

Factores psicosociales y calidad de vida en la rehabilitación médica

MD García-Manzanares,* D Tornero,* M Sunyer,* MP Plou,* R Limón*

RESUMEN

Antecedentes: El objetivo principal del estudio es establecer la interrelación entre las medidas de calidad de vida percibida por el paciente y los resultados clínicos. **Métodos:** Se seleccionaron aleatoriamente 39 pacientes, entre 18 y 65 años, en la primera visita a la consulta de rehabilitación. Se les pasó un cuestionario al inicio y al final del periodo de estudio, con las siguientes variables: Cumplimiento régimen de visitas a RHB/fisioterapia, cumplimiento al tratamiento en las áreas: médica/fisioterápica/domicilio, mejoría balance articular/muscular/neurológico/ortopédico, mejoría síntomas/dolor/actividades de vida diaria/actividad principal y cuestionarios FIM y SF-36. **Resultados:** Resultaron estadísticamente significativas: –Relación FIM total pre-test y post-test ($p < 0.001$). – Dimensiones del SF36 pre-test y post-test: rol físico, dolor corporal, función social y evolución declarada de salud. Encontramos una asociación significativa en las perspectivas de recuperación evaluadas tanto por el médico como por el paciente, en cuanto a: Balance articular y función social, balance muscular y función física, síntomas y salud general, actividad principal y rol físico. **Conclusiones:** Según nuestro estudio, los resultados de un programa de rehabilitación se pueden describir mucho mejor, combinando las medidas de la salud biológica con la medición del estado de salud psíquico y social.

Palabras clave: Evaluación psicosocial, calidad de vida, rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction: The primary objective of the study is to establish the associations between quality of life's measure by the patients and the clinical results. **Material and methods:** We randomly selected 39 patients, ages between 18 and 65 years, in the first visit to the Rehabilitation Center. A questionnaire was fulfilled in the beginning and at the end of the period of study, with the following variables: Fulfillment regime of visits to RHB/Physiotherapy, fulfillment to the treatment in the areas: medical/physiotherapy/address, improvement in articulate balance, muscular balance, neurological and orthopaedics, improvement symptoms/pain/AVD/main activity and questionnaires FIM and SF-36. **Results:** Were statistically significant: Relation Total FIM pre-test and post-test ($p < 0.001$). Dimensions of the SF36 pre-test and post-test: physical function, physical roll, corporal pain, social function and emotional roll. We found a statistically significant association in the perspective of recovery evaluated by the doctor as by the patient, in the following variables: Articular Balance and social function, muscular balance and physical function, symptoms and general health, main activity and physical roll. **Conclusions:** In our study, the results of a rehabilitation program can be better described combining the biological health measurements together with the quality of life assessment.

Key words: Psychosocial evaluation, quality of life, rehabilitation.

Abreviaturas:

- AVD: Actividades de vida diaria
- SF-36: SF-36 Health Survey
- FIM: Medida de independencia funcional
- FF: Función física
- RF: Limitaciones del rol físico
- D: Dolor
- SG: Percepción de la salud general
- V: Vitalidad
- FS: Función social
- RE: Limitaciones del rol emocional
- SM: Salud mental
- EDS: Cambio de salud en el tiempo

INTRODUCCIÓN

En el mantenimiento de la salud o en su mejora, el comportamiento de las personas constituye un aspecto de igual o mayor importancia que las acciones realizadas por los profesionales de la salud¹. Tal como afirman Turk y Rudy², “la eficacia de los tratamientos no sólo depende de lo apropiado de los mismos, sino del grado en el que los pacientes cumplen con el tratamiento”.

Se estima que una media del 40% de los pacientes no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas de sus médicos. Existen diferencias en función de diversos factores: en el caso de enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que para las enfermedades crónicas se incrementa hasta el 45%;

* Servicio de Medicina Preventiva. Universidad Miguel Hernández. España.

Servicio de Rehabilitación. Hospital de San Juan.

en aquellos casos en que los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es todavía más alta.³

En el caso concreto de la rehabilitación física, en muchas ocasiones el tratamiento de los pacientes exige cambios en el estilo de vida, tales como la realización de programas de ejercicio, modificaciones en las actividades de vida diaria, etc. Además en rehabilitación se utilizan tratamientos prolongados que suelen exigir un involucramiento muy alto por parte del paciente, que no obtiene resultados a corto plazo y que cuenta sus éxitos por la obtención de una secuela mínima y no por la curación en el sentido estricto tradicional⁴. Todo ello hace que las cifras de incumplimiento sean mucho mayores que en otras áreas de intervención médica.

El conocimiento de la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios es una necesidad para poder configurar adecuadamente las necesidades sanitarias. De manera creciente, los estudios que evalúan la efectividad de los procedimientos médicos utilizan como variable de resultados la calidad de vida relacionada con la salud o el estado de salud. Resulta innovador que este tipo de medidas, que reflejan la salud desde la perspectiva del paciente y que recogen la información a través de entrevistas o cuestionarios (en vez de instrumentación u observaciones clínicas), haya atraído el interés de los investigadores. Este interés es, probablemente, reflejo de la importancia conceptual y el respaldo metodológico que tienen los instrumentos de medida del estado de salud⁵.

Los instrumentos de medida del estado de salud pueden clasificarse en dos grandes tipos: genéricos y específicos. Mientras que los específicos están diseñados para su utilización en pacientes con un tipo de problema de salud concreto, los genéricos son independientes del diagnóstico y se han desarrollado para poder ser utilizados en diferentes tipos de pacientes o poblaciones. Entre las ventajas de los instrumentos genéricos destaca la posibilidad de comparar el impacto relativo de diferentes enfermedades sobre el estado de salud, así como la de obtener valores poblacionales de referencia⁶. Algunos de los instrumentos genéricos ya disponibles en nuestro medio son el SF-36 Health Survey (SF-36) y la medida de independencia funcional (FIM).

El SF-36⁷ consta de 9 dimensiones: función física (FF), limitaciones del rol físico (RF), dolor (D), percepción de la salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones del rol emocional (RE), salud mental (SM) y cambio de salud en el tiempo (EDS). Por cada dimensión los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esta dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global.

La evaluación de la independencia funcional (FIM) es la adaptación española de la escala de independencia funcional (FIM: Functional Independence Measure; Research

Foundation State University of New York), de Rodríguez⁸. El FIM es una medida de incapacidad no de déficit^{9,10}, es decir, cuantifica lo que el paciente realiza, no lo que sería capaz de realizar. Consiste en la evaluación de las 6 áreas de funcionalidad más comunes: cuidados propios, control de esfinteres, movilidad (transferencias), locomoción, comunicación y reacciones sociales. En cada una de ellas, se valoran 7 niveles de independencia funcional. La máxima puntuación es 7 y la mínima 1, de tal forma que el máximo obtenido será 126 y el mínimo 18.

La medida de la calidad de vida se considera como una medida del resultado de la intervención clínica. Sin embargo, actualmente no hay suficientes evidencias de la interrelación entre el resultado clínico, tal como es considerado por el especialista, y el resultado percibido por el paciente.

El objetivo del estudio es establecer la interrelación entre las medidas de calidad de vida percibida por el paciente y los resultados clínicos, así como el estudio de los determinantes psicosociales de la calidad de vida. También tratamos de establecer una serie de asociaciones estadísticas entre la estimación pronóstica hecha por el médico rehabilitador en la primera visita, y los resultados conseguidos tras el tratamiento rehabilitador.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de campo con diseño correlacional. Se estudiaron 39 pacientes, de edades comprendidas entre 18 y 65 años, en la primera visita a la consulta de rehabilitación del Hospital de San Juan durante un periodo máximo de 6 meses. Los pacientes fueron seleccionados aleatoriamente a la consulta de médico rehabilitador. Se les pasó un cuestionario al inicio y al final del periodo de estudio, en el que se registraron entre otras muchas variables:

- Diagnóstico codificado mediante la CIE-9
- Grupo patológico, edad, sexo y nivel educativo
- Causa que originó la enfermedad
- Tratamiento/s aplicados en la 1^a visita
- Días en lista de espera desde la aparición del problema
- Expectativa del médico respecto al resultado del tratamiento pautado al paciente
- Elementos que pueden afectar negativamente al resultado final (personalidad, beneficios económicos, ganancias sociales...)
- Tres medidas de evaluación de resultados: dos de ellas evaluadas por el médico (mejoría y evaluación de la independencia funcional-FIM), y la tercera por el paciente (estado de salud percibido-SF-36)

Los **criterios de inclusión** que se siguieron fueron los siguientes:

1. Acudir por primera vez al Servicio de Rehabilitación y no estar hospitalizado.
2. Ser mayor de 18 años y menor de 65.
3. No tener antecedentes de trastorno psiquiátrico
4. Tener capacidad intelectual y educativa suficiente para entender y contestar cuestionarios

Los criterios de exclusión: Pacientes hospitalizados y pacientes con patología neurológica.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 12.0. Para el análisis bivariante se han utilizado las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y la de Kruskal-Wallis para diferencias en la distribución, según se compararán dos o más categorías (las variables relacionadas con la valoración por parte del paciente se categorizaron en mejoría o no mejoría). Para el análisis multivariante se ha utilizado una regresión logística mediante el método adelante: condicional. Se ha considerado significación estadística para valores de p menores a 0.05.

RESULTADOS

Las características de la muestra las podemos observar en el cuadro 1. La edad media fue de 43.76 años ± 14.49. En cuanto al estatus profesional: el 21.1% eran amas de casa, 15.8% trabajadores en activo, 26.3% en situación de incapacidad temporal (IT) concedida, el 5.3% pendiente de IT, 7.9% jubilados, 10.5% estudiantes y 13.2% desempleados. De éstos el 2.6% reciben algún tipo de ayuda económica por su actual problema, y el 10.8% están pendientes de juicio por su problema actual.

Todos los pacientes siguieron algún tipo de tratamiento rehabilitador y/o fisioterápico. En el momento de la finalización del estudio el 88.2% habían sido dados de alta médica mente.

En cuanto a las expectativas del médico en el resultado final tras el tratamiento rehabilitador, se midió de dos formas:

a) ¿Cree que el paciente hará lo pautado? Respuestas posibles del 0 (no, en absoluto) al 10 (sí, con absoluta seguridad) (*Figura 1*).

b) Predicción pronóstica acerca del paciente: Respuestas posibles del 0 (ninguna recuperación) al 10 (recuperación total) (*Figura 2*).

Además se recogieron los elementos que pueden afectar negativamente al pronóstico: 43.2% sufría alteraciones de personalidad y/o alteraciones emocionales significativas, 37.8% otras causas (beneficios económicos, ganancias sociales).

- El **grado de cumplimiento**, se ha considerado como el "porcentaje en que la conducta del paciente coincide

Cuadro 1. Características de la muestra.

	Variable	Porcentaje
Sexo		
	Hombres (n = 19)	48.7
	Mujeres (n = 20)	51.3
Grupos de edad (años)		
	0-20	5.3
	21-30	23.7
	31-40	7.9
	41-50	21.1
	51-60	34.2
	≥ 61	7.9
Tiempo de espera hasta 1ª visita (días)		
	0-29	82.1
	30-59	12.8
	> 60	5.1
Nivel de estudios		
	Sin estudios	15.4
	Básico	43.6
	Medio	25.6
	Superior	15.4
Diagnóstico		
	Traumatismo	52.6
	Partes blandas y articulaciones	36.8
	Algias vertebrales	10.5
Causa que originó la patología		
	Enfermedad común	33.3
	Accidente de tráfico	12.1
	Accidente casual	42.4
	Otras causas externas	12.1

con la prescrita por el médico". Se midió en dos áreas (*Cuadro 2*):

- a) Cumplimiento régimen de visitas a RHB/fisioterapia: Escala del 1 (óptimo: 81-100%) al 5 (péssimo: 0-20%) (*Figura 3*).
- b) Cumplimiento al tratamiento en las áreas: médica/fisioterápica/domicilio: Escala del 1 (óptimo: 81-100%) al 5 (péssimo: 0-20%) (*Figura 4*).
- **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, muscular, neurológico y ortopédico, síntomas, dolor, AVD 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), y 3 (mejoría completa) (*Cuadro 3*). La mejoría media total postratamiento fue de 2.54 ± 0.65 .

En relación a la **calidad de vida percibida** por el paciente encontramos diferencias significativas pre y postratamiento:

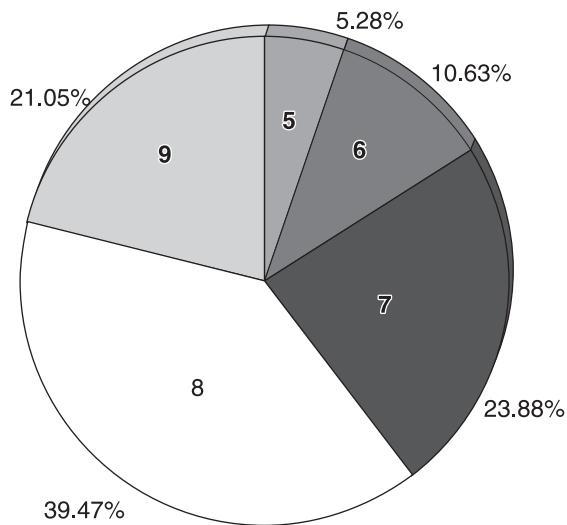


Figura 1. ¿Cree qué el paciente hará lo pautado? Respuestas posibles del 0 (no, en absoluto) al 10 (sí, con absoluta seguridad).

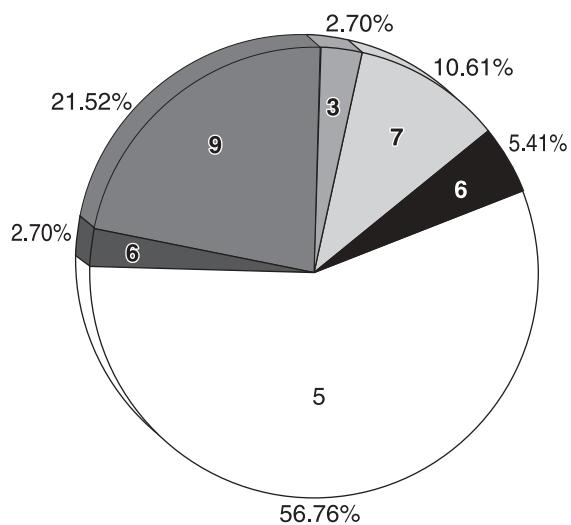


Figura 2. Predicción pronóstica acerca del paciente: Respuestas posibles del 0 (ninguna recuperación) al 10 (recuperación total).

Cuadro 2. Estadísticas descriptivas de las escalas de cumplimiento terapéutico (*).

	Cumplimiento visitas		Cumplimiento tratamiento		
	Rehabilitación	Fisioterapia	Médico	Fisioterapia	Domicilio
Media ± DE	1.29 ± 0.8	1.43 ± 0.67	1.68 ± 0.84	1.79 ± 0.77	2.11 ± 1.02

(*) Rango (1: cumplimiento óptimo-5 cumplimiento pésimo)

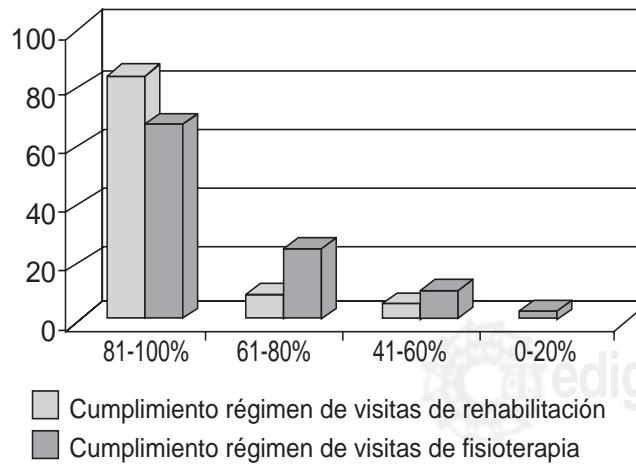


Figura 3. Cumplimiento régimen de visitas a RHB/fisioterapia: óptimo: 81-100% a pésimo: 0-20%.

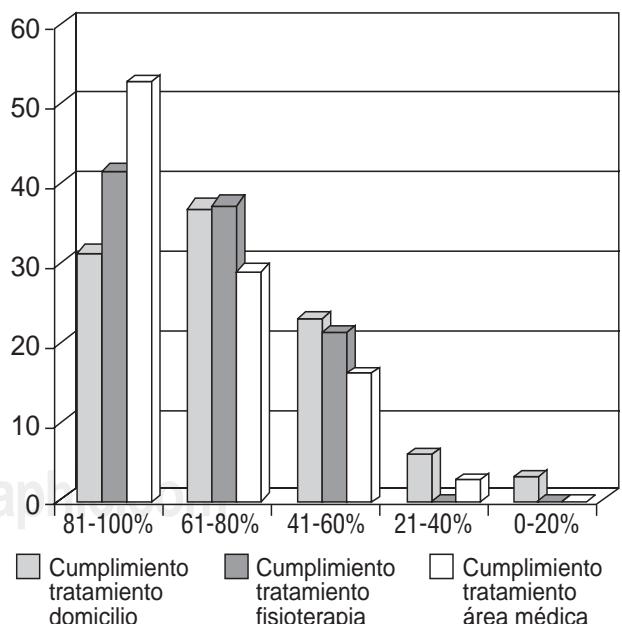
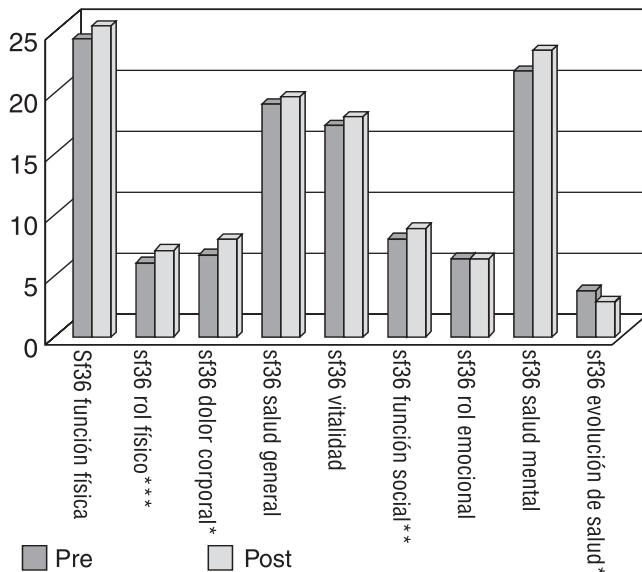


Figura 4. Cumplimiento al tratamiento en las áreas: médica/fisioterápica/domicilio: óptimo: 81-100% al pésimo: 0-20%.

Cuadro 3. Porcentaje mejoría balance articular/muscular/neurológico y ortopédico/síntomas/dolor/AVD/actividad principal.

%	Balance articular	Balance muscular	Neuro-ortopédico	Síntomas	Dolor	AVD	Actividad principal
Nula	0	5.2	10.2	7.9	10.2	5.2	10.3
Suficiente	38.5	25.6	25.6	21.1	17.9	33.3	30.8
Completa	61.5	69.2	64.1	71.1	71.8	61.5	59

**Figura 5.** Dimensiones del SF36 pre-test y post-test (Con significación estadística: rol físico (** p < 0.001), dolor corporal (* p < 0.05), función social (** p < 0.01) y evolución declarada de salud (* p < 0.05).

- Relación FIM total pre-test (media: 110.44 ± 10.6) y post-test (media: 124.56 ± 3.56) ($p < 0.001$)
- Las siguientes dimensiones del SF36 pre-test y post-test: rol físico, dolor corporal, función social y evolución declarada de salud (*Figura 5*).

Se estudió mediante análisis de regresión logística, la mejoría balance articular/muscular/neurológico y ortopédico/síntomas/dolor/AVD/actividad principal relacionado con las diferentes dimensiones del cuestionario SF-36 (*Cuadro 4*).

Encontramos una asociación estadísticamente significativa en las perspectivas de recuperación evaluadas tanto por el médico como por el paciente, en cuanto a las siguientes variables: Balance articular y función social, balance muscular y función física, síntomas y salud general, actividad principal y rol físico.

No encontramos relación estadística significativa entre las expectativas del médico en la primera consulta (¿Cree que el paciente hará lo pautado?), y los siguientes resultados al final del periodo de estudio: Mejoría en el balance articular, mejoría en el balance muscular, mejoría neurológica y ortopédica, mejoría de síntomas, mejoría del dolor, mejoría en AVD, ni mejoría en la actividad principal.

Sin embargo, si encontramos una correlación cercana a la significación estadística entre la predicción pronóstica acerca del paciente y los resultados en cuanto a mejoría en AVD y mejoría en la actividad principal.

DISCUSIÓN

En los últimos años ha aumentado el interés por la medición de la calidad de vida en relación con los servicios sanitarios^{11,12}. El objetivo es aportar valoraciones más precisas de la salud de los individuos o de las poblaciones y de los beneficios y perjuicios que pueden resultar de la prestación sanitaria.

Diversos estudios han demostrado que los juicios de clínicos y pacientes sobre calidad de vida difieren sustancialmente y que es posible que una valoración sistemática mejore los criterios de profesionales de la salud^{13,14}.

Parece que los clínicos consideran útil e instructiva la información aportada por las medidas de calidad de vida, aunque algunos estudios han comprobado que la información adicional no altera en gran medida las decisiones clínicas ni los cambios a corto plazo en el estado de salud^{15,16}.

Una de las señas de identidad de la rehabilitación reside en el entendimiento de la enfermedad como un proceso que puede desembocar en la incapacidad. Desde esta argumentación resulta fácil explicar la tendencia generalizada que muestran los profesionales de la rehabilitación a expresar los logros de los programas terapéuticos en términos de ganancia de la movilidad articular perdida, de mejoría de la fuerza muscular que estaba disminuida, de disminución del dolor o de la reanudación de las actividades cotidianas y laborales previas a la enfermedad. Así pues, la medida de salud, en rehabilitación, siempre ha girado en torno a estos resultados, denominados escalas de valoración funcional¹⁷.

Cuadro 4. Relación entre mejoría balance articular (BA), muscular (BM), neurológico y ortopédico (NO), síntomas (S), dolor (D), AVD, actividad principal (AP), relacionado con las diferentes dimensiones del cuestionario SF-36.

	BA	BM	NO	S	D	AVD	AP
FF	ns	p = 0.004	ns	ns	ns	ns	ns
RF	ns	ns	ns	ns	ns	ns	p = 0.016
D	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
SG	ns	ns	ns	p = 0.004	ns	ns	ns
V	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
FS	p = 0.090	ns	ns	ns	ns	ns	ns
RE	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
SM	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
EDS	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

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 los dominios funcionales y medir los resultados de la intervención en rehabilitación¹⁸.

Quizás es por ello por lo que cada vez son más numerosos los estudios que consideran necesario una evaluación de los aspectos psicosociales de los pacientes como parte de la evaluación de los resultados de la rehabilitación física¹⁹⁻²¹.

Desde una perspectiva bio-psicosocial, se podrían describir mucho mejor los resultados de un programa de rehabilitación, complementando las medias de la salud biológica con la medición del estado de salud psíquico y social, como se ha pretendido hacer en nuestro estudio.

En cuanto al motivo de consulta en rehabilitación, las causas más frecuentes fueron las patologías musculoesqueléticas: 52.6% traumatismos, 36.8% partes blandas y articulaciones, y 10.5% algias vertebrales. Estos datos concuerdan con lo publicado por otros autores^{22,23}.

Los datos de nuestra muestra también coinciden con los de otros estudios en cuanto a la situación laboral de nuestros pacientes²², puesto que el mayor porcentaje de pacientes tienen incapacidad laboral transitoria (26.3%).

Al igual que otros autores²⁴, el cumplimiento seguido por nuestros pacientes, tanto del tratamiento como de las visitas a la consulta de rehabilitación y a fisioterapia ha sido muy alto. Estos resultados contrastan con los habituales, ya que por lo general el cumplimiento de los pacientes suele ser más bajo^{25,26}. Quizás estos resultados hayan podido deberse a la deseabilidad social por parte de los pacientes que han participado en el estudio, así como al procedimiento del mismo, pues los pacientes eran conscientes del seguimiento que se les realizaba.

En cuanto a la mejoría de las áreas evaluadas en los programas de rehabilitación, encontramos una mejoría entre la

evaluación de la independencia funcional, evaluada pre y postratamiento, lo que coincide con lo publicado por otros autores²².

Al igual que en la evaluación realizada por el médico a través de la escala FIM, los pacientes han valorado que ha habido una mejoría entre la evaluación realizada antes y después del tratamiento, en cuanto a las siguientes dimensiones: rol físico, dolor corporal, función social y evolución declarada de salud.

Coinciendo con lo publicado por otros autores²², en el análisis de correlaciones encontramos una relación estadísticamente significativa entre la recuperación evaluada tanto por el médico como por el paciente, en cuanto a las siguientes variables: Balance articular y función social, balance muscular y función física, síntomas y salud general, actividad principal y rol físico.

Así vemos que tanto desde el punto de vista del médico como del paciente ha habido mejorías significativas tras el tratamiento de rehabilitación. Asimismo, podemos comprobar en el análisis de correlaciones que hay relación entre los medios de evaluación de resultados desde el punto de vista del médico y del paciente; 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.

Dado 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 resultados clínicos. Estos resultados estarían en la línea de trabajo de otros autores¹⁹⁻²¹.

A la vista de los resultados obtenidos en este estudio, consideramos que aquellos servicios donde no se utilicen escalas que evalúen las consecuencias psicosociales de la enfermedad sería deseable incluir alguna de estas medidas de evaluación.

Pensamos también que dentro del marco multidisciplinario en el que se insertan los servicios de rehabilitación, se debería incluir de manera sistemática la enseñanza de estrategias que aumente las creencias de los pacientes acerca de sus capacidades para realizar los tratamientos prescritos, y así mejorar los resultados de los mismos.

Por último nos gustaría puntualizar algunas posibles limitaciones de este estudio, como en primer lugar que al 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 servicios de rehabilitación.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la colaboración e inestimable ayuda prestada por el personal del Departamento de Psicología de la Salud, de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

REFERENCIAS

1. Latorre PJM. *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Madrid: Síntesis, 1995.
2. Turk DC, Rudy TE. Neglected topics in the treatment of chronic pain patients- relapse, noncompliance and adherent enhancement. *Pain* 1991; 44: 5-28.
3. Cluss PA, Epstein LH. The measurement of compliance in the treatment of disease. In: Rodríguez MJ, *Psicología de la salud*. Madrid: Synthesis, 1985: 143-160.
4. Climent JM, Sánchez PJ. Indicadores de salud y medicina de rehabilitación: estimadores de incapacidad en la población. *Rehabilitación* 1996; 30: 277-86.
5. Bowling A. La medida del estado de salud. Una revisión de las medidas de calidad de vida. *Barcelona SG* 1994.
6. Hamilton BB, Granger CV, Sherwin FS, Zielezny M, Tashman JS. A uniform national data system for medical rehabilitation. In: Fuhrer MJ, editor. *Rehabilitation outcomes: analysis and measurement*. Baltimore: Brookes, 1987: 137-47.
7. Alonso J, Prieto L, 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.
8. Rodríguez-Marín J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis 1995.
9. Badía X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La medida de salud. *Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: PPU, SA. 1996.
10. Grey N, Kennedy P. The functional independence measure: a comparative study of clinician and sled ratings. *Paraplegia* 1993; 31: 457-61.
11. Spilker B, Molineck F, Johnston K, Simpson RI, Tilson HH. Quality of life bibliography and indexes. *Med Care* 1990; 28 (Suppl): 1-77.
12. Wilkin D, Hallam L, Doggett M. *Measures of need and outcome for primary care*. Oxford University Press, 1992.
13. Slevin M, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988; 57: 109-12.
14. Pearlman R, Uhlmann R. Patient and physician perceptions of patient quality of life across chronic disease. *J Gerontol* 1988; 43: 25-30.
15. Rubenstein L, Calkins D, Young R, Cleary PD, Fink A, Kosecoff J et al. Improving patient function: a randomized trial of functional disability screening. *Ann Intern Med* 1989; 111: 836-42.
16. Kazis L, Callahan L, Meenan R, Pincus T. Health status reports in the care of patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 1243-53.
17. Número monográfico sobre escalas de valoración funcional. *Rehabilitación* 1994; 6: 371-474.
18. Turner R. Quality of life assessments in clinical trials. In: B Spilker. (Ed). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, Ltd. 1990; 21: 247-267.
19. Ekberg K, 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.
20. McFarlane AC, Brooks PM. The assessment of disability and handicap in musculoskeletal disease. *J Rheumatol* 1997; 24(5): 985-989.
21. Rothwell PM, McDowell Z, Wong CK, 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.
22. Sitges-Maciá E, Rodríguez-Marín J, Martín-Aragón M, Pastor MA, Mira JJ, Tirado S et al. La evaluación biopsicosocial en rehabilitación. *Revista de Psicología de la Salud* 2000; 12(1): 3-17.
23. Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med* 2004; 44: 22-29.
24. Sitges-Maciá E, Rodríguez-Marín J, Pastor MA, Tirado S, Mira JJ, Martín-Aragón M. Influencia de la autoeficacia en los resultados de los pacientes sometidos a un tratamiento de rehabilitación física. En: Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia. Publicaciones de la Universitat Jaime I. Marisa Salanova (eds) 2004: 141-161.
25. Demarbre V. Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la psicología de la salud. *Anuario de Psicología* 1994; 61: 71-77.
26. Ferrer PVA. Adherencia a cumplimiento de prescripciones terapéuticas y salud. *Revista de Psicología de la Salud* 1995; 7(81): 35-61.

Domicilio para correspondencia:
 María Dolores García-Manzanares.
 C/Tridente 21, 13º I. Urb. Ausías March.
 Playa San Juan. 03540. Alicante. España.
 TF: +34666809846.
 Correo electrónico: maria-garcia@teleline.es