de traslado, madres solteras, bajo status socioeconómico y en el 62.5% (>80%) relacionado con: mejor estado socioeconómico, adecuada relación médico-familiar, estabilidad

familiar al ser los padres casados y menor trayecto de recorrido así como la relación terapeuta-familiar es adecuada. (Gráfica 7).

En el análisis de sensibilidad del instrumento se encontró con un valor de 1 de kappa ponderada interobservador.

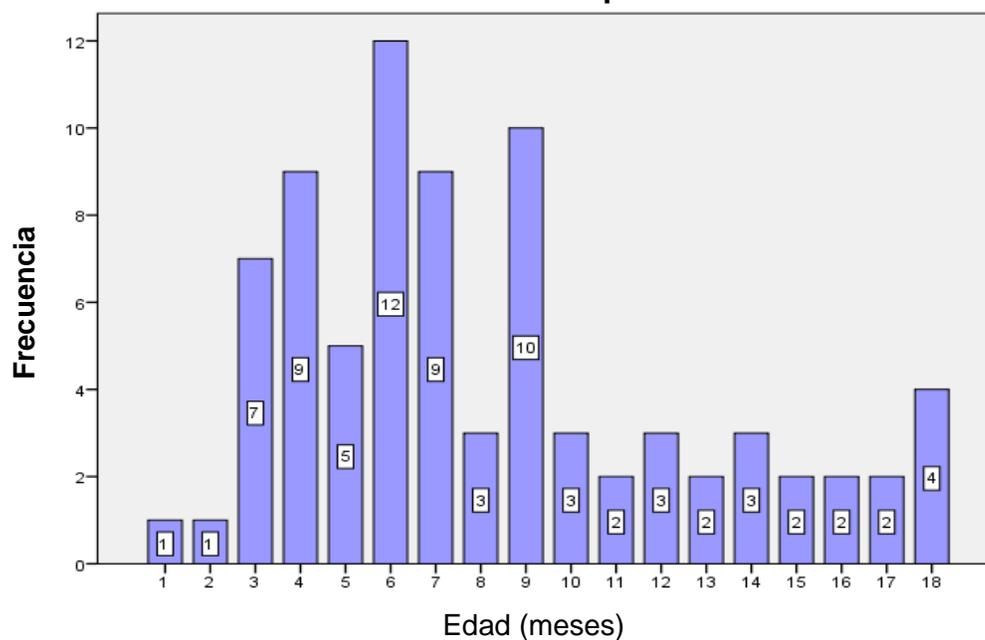
RE-ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA MEDICIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO.

Tabla 1. Escolaridad de los padres

Escolaridad mamá	Porcentaje	Escolaridad papá	Porcentaje
Primaria	8.8	Primaria	6.25
Secundaria	33.8	Secundaria	40
Bachillerato o técnico	37.5	Bachillerato o técnico	38.75
Universidad o Posgrado	20	Universidad o Posgrado	6.25
		No tiene papá	8.75
Total	100.0	Total	100.0

Fuente: HRD/HRL 2012.

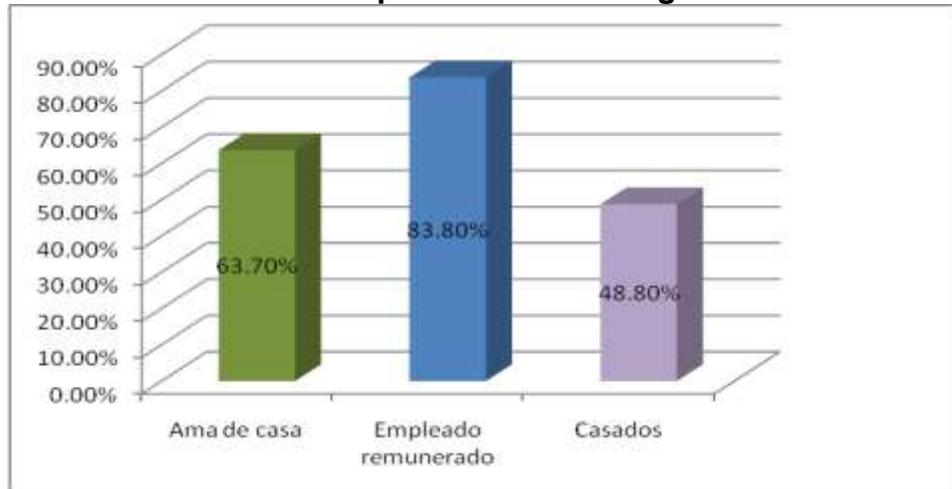
Gráfica 1. Edad de los pacientes



Fuente: HRD/HRL 2012.

RE-ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA MEDICIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO.

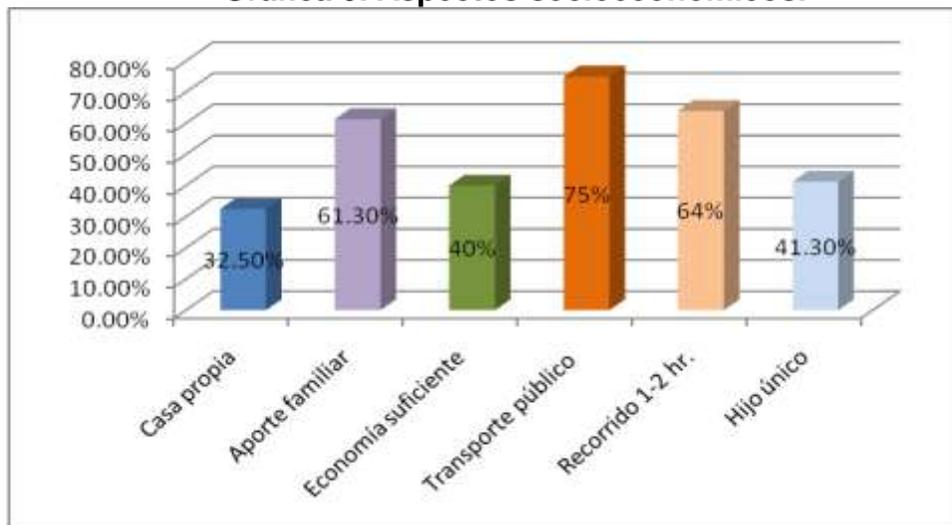
Gráfica 2. Aspectos sociodemográficos.



Registro de las frecuencias altas.

Fuente: HRD/HRL 2012.

Gráfica 3. Aspectos socioeconómicos.

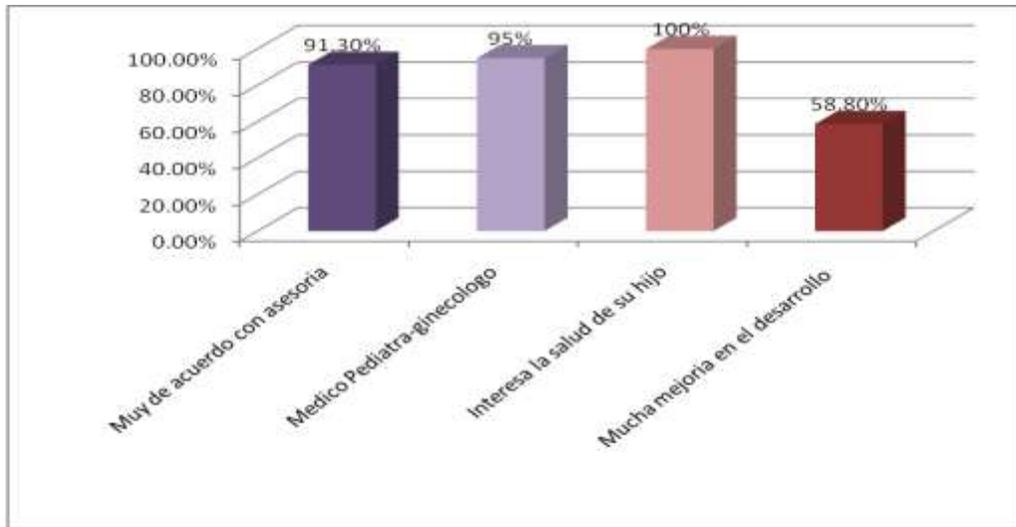


Registro de las frecuencias altas.

Fuente: HRD/HRL 2012.

RE-ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA MEDICIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO.

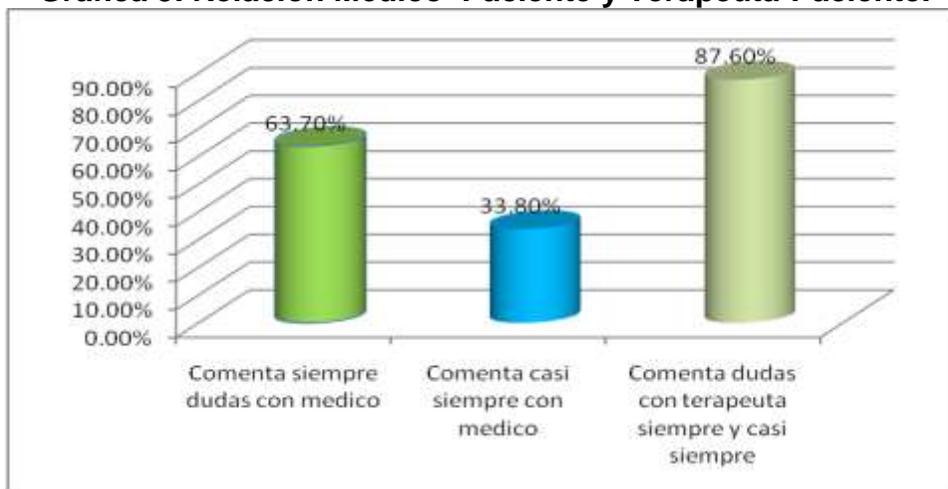
Gráfica 4. Conocimiento de la enfermedad y evolución.



Registro de las frecuencias altas.

Fuente: HRD/HRL 2012.

Gráfica 5. Relación Médico–Paciente y Terapeuta-Paciente.

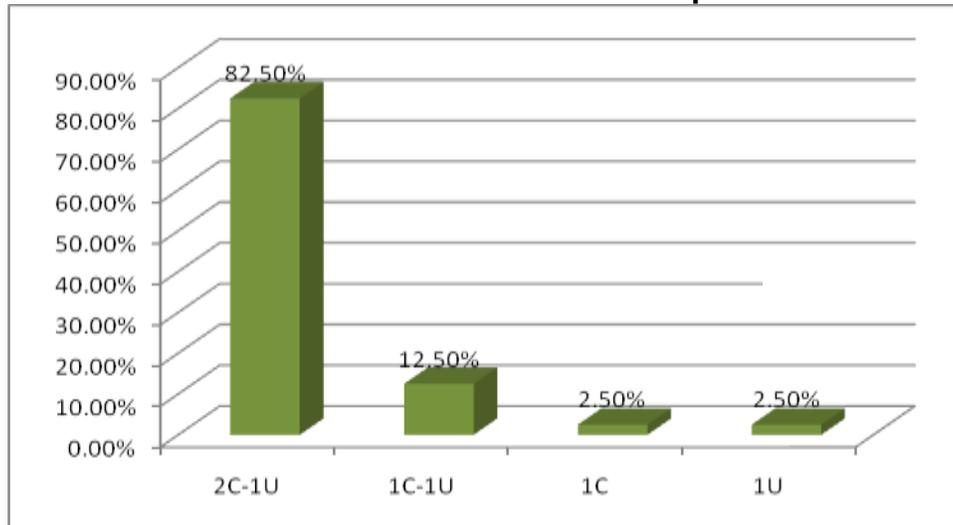


Registro de las frecuencias altas.

Fuente: HRD/HRL 2012.

RE-ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA MEDICIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO.

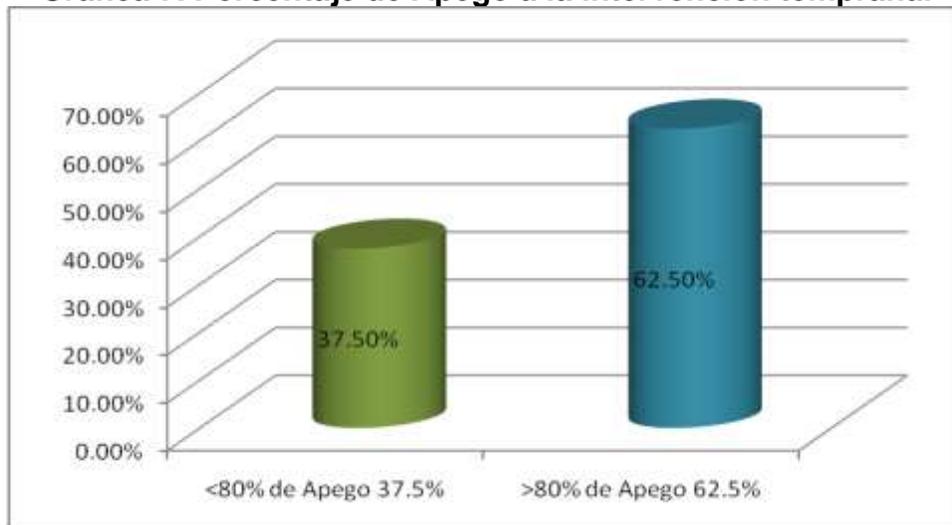
Gráfica 6. Número de sesiones de terapias al día.



C: casa/U: unidad

Fuente: HRD/HRL 2012.

Gráfica 7. Porcentaje de Apego a la intervención temprana.



Fuente: HRD/HRL 2012.

X. DISCUSIÓN

Con la re-estructuración de los ítems identificados en el instrumento de la investigación previa se encontró que la herramienta propuesta en este estudio presenta una diferencia estadísticamente significativa en la evaluación interobservador.

Según Peralta MI y col.(2008) el cumplimiento terapéutico de la intervención temprana se estima como una variable binaria y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas: relación médico paciente, paciente y su entorno, enfermedad y terapéutica; estos resultados concuerdan con nuestro estudio al encontrar una buena relación medico paciente, que se ve reflejado en que los familiares comentan las dudas sobre el diagnóstico, tratamiento y son aclaradas por el médico así como por el terapeuta de cómo realizar los ejercicios teniendo un efecto positivo en el apego al tratamiento.

En relación con los factores asociados al bajo apego de los programas de tratamiento, es posible relacionar variables sociodemográficas como las descritas en el trabajo de Rutherford y col. (2012) en donde sobresalen el bajo estatus socioeconómico, uso de más de dos transportes y largo recorrido a los centros de salud, coincide con lo demostrado en nuestro trabajo de investigación al encontrarse en el 37.5% de menor apego a los programas.

Publicaciones internacionales reportan que pacientes con un mayor grado de escolaridad están dispuesto a modificar su estilo de vida, esto coincide con nuestra investigación al presentar los padres en un 52% grado medio superior con mayor adherencia terapéutica.

XI. CONCLUSIONES

La re-estructuración de 7 ítems del instrumento previo y agregando 1 ítem más se logró una concordancia interobservador fuerte lográndose la medición de la adherencia terapéutica en la población estudiada, considerándose este instrumento sensible para identificar el apego al programa de intervención temprana, permitiendo en un futuro inmediato su consistencia y validación.

Se sugiere para mejorar la adherencia terapéutica a más del 80%, implementar un programa de orientación y asesoría dirigido a los cuidadores primario y secundarios, en donde se involucre un equipo multidisciplinario (médico rehabilitador, trabajo social, psicología, terapeuta físico y ocupacional) donde puedan externar sus dudas y preocupaciones; además incrementar los servicios de rehabilitación en unidades de medicina familiar y hospitales generales de zona, de esta manera disminuir el tiempo de traslado y costos en el servicio de transporte público.

XII. REFERENCIAS:

1. Baschat AA. Neurodevelopment following fetal growth restriction and its relationship with antepartum parameters of placental dysfunction. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;Vol.37:501–514.
2. Iriundo M, Poo P, Ibañez M. Seguimiento del recién nacido de riesgo. *An Pediatr Contin.* 2006; 4(6):344-353.
3. Salinas AML, Peñaloza OL. Frecuencia de desviación de del neurodesarrollo a los 18 meses de edad en pacientes con alto riesgo neurológico que acuden a estimulación temprana. *Bol Med Hosp Infant Méx.* 2007; Vol(64):214-220.
4. Azzopardi D. Clinical management of the baby with hypoxic ischaemic encephalopathy. *Early Human Development.*2010;Vol. 86:345-350.
5. Behrman R. E. Stith B. A. Institute of Medicine (US) Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes. *Preterm Birth Causes, Consequences, and Prevention.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2007.
6. Delfino A, Weinberger M, Delucchi G, Campo S, Bagueño M, Figueira L, et al. Seguimiento de recién nacidos con asfixia perinatal. *Arch Pediatr Urug.*2010; Vol.81(2):73-77.
7. World Health Organization. Statistical information system (WHOSIS). Mortality data 2005. Geneva: WHO, 2005
8. Sánchez ZME, Pérez MGC, Martín LML, Pérez MJC. Factores de riesgo y signos de alarma para daño neurológico en niños menores de 1 año. Reporte de 307 casos. *Revista Mexicana de Neurociencia.* 2009; 10(4): 259-263.
9. Romero EG, Méndez RI, Tello VA, Torner ACA. Daño neurológico secundario a hipoxia isquemia perinatal. *Arch Neurocién Méx.* 2004;Vol(9):143-150.

10. Martínez BA. Diagnóstico e intervención de los factores neonatológicos de riesgo causantes de discapacidad. REV. NEUROL. 2003;36(Supl 1):S117-S122.
11. Rebage V, Ruíz ES, Fernández VM, Montejo GI, García IJP, Galve PZ, et al. El recién nacido neurológico en nuestro medio y su seguimiento. REV NEUROL. 2008; Vol(47):S1-S13.
12. Ramos SI. Detección y diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo psicomotor. Vox Pediatric.2007; Vol(15):36-43.
13. Ramos SI, Márquez LA. Recién nacido de riesgo neurológico. Vox Pediatric. 2000 Vol. 8(2):5-10.
14. Gustaaf MV, Hein WB, Linda SV. Factores de riesgo perinatales de anomalías del desarrollo neurológico tras el parto pretérmino. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2002;Vol(2):80-85.
15. Chinchilla ChJ, Pineda BE, Vallejo LV, Molina ML. Evaluación del Neurodesarrollo a los dos años de vida en recién nacidos menores de 2000 grs. incluidos en el programa de madre canguro. REV MED POST UNAH.2001;Vol(6):55-60.
16. Ruíz EA, Robles VC, Salvatierra CMT, Ocete E, Lainez C, Benitez A, et al. Neurodevelopment of neonates in neonatal intensive care units and growth of surviving infants at age 2 years. Early Human Development. 2001;Vol.65:S119–S132.
17. Hernández CAM, Galván GJA, López LR. Maduración Neurológica, en lactantes productos de madres con embarazo de alto riesgo. Revista Mexicana de medicina Física y Rehabilitación. 2008; Vol(20):37-42.
18. Mung'ala OV, Meehan R, Njuguma P, Mturi N, Alcock KJ. Prevalence and risk factors of neurological disability and impairment in children living in rural Kenya. International Journal of Epidemiology.2006;Vol.35:683-688.
19. Mandujano MA, Sánchez MC. La morbimortalidad perinatal y la génesis del daño neurológico. Revista de ciencias Clínicas. 2005;Vol(6):79-90.

20. Trejo PJA, Flores HS, Peralta MR, Fragoso PR, Reyes MH, Oviedo MMA, et al. Guía Clínica para la vigilancia de nutrición el crecimiento y el desarrollo del niño menor de 5 años. Rev Med IMSS. 2003;Vol(41):S47-S58.
21. Hannah CG, Glidden D, Jeremy RJ, James B, Ferriero DM, Miller SP. Clinical Neonatal Seizures are Independently Associated with Outcome in Infants at Risk for Hypoxic-Ischemic Brain Injury. J Pediatr.2009;Vol.155(3):318-323.
22. Huanca PD. Seguimiento neurológico de niños de alto riesgo. Rev. Perú pediatr.2009;Vol(62):90-97.
23. Ortega MMC. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. Educare 21. 2004;1-6.
24. Joseph JV. Brain injury in premature infants: a complex amalgam of destructive and developmental disturbances. Lancet Neurol. 2009;Vol. 8(1):110–124.
25. Mendoza S, Muñoz M, Merino J. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev. Med. Chile. 2006;Vol.134:65-71.
26. Oleske DM, Lavender SA, Andersson GB, Kwasny MM. Are back supports plus education more effective than education alone in promoting recovery from low back pain?: Results from a randomized clinical trial. Spine. 2007;1;32(19):2050-2057.
27. Kongsted A, Qerama E, Kasch H, Bach FW, Korsholm L, Jensen TS, Et al. Education of patients after whiplash injury: is oral advice any better than a pamphlet? Spine. 2008;15;33(22):E843-848.
28. Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. Spine.1999; 24:2484-2491.
29. Haase I, Kuhnt O, Klimczyk K . Importance of education level for effectiveness of multimodal pain therapy. Schmerz. 2012;26(1):61-68.

30. Di Maio M., Signoriello S, Morabito A, Rossi A, Maione P, Piantedosi FV, et al. Prognostic impact of education level of patients with advanced non-small cell lung cancer enrolled in clinical trials. *Lung Cancer*.2012;Vol.76(3):457-464.
31. Puente SFG. Adherencia terapéutica Implicaciones para México. Ed. Implicaciones para Mexico. Laboratorios Lepetit de Mexico. 1984;2-12.
32. Valdespino LA. 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. IMSS. 2010.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1.

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	“Re-estructuración del análisis de la sensibilidad de un instrumento de trabajo para medición del apego al programa de intervención temprana en niños con factores de riesgo neurológico”.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	México D.F.
Número de registro:	R-2012-34011-12
Justificación y objetivo del estudio:	Re-estructurar el 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 UMFNRN.
Procedimientos:	Responder un cuestionario.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Incremento en el nivel de información de la enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	Se respeta el derecho a no participar en el estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Se apega a los lineamientos de ética de privacidad de cada paciente.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio: _____	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Alejandro Medina Salas.
Colaboradores:	Dra. Evangelina Pérez Chávez/Dra. Laura Hernández Romero
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO 2.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE

RE-ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA MEDICIÓN DEL APEGO AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO NEUROLÓGICO.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NO. DE AFILIACIÓN _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

EDAD _____

PARENTESCO _____

FECHA: _____

No. DE TELEFONO CASA: _____

No. CELULAR _____

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SUBRAYE LA RESPUESTA QUE MÁS CREA CONVENIENTE PARA USTED.

1.- Cuál es la escolaridad:

MADRE DEL PACIENTE

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato o técnico
- Universidad o posgrado

PADRE DEL PACIENTE

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato o técnico
- Universidad o posgrado

2.- Cuál es la ocupación principal:

MADRE DEL PACIENTE

- Ama de casa
- Desempleada
- Empleada remunerada
- Pensionada/Jubilada

PADRE DEL PACIENTE

- Actividades del hogar
- Desempleado
- Empleado remunerado
- Pensionado/Jubilado

3.- Estado civil de los padres:

- Soltera/Soltero
- Viudo
- Divorciado
- Unión libre
- Casados

4.- La casa donde vive es:

- Propia
- Prestada (únicamente vive con esposo/a e hijos)
- 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

6.- El recurso económico asignado para traer a su paciente a tratamiento le es suficiente:

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

7.- Que tipo de transporte utiliza para venir a esta unidad, puede seleccionar más de 2 opciones:

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

8.- 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

9.- ¿Cuántos hijos tiene además de su paciente?

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

10.- Quién le informo que su hijo tuvo problema al nacer:

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

11.- La llegada de su bebé con un problema al nacimiento le causo:

- Alegría
- Alegría y preocupación
- Preocupación
- Tristeza
- Enojo

12.- Cuál es razón por la que trae a su paciente 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
- Por apoyo económico
- No lo sé

13.- Durante la consulta médica usted pregunta las dudas acerca del diagnóstico y tratamiento de su paciente:

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

14.- ¿Le quedan claras las respuestas por parte del médico a sus preguntas?

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

15.- ¿Cuántos veces han enviado a tratamiento a su paciente en esta unidad?

- Es la primera vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces
- Más de 5 veces

16.- Del total de días de tratamiento asignados a asistido

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

17.- ¿Quién es la persona que acude regularmente con su paciente a la sesión de terapias? (Puede seleccionar más de 2 opciones).

- Mamá
- Papá
- Abuelos
- Tíos
- Otros Especifique quien _____

18.- Le queda claro como realizar los ejercicios con la explicación que le dio el terapeuta

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

19.- ¿Está de acuerdo con 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.- ¿A parte de usted existe otra persona que trabaja los ejercicios con su paciente en casa?

- Papá
- Mamá
- Abuelos
- Tíos
- Otros Especifique quien _____

23.- ¿Cuántas veces le han indicado que debe de realizar en su casa los ejercicios enseñados en esta unidad?

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

24.- Cuantas veces le realiza los ejercicios en casa al día:

- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces
- 4 veces
- Más de veces

25.- ¿Cuánto tiempo le dedica a su paciente cada vez que lo trabaja en su casa?

- Menos de 30 minutos
- 30 minutos a 1 hora
- 1 a 2 horas
- Más de 2 horas
- No lo trabajo en casa

26.- De qué manera considera usted que lleva a cabo los ejercicios en casa:

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala
- Pésima

27.- ¿Su paciente recibe algún otro tipo de terapias en un centro de rehabilitación fuera del IMSS?

- Si
- No
- ¿Dónde? _____

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

- Si
- No

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

- Mucho
- Regular
- Poco
- Muy poco
- Ninguno