

LA EVALUACIÓN BIOPSIICOSOCIAL EN REHABILITACIÓN

Sitges-Maciá E, Rodríguez-Marín J, Martín-Aragón M,
Pastor MA, Mira JJ, Tirado S y Pérez-Jover V
Dpto. de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández

RESUMEN

Este trabajo presenta los resultados obtenidos en un estudio realizado con 158 pacientes que han seguido un tratamiento de rehabilitación física en 4 hospitales de la provincia de Alicante. Los resultados de este tratamiento se han evaluado tanto desde el punto de vista médico como del de los pacientes. El objetivo ha sido comparar la percepción de mejoría de los pacientes tras su tratamiento de rehabilitación con la mejoría clínica valorada por los médicos rehabilitadores. Los resultados obtenidos muestran una relación estadísticamente significativa entre la evaluación realizada por los médicos y por los pacientes. Como conclusión se sugiere la aplicación en el ámbito clínico de la utilización de ambos puntos de vista para una evaluación biopsicosocial de la rehabilitación física.

Palabras Clave: Rehabilitación física; Evaluación biopsicosocial

ABSTRACT

This article presents the results obtained in a study carried out with 158 patients that have followed a treatment of physical rehabilitation in 4 hospitals of the county of Alicante. The results of this treatment have been evaluated so much from the medical point of view and the patients' point of view. The objective has been to

compare the perception of the patients' improvement after its rehabilitation treatment with the clinical improvement evaluated by doctors. The results show a relationship statistically significant among the evaluation carried out by the doctors and for the patients evaluation. As conclusion the application is suggested in the clinical environment the use of both points of view for a bio-psycho-social evaluation in the physical rehabilitation.

Key words: Physical Rehabilitation; Biopsychosocial Evaluation

INTRODUCCIÓN

La evaluación de resultados de salud ha evolucionado motivada, entre otras cosas, por los cambios sufridos en la concepción de ésta. Asimismo, ha sido gradualmente aceptado por todos los profesionales que los resultados obtenidos con los parámetros biológicos describen únicamente una pequeña parte del total de los efectos que los cuidados de salud tienen en los individuos. Este reconocimiento estimuló el desarrollo de nuevos instrumentos en la evaluación de los síntomas de los pacientes, de su capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, de su estado de ánimo y de sus percepciones de salud y bienestar. Es así como el término Calidad de Vida se ha ido incluyendo cada vez más como medida de resultado en el ámbito clínico (Esteve y Roca 1997; Font 1994; García-Riaño 1991; McGee et al. 1999; Rodríguez-Marín 1993, 1995; Ware 1991).

En el área de la Rehabilitación Física, de igual forma que los objetivos se han ampliado más allá de la restauración de la función física, la evaluación de los resultados del tratamiento también necesita ampliarse para poder incluir el impacto de la incapacidad a través de varios dominios funcionales y medir los resultados de la intervención en rehabilitación (Turner 1990).

En los estudios sobre la evaluación de la rehabilitación física, con la inclusión de la calidad de vida en el contexto clínico, se introdujo una visión más amplia de la evaluación funcional. Los pacientes que acuden a los servicios de rehabilitación han de adaptarse a limitaciones funcionales de larga duración, y así la calidad de vida es el resultado de las diferentes respuestas de los pacientes al padecimiento de su enfermedad, al tratamiento y a sus consecuencias (Rodríguez-Marín 1993). Quizás es por ello por lo que cada vez son más numerosos los estudios que consideran necesaria una evaluación de los aspectos psico-sociales de los pacientes como parte de la evaluación de los resultados en la rehabilitación física (Spilker 1990; Chubon 1994; Granger et al. 1995; Rothwell et al. 1997; McFarlane y Brooks 1997; Ekberg y Wildhagen 1996), tal y como lo demuestran investigaciones recientes donde se incluyen las evaluaciones de calidad de vida en rehabilitación (Laman y Lankhorst 1994; Biefang y Potthoff 1995; Rissanen et al. 1996;

Johnsson et al. 1996; Kelly y Jessop 1996; Wood-Dauphinee 1998; Damkroger 1998).

A partir del desarrollo general de escalas utilizadas en la evaluación de la rehabilitación médica, surgió como fenómeno unitario de evaluación la concepción de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Las AVD se definen como aquellas funciones físicas básicas diarias o rutinarias necesarias para vivir (Valverde et. al. 1994). Con frecuencia, la capacidad para realizar las AVD se ha usado como sinónimo de función o rendimiento físico. Sin embargo, las AVD no son sino una parte, aunque básica y fundamental de la función física global, que, en general, es necesario lograr superar para poder participar en otros niveles más complejos de actividades personales y sociales. Las escalas de valoración funcional surgen además por la necesidad de disponer de métodos válidos y fiables que permitan expresar los resultados clínicos de un modo uniforme, objetivo y medible, para ampliar la evaluación hacia las diferentes áreas de repercusión psicosocial de los pacientes. Con estas escalas se pueden cuantificar las consecuencias de la enfermedad, establecer categorías de incapacidad o minusvalía y documentar sus variaciones de forma clara y reproducible (Flórez y García Pérez 1994).

En este sentido, las escalas de valoración funcional, por ejemplo, de autocuidado, movilidad y actividades físicas, son medidas frecuentemente utilizadas ya que son representativas dentro de las actividades sociales del individuo. Sin embargo, son poco sensibles en esta población (menos del 0.5 por ciento informa limitaciones en la comida, al vestirse, bañarse o utilizar el aseo debido a una salud pobre). Las medidas genéricas de evaluación de la función física son también más proclives a no valorar los efectos específicos de la enfermedad, por lo que dichas medidas deberían de ser completadas con evaluaciones centradas en el impacto de la enfermedad (Bowling 1997). Siguiendo el punto de vista de esta autora, estas medidas se centran de forma exhaustiva en la movilidad, tareas domésticas y de autocuidado, aunque a menudo obvian las necesidades económicas, emocionales y sociales que conllevan algunas patologías o tratamientos, pudiendo ser igual o más importantes que aquéllas. Las medidas de función física y de limitación de actividades no siempre proporcionan una evaluación de funcionamiento en los roles sociales diarios, funcionamiento sexual, mental, dolor y/o confort.

Rothwell et al. (1997) afirman que entre los beneficios de la evaluación de calidad vida, entendida ésta como una medida subjetiva y realizada por el propio paciente, se incluye la información por parte de éstos de los posibles efectos adversos que los tratamientos pueden tener en otros aspectos de su vida. Además, tal y como afirman estos autores, puede no ser necesariamente menos informativa que la evaluación clínica en lo que se refiere a la discapacidad física. En el estudio que realizan estos autores comparan las percepciones de los pacientes con esclerosis múltiple y las de los médicos, en orden de importancia de ocho dominios diferentes de la calidad de vida en relación con la salud. Los resultados mostraron que los

médicos tendían a valorar como más importantes las limitaciones en función física y rol físico que los pacientes. Asimismo, los médicos valoraban aquellos aspectos relacionados con la salud mental y el rol emocional como menos importantes. Estos autores concluyen que, al menos con estos pacientes, los médicos deberían tener en cuenta que su interés médico puede no coincidir con el de sus pacientes.

Kaplan et al. (1996) evaluaron la relación entre factores psicológicos (ansiedad, depresión, autoeficacia y evaluación subjetiva de la incapacidad) y el esfuerzo realizado durante la evaluación de la capacidad funcional, encontrando una relación significativa entre ambas. Los autores sugieren la utilidad de la evaluación de dichos factores para la predicción del esfuerzo de los pacientes para realizar ciertas tareas físicas necesarias en los programas de rehabilitación.

En esta misma línea, Furher (1994) sugiere que las evaluaciones de los tratamientos de rehabilitación deberían estar implicados conceptos más allá del modelo de incapacidad, en concreto el concepto de bienestar subjetivo. Tras un análisis de las medidas de bienestar percibido o de calidad de vida utilizadas con pacientes con incapacidad en EEUU, concluye con la necesidad de desarrollar más ampliamente estas escalas. Sugiere que una forma de aumentar nuestro conocimiento en estos conceptos implica el desarrollo de instrumentos de evaluación que tengan en cuenta los aspectos de sintomatología asociada a la patología, conciencia individual y auto-valoración de su daño o lesión, auto-conceptos acerca de la naturaleza, grado e implicaciones de la propia discapacidad, auto-evaluaciones de las metas, opciones y realización de su rol social.

A la vista de los estudios revisados sobre la evaluación de resultados en la rehabilitación física, nos planteamos la realización de este trabajo cuyo objetivo fue comparar la percepción de mejoría de los pacientes tras su tratamiento de rehabilitación con la mejoría clínica valorada por los médicos rehabilitadores.

MÉTODO

Muestra

La muestra evaluada está compuesta por 158 pacientes de los servicios de rehabilitación de los Hospitales del Servicio Valenciano de Salud de Alicante, Elche, San Juan y Elda, de la provincia de Alicante. Se incluyeron las patologías de traumatismos (37.3%), dolor en partes blandas y articulaciones (34.8%), algias vertebrales (25.9%), y deformidades (1.9%), por ser las más frecuentes en dichos hospitales.

Los criterios de inclusión de los pacientes en el estudio han sido:

- Acudir por primera vez al Servicio de Rehabilitación
- Ser mayores de 18 años y menores de 65

- Tener como diagnóstico principal alguno de los anteriormente citados
- Tener capacidad intelectual y educativa suficiente para entender y contestar los cuestionarios.
- No presentar diagnóstico psiquiátrico.

Variables e instrumentos

Utilizamos tres medidas de evaluación de resultados. Dos de ellas evaluadas por el médico (Mejoría y Evaluación de la Independencia Funcional) y la tercera por el paciente (estado de salud percibido).

- **Evaluación de la Independencia Funcional.** Adaptación española de la Escala de Independencia Funcional (*FIM: Functional Independence Measure; Research Foundation State University of New York*), de Rodríguez (1995). Esta escala fue elaborada por el grupo de trabajo para el desarrollo del “Conjunto de datos uniformados para la rehabilitación médica”. Para la elaboración de la escala FIM, se revisaron 36 métodos de medida de la funcionalidad, útiles para identificar datos y escalas de medida. La FIM es una medida de la incapacidad que cuantifica lo que el paciente hace realmente, independientemente de cuál sea la afección (Badía et al. 1996). Tiene un total de 18 ítems con una escala de respuesta de 7 puntos que va desde el nivel 1: Dependencia completa-ayuda total (autonomía 0%) hasta el nivel 7: Independencia completa (apropiada a la circunstancia y sin peligro).

- **Mejoría** de las áreas evaluadas en los programas de rehabilitación. Se trata de un cuestionario elaborado para este trabajo que evalúa la mejoría en el balance articular; balance muscular; signos clínicos neurológicos y ortopédicos; síntomas; dolor; actividades de la vida diaria y la repercusión en la actividad principal del sujeto, laboral o no laboral. La escala de respuesta es de 3 niveles: 1: nula o clínicamente insignificante; 2: suficiente; 3: completa.

Se realizó, previa a la realización del estudio, una valoración interjueces entre los médicos rehabilitadores participantes para establecer la uniformidad de criterios médicos respecto a la mejoría del paciente que asiste a un programa de rehabilitación. Los diez rehabilitadores, con las historias clínicas de 31 pacientes de los cuatro hospitales, realizaron la evaluación de la mejoría las áreas anteriormente citadas. El grado de acuerdo evaluado a través del índice Kappa tuvo un rango entre .5117 y .8118.

- **Cuestionario Multidimensional de Estado de Salud Percibido (SF-36).** (Adaptación española, Alonso et al. 1995). Este cuestionario ha sido utilizado con resultados satisfactorios en diferentes contextos clínicos (Alonso

et al. 1995; Kiebzak et al. 1997; Jenkinson et al. 1996; Vickrey et al. 1997; Beaton et al. 1996, 1997). Su contenido se centra en el estado funcional (que incluye 4 escalas), en el bienestar emocional (que incluye 3 escalas) y una evaluación general de la salud (que incluye 2 escalas).

A continuación se describen brevemente las escalas utilizadas para este estudio, tal y como se definen en el manual de puntuación del cuestionario (Medical Outcome Trust 1996):

Función física: Entendida como el grado en el que la salud limita las actividades físicas (autocuidado, caminar o subir escaleras entre otras)

Dolor: Entendida como la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual

Función social: Entendida como el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

Rol Emocional: Evalúa el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.

Salud Mental: En ésta se incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

Salud General: Entendida como una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Los ítems y las dimensiones del SF-36 están puntuados de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para cada dimensión los ítems son codificados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0: "el peor estado de salud para esa dimensión" y 100: "el mejor estado de salud para esa dimensión". El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global de estado de salud.

Procedimiento

Una vez que los pacientes acudían por primera vez a los servicios de rehabilitación, el médico informaba a aquéllos que eran susceptibles de formar parte del estudio y les pedía su colaboración. De aquellos que accedían a participar, se recogían los datos clínicos y se procedía a la evaluación del grado de discapacidad inicial según la escala FIM. Seguidamente, el médico informaba del tratamiento a seguir en el Servicio de Rehabilitación. A continuación el paciente era entrevistado por el psicólogo perteneciente al equipo investigador quien recogía los datos sociodemográficos y de estado de salud percibido (SF-36).

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio subvencionado por la Conselleria de Cultura i Educació titulado "*Recursos Psicosociales de Afrontamiento, Rehabilitación y Calidad de Vida en Incapacitados y Enfermos Físicos Crónicos*", por lo que en esta primera entrevista con el psicólogo, se aplicaba una batería conjunta de cuestionarios para evaluar estilos de afrontamiento, autoeficacia percibida, ansiedad y depresión y apoyo social en estos pacientes.

En el momento del alta o a los seis meses de tratamiento (si no se producía el alta), el paciente volvía a ser entrevistado por el psicólogo y por el médico, donde se realizaba la recogida de la información de la fase de post-tratamiento (cuestionarios F.I.M., Mejoría y SF-36).

Para el análisis estadístico de los datos se han realizado pruebas de diferencias de medias con el fin de evaluar si existían diferencias en la evaluación de resultados en función del género y de las patologías estudiadas. Asimismo, se realizó un análisis de correlaciones entre las diferentes medidas de evaluación de resultados utilizadas para establecer en qué medida la percepción de mejoría de los pacientes tras su tratamiento está relacionada con la mejoría clínica valorada por los médicos rehabilitadores.

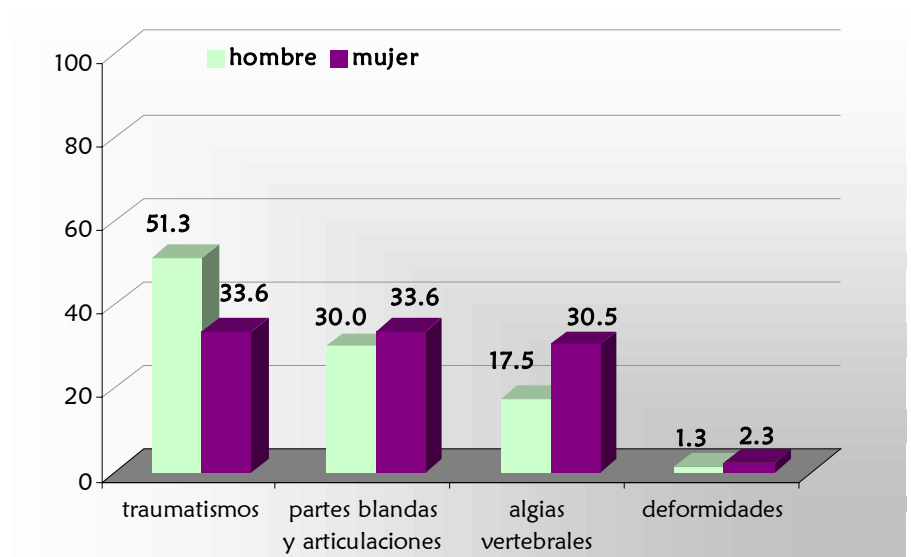
RESULTADOS

Análisis descriptivo

De la muestra estudiada, el 84% de los pacientes recibieron el alta médica al finalizar el estudio. La edad media fue de 43.62 años (d.t. 13.89; rango: 18-64 años). El 61% fueron mujeres y el 39% hombres. El mayor porcentaje de pacientes tenía estudios primarios (45.79%) seguido de un 21.03% que tenía B.U.P. ó F.P. y de un 20.09% que sólo sabían leer y escribir. En relación a la situación laboral, el mayor porcentaje de los pacientes tiene Incapacidad Laboral Transitoria (27.74%), estando muy seguido de personas en activo (27.10%) y de amas de casa (21.94%).

Por otro lado, en la distribución de patologías por género, como podemos ver en el gráfico 1, un gran porcentaje de hombres presentan "traumatismos" (51.3%). En el caso de las mujeres, las patologías con mayor porcentaje son las de "partes blandas y articulaciones" (33.6%) y "algias vertebrales" (30.5%).

Gráfico 1.- Descriptivos patología por género



En la tabla 1 se recogen los resultados descriptivos tanto de la escala FIM como de la escala de Mejorías. Como podemos observar en los resultados de la diferencia de medias, ha habido una mejoría entre la evaluación de la independencia funcional realizada pre y post tratamiento.

Tabla 1.- Descriptivos escala: "FIM" (pre y post tratamiento) y "Mejorías"

| Independencia Funcional | Media \pm d t | t (pre-post) | Rango |
|-------------------------|-------------------|--------------|-----------|
| Pre-tratamiento | 120.51 \pm 8.26 | -7.754*** | 88 – 126 |
| Post-tratamiento | 125.20 \pm 2.36 | | 108 – 126 |
| Mejoría | Media \pm d t | | |
| Post-tratamiento | 2.28 \pm .62 | | 1 – 3 |

*** p< .001

De la misma forma, en la tabla 2 se recogen los resultados descriptivos de la evaluación realizada por los pacientes (cuestionario SF-36), y el análisis de diferencia de medias realizado. Aquí observamos que, al igual que en la evaluación realizada por el médico a través de la escala FIM, los pacientes han valorado que ha habido mejoría entre la evaluación realizada antes del tratamiento y después del mismo.

Tabla 2.- Descriptivos escala SF-36 pre y post tratamiento

| | | Media (\pm d.t.) | Rango | t (pre-post) |
|-----------------------|-------------|---------------------|---------|--------------|
| Función Física | Pre | 21.73 (\pm 4.97) | 10 - 57 | -6.659*** |
| | Post | 23.89 (\pm 5.09) | 10 - 30 | |
| Dolor | Pre | 5.66 (\pm 2.37) | 2 - 11 | -5.650*** |
| | Post | 6.88 (\pm 2.75) | 2 - 11 | |
| Salud General | Pre | 16.62 (\pm 4.74) | 5 - 25 | -2.335*** |
| | Post | 17.34 (\pm 4.81) | 6 - 25 | |
| Función Social | Pre | 7.39 (\pm 2.56) | 2 - 10 | -5.271*** |
| | Post | 8.28 (\pm 2.29) | 2 - 10 | |
| Rol Emocional | Pre | 4.93 (\pm 1.29) | 3 - 26 | -2.185*** |
| | Post | 5.15 (\pm 1.26) | 3 - 13 | |
| Salud Mental | Pre | 19.35 (\pm 6.57) | 5 - 30 | -3.361*** |
| | Post | 20.73 (\pm 6.68) | 6 - 30 | |

*** p< .001

En las variables de resultado evaluadas por el médico (F.I.M. y Mejoría) no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del género. Sin embargo, sí las hemos obtenido en todas las escalas utilizadas del cuestionario SF-36, siendo en todos los casos las puntuaciones medias de las mujeres inferiores a las de los hombres.

Tabla 3.- Diferencia de medias SF-36 y género

| | t |
|----------------------|----------|
| SF-36 Función Social | 2.330* |
| SF-36 Rol Emocional | 2.040* |
| SF-36 Salud General | 2.814** |
| SF-36 Salud Mental | 3.890*** |
| SF-36 Función Física | 2.276* |
| SF-36 Dolor | 2.779** |

*** p< .001; ** p< .01; * p< .05

Por patologías, observamos que existen diferencia de medias en la escala Mejoría (F: 3.947; p: .01), siendo los "traumatismos" los que obtienen puntuaciones más altas que los pacientes que presentan patologías de "partes blandas y articulaciones" (diferencia de medias: 0.374; p: .015).

En la escala "Salud General" del cuestionario SF-36, también existen diferencias en función de la patología (F: 3.355; p: .021), siendo los "traumatismos" quienes tienen puntuaciones más altas que los pacientes que presentan patologías de "algias vertebrales" (diferencia de medias: 2.588; p: .035).

Análisis de correlaciones

Por último, realizamos un análisis de correlaciones entre las medidas de resultados evaluadas por los médicos y por los pacientes. Por un lado, encontramos relaciones estadísticamente significativas entre las dos medidas evaluadas por los médicos ($r = .275$; $p \leq .01$). Por otro lado, se han obtenido correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las escalas del cuestionario SF-36 que evalúan aspectos más físicos (función física, función social y salud general) y el cuestionario F.I.M. Para la escala de Mejoría se han obtenido correlaciones estadísticamente significativas con todas las puntuaciones de las escalas del cuestionario SF-36 utilizadas.

Tabla 4.- Análisis de Correlaciones

| | FIM | Mejoría |
|----------------------|-----------------|-----------------|
| SF-36 Función Física | $r = .462^{**}$ | $r = .535^{**}$ |
| SF-36 Dolor | $r = .380^{**}$ | $r = .506^{**}$ |
| SF-36 Salud General | $r = .363^{**}$ | $r = .399^{**}$ |
| SF-36 Función Social | n. s. | $r = .251^{**}$ |
| SF-36 Rol Emocional | n. s. | $r = .259^{**}$ |
| SF-36 Salud Mental | n. s. | $r = .258^{**}$ |

*p< .05; ** p< .01

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A la vista de los análisis descriptivos realizados, podemos observar que son las mujeres las que mayoritariamente presentan las patologías cuya evolución es más incierta. Esto es, las mujeres son las que en mayor proporción acuden a rehabilitación con patologías como "partes blandas y articulaciones" y "algias vertebrales", en comparación con los hombres (aunque esta diferencia no se ha mostrado estadísticamente significativa). Estas patologías son de mayor duración y tienen una evolución menos previsible que en el caso de los "traumatismos". Estas últimas son en general lesiones que se caracterizan por desarrollar un proceso agudo más que crónico. Nuestros resultados serían comparables a los obtenidos en los estudios epidemiológicos sobre percepción de dolor y género, donde se da un mayor índice de dolor en las mujeres que en los hombres tanto en dolores de poca duración como persistentes (Feine et al. 1991; Von Korf et al. 1988). Este hecho, junto a que la patología que mejor pronóstico tiene de las valoradas en este estudio sea la de "traumatismos" que se da más en hombres, puede haber influido en que las mujeres puntúen significativamente más bajo que los hombres en la escala de evaluación de resultados realizada por los pacientes (SF- 36).

Por otro lado, vemos que tanto desde el punto de vista del médico como desde el paciente ha habido mejorías significativas tras el tratamiento de rehabilitación en todos los casos. Asimismo, podemos comprobar en el análisis de correlaciones que hay relación entre las medidas de evaluación de resultados desde el punto de vista del médico y del paciente. En este sentido, las valoraciones de capacidad funcional según la escala FIM se han asociado significativamente con las valoraciones sobre el impacto físico del SF-36. Así, podemos entender que las medidas de valoración de aspectos más emocionales realizadas por los pacientes (como en nuestro caso eran la función social, el rol emocional y la salud mental) pueden servir como complemento de la información obtenida en la evaluación clínica, realizando por tanto una evaluación global de los efectos del tratamiento en los pacientes.

En lo que respecta a las correlaciones entre la escala de Mejoría y SF-36, han sido estadísticamente significativas en todas las medidas. En este caso, por tanto estarían en consonancia las valoraciones realizadas por los médicos y por los pacientes en los diferentes efectos que ha tenido sobre el individuo el tratamiento rehabilitador. Lo que significa un avance en la inclusión de la evaluación realizada por parte de los médicos de las consecuencias sociales y emocionales del tratamiento.

Dados los resultados obtenidos en nuestro estudio, la evaluación de resultados realizada con el SF-36 consideramos que es un buen indicador como complemento de los resultados del tratamiento rehabilitador, pudiendo ser incluida como medida adicional de resultado clínica. Estos resultados estarían en la línea del trabajo comentado anteriormente de Rothwell et al. 1997, donde en las valoraciones realiza-

das por los médicos se hace más hincapié en aspectos más relacionados con la función física y el rol físico que con las limitaciones en la salud mental y el rol emocional de los pacientes.

Con la escala de Mejoría que se ha utilizado, nuestros resultados coinciden con los resultados de los trabajos que consideran necesaria una evaluación de los aspectos psico-sociales de los pacientes como parte de la evaluación de resultados en la rehabilitación física (Spilker 1990; Chubon 1994; Granger et al. 1995; Rothwell et al. 1997; McFarlane y Brooks 1997; Ekberg y Wildhagen 1996), obteniendo información de la repercusión o mejoría del tratamiento y/o de la incapacidad, es decir del total de los efectos que los cuidados de salud tienen en los individuos.

Al comparar en este estudio la evaluación realizada por los pacientes y por los médicos, nos gustaría destacar que, ya que el objetivo de la evaluación clínica es una evaluación del resultado global del tratamiento de la rehabilitación física, si no se introducen aspectos de la evaluación de funcionamiento en los roles sociales diarios o de estado emocional se caería en una evaluación de los resultados de sólo los aspectos físicos de la enfermedad. Es por ello que a la vista de los resultados obtenidos de este estudio, consideramos que en aquellos Servicios donde no se utilicen escalas que evalúen las consecuencias psicosociales de la enfermedad sería deseable incluir alguna de estas medidas de evaluación. Con su introducción se estaría realizando una evaluación de la rehabilitación donde están implicados conceptos que van más allá del modelo tradicional de evaluación de la incapacidad.

Por último nos gustaría señalar algunas de las posibles limitaciones de este estudio, como es en primer lugar que, por ser un estudio correlacional, no podemos hacer afirmaciones causales; sin embargo, los datos sugieren asociaciones y direcciones para futuros estudios en relación al papel que las variables psicosociales de los pacientes tienen en los resultados del tratamiento rehabilitador. Por otro lado, el sesgo del voluntario que se produce, ya que no todos los sujetos a quienes se solicita participación acceden a ello, sino que, precisamente, responden quienes muestran niveles de motivación diferentes además de la selección de una muestra completamente representativa de los pacientes de los Servicios de Rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso J, Prieto L y Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*, 1995, 104: 771-776.

Badía X, Salamero M, Alonso J y Ollé A. *La medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: PPU, S.A., 1996.

Beaton DE, Bombardier C y Hogg-Johnson SA. Measuring health in injured workers: a cross-sectional comparison of five generic health status instruments in workers with musculoskeletal injuries. *Am J Ind Med*, 1996, 29(6): 618-631.

Beaton DE, Hogg-Johnson S y Bombardier C. Evaluating changes in health status: reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *J Clin Epidemiol*, 1997, 50(1): 79-93.

Biefang S y Potthoff P. Assessment methods for rehabilitation. *Int J Rehabil Res*, 1995, 18(3): 201-213.

Bowling A. The measurement of functional ability. En Bowling A. (ed). *MEASURING HEALTH. A Review of Quality of life measurement scales*. 2nd ed. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1997.

Chubon RA. *Social and Psychological Foundations of rehabilitation*. Illinois: Charles C. Thomas Publisher, 1994.

Damkroger MK. A program evaluation study of a partial hospital program. *Dissertation Abstracts International*, 1998, 59(4b):1846

Esteve M y Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Med Clin*, 1997, 108: 458-459.

Ekberg K y Wildhagen L. Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders: the necessary intervention of work conditions. *Scand J Rehabil Med.*, 1996, 28(1): 39-47.

Feine JS, Bushnell MC, Miron D, Duncan GH. Sex differences in the perception of noxious heat stimuli. *Pain*, 1991, 44: 255-262.

Flórez García M y García Pérez F. Importancia de una valoración funcional estandarizada. *Rehabilitación (Madr)*, 1994, 28(6): 371-372.

Font A. Cáncer y Calidad de vida. *Anu Psicol*, 1994, 61: 41-50.

Further MJ. Subjective well-being: implications for medical rehabilitation outcomes and models of disabliment. *Am J Phys Med Rehabil*; 1994, 73(5): 358-364.

García-Riaño D. Calidad de vida: Aproximación Histórico-Conceptual. *Boletín de Psicología*, 1991, 30: 55-94.

Granger CV, Kenneth J, Ottenbacher JG, Baker JG y Sehgal A. Reliability of a brief outpatient functional outcome assessment measure. *Am J Phys Med Rehabil*, 1995, 74: 469-475.

Jenkinson C, Layte R, Coulter A y Wright L. Evidence for the sensitivity of the SF - 36 health status measure to inequalities in health: results from the Oxford healthy lifestyles survey. *J Epidemiol Community Health*, 1996, 50: 377-380.

Johnsson A, Dock J y Ravnborg MH. Quality of life as a measure of rehabilitation outcome in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand.*, 1996, 93(4): 229-235.

Kaplan GM, Wurtele SK y Gillis D. Maximal effort during functional capacity evaluations: an examination of psychological factors. *Arch Phys Med Rehabil*, 1996, 77(2): 161-164.

Kelly S y Jessop EG. A comparison of measures of disability and health status in people with physical disabilities undergoing vocational rehabilitation. *J Public Health Med.*, 1996, 18(2): 169-174.

Kiebzak GM, Vain PA, Gregory AM, Mokris MD y Mauerhan DR. SF -36 General Health Status Survey to determine patient satisfaction at Short-term follow up after total hip and knee Arthroplasty. *J South Orthop Assoc*, 1997, 6(3): 169-172.

Laman H y Lankhorst GJ. Subjective weighting of disability: an approach to quality of life assessment in rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 1994, 16(4): 198-204.

McFarlane AC y Brooks PM. The assessment of disability and handicap in musculoskeletal disease. *J Rheumatol*, 1997, 24(5): 985-989.

McGee HM, Hevey D y Horgan HJ. Psychosocial outcome assessments for use in cardiac rehabilitation service evaluation: A 10 year systematic review. *Soc Sci Med*, 1999, 48(10): 1373-1393.

Medical Outcomes Trust. *SF-36 Health Survey. Puntuación del cuestionario de salud Sf-36. Versión española*. Boston, MA: Medical Outcomes Trust, 1996.

Rissanen P, Aro S, Sintonen H, Slatis P y Paavolainen P. Quality of life and functional ability in hip and knee replacements: a prospective study. *Qual Life Res*, 1996, 5(1): 56-64.

Rodríguez-Marín J. Calidad de vida en enfermos crónicos: definición y evaluación. En Pelechano V (comp.) *Psicología, Mitopsicología y Postpsicología*. Valencia: Promolibro, Colección Alfaplus. 1993.

Rodríguez-Marín J. *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis 1995.

Rothwell PM, McDowell Z, Wong CK y Dorman PJ. Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *Br Med J*, 1997, 314: 1580-1583.

Spilker B. *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press, Ltd., 1990.

Turner R. Quality of Life Assessments in Clinical Trials. En B Spilker (Ed.). *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. Cap 21 (pp 247-267) New York: Raven Press, Ltd., 1990.

Valverde Carrillo MD, Flórez García M y Sánchez Blanco I. Escalas de actividades de la vida diaria. *Rehabilitación (Madr)*, 1994, 28(6): 377-388.

Vickrey BG, Hays RD, Genovese BJ, Myers LW y Ellison GW. Comparison of a generic to disease-targeted health-related quality-of-life measures for multiple sclerosis. *J Clin Epidemiol*, 1997, 50(5): 557-569.

Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L y Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, 1988, 32: 173-183.

Ware JE Jr. Conceptualizing and measuring generic health outcomes. *Cancer*, 1991, 67(supl 3); 774-779.

Wood-Dauphinee S. Competing conceptual frameworks for assessing rehabilitation outcomes. *Can J Rehabil*, 1998, 11(4): 165-167

Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración e inestimable ayuda prestada por el personal de los Servicios de Rehabilitación de los hospitales de Alicante, Elche, Elda y San Juan, para la realización de esta investigación.

Nota

Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda concedida por La Generalitat Valenciana (referencia: GV-B-ES-17-020-96).

Correspondencia

Esther Sitges Maciá.

Dpto. de Psicología de la Salud.

Campus de San Juan.

Ctra. De Valencia (N-332) Km. 87.

03550 - San Juan de Alicante.

Tel.: 96 591 93 97

e-mail: esther.sitges@umh.es