



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**Tesis Doctoral**

***PROGRAMA DE INTERVENCIÓN  
FISIOTERAPÉUTICA PARA LA MEJORA  
DEL ESTRÉS Y LA CALIDAD DE VIDA  
EN CUIDADORES DE PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD***

**Autora**

**Beatriz Alonso-Cortés Fradejas**

**Directores:**

**Dr. D. Ramón González-Cabanach**

**Dr. D. Jesús Ángel Seco Calvo**

**Programa de Doctorado Salud, Discapacidad y Dependencia**

**Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación**

**-2015-**



Facultade de Fisioterapia



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

RAMÓN GONZÁLEZ CABANACH, Catedrático de Universidad, área de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de A Coruña

INFORMA:

Que la tesis titulada "Programa de intervención fisioterapéutica para la mejora del estrés y la calidad de vida en cuidadores de personas con discapacidad", presentada por Dña. BEATRIZ ALONSO-CORTÉS FRADEJAS, se ha realizado bajo mi dirección.

El citado trabajo de investigación reúne las necesarias condiciones de originalidad y de rigor científico para su lectura y defensa públicas ante el tribunal de tesis doctoral que la Universidad de A Coruña nombre a tal efecto.

Y para que conste, lo firmo en A Coruña, a doce de junio de dos mil quince.







**INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS<sup>1</sup>**

El Dr. D. Jesús Ángel Seco Calvo como Director<sup>2</sup> de la Tesis Doctoral titulada "PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA PARA LA MEJORA DEL ESTRÉS Y LA CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD" realizada por Dña. Beatriz Alonso-Cortés Fradejas dentro del programa de doctorado "Salud, Discapacidad y Dependencia" de la Universidad de A Coruña, informa favorablemente el depósito de la misma, dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, en León a 12 de Junio de 2015

<sup>1</sup> Solamente para las tesis depositadas en papel.

<sup>2</sup> Si la Tesis está dirigida por más de un Director tienen que constar los datos de cada uno y han de firmar todos ellos.



*"Porque sólo alimentando la propia alma,  
es posible alimentar y ocuparse de los demás"*



Cuando emprendas tu viaje a Ítaca  
pide que el camino sea largo,  
lleno de aventuras, lleno de experiencias.  
No temas a los lestrigones ni a los cíclopes  
ni al colérico Poseidón,  
seres tales jamás hallarás en tu camino,  
si tu pensar es elevado, si selecta  
es la emoción que toca tu espíritu y tu cuerpo.  
Ni a los lestrigones ni a los cíclopes  
ni al salvaje Poseidón encontrarás,  
si no los llevas dentro de tu alma,  
si no los yergue tu alma ante ti.

Pide que el camino sea largo.  
Que muchas sean las mañanas de verano  
en que llegues -icon qué placer y alegría!-  
a puertos nunca vistos antes.  
Detente en los emporios de Fenicia  
y hazte con hermosas mercancías,  
nácar y coral, ámbar y ébano  
y toda suerte de perfumes sensuales,  
cuantos más abundantes perfumes sensuales puedas.  
Ve a muchas ciudades egipcias  
a aprender, a aprender de sus sabios.

Ten siempre a Ítaca en tu mente.  
Llegar allí es tu destino.  
Mas no apresures nunca el viaje.  
Mejor que dure muchos años  
y atracar, viejo ya, en la isla,  
enriquecido de cuanto ganaste en el camino  
sin aguantar a que Ítaca te enriquezca.

Ítaca te brindó tan hermoso viaje.  
Sin ella no habrías emprendido el camino.  
Pero no tiene ya nada que darte.

Aunque la halles pobre, Ítaca no te ha engañado.  
Así, sabio como te has vuelto, con tanta experiencia,  
entenderás ya qué significan las Ítacas.

**C. P. Cavafis.**

**Antología poética.**



## ***AGRADECIMIENTOS***

Esta tesis doctoral ha sido un largo viaje, y en ocasiones "azaroso", que ha tardado más de cinco años en culminarse.

Por mi parte, ha requerido grandes dosis de esfuerzo, dedicación y amor, y he de reconocer que, gracias a ella, también he tenido grandes aprendizajes.

Una de las mayores alegrías de su confección, ha sido ser ayudada por gente que me dedicó, no sólo tiempo y atención, sino también apoyo y cariño. Es por ello que me gustaría dar las gracias a las personas que siguen, ya que sin ellas no habría sido posible la publicación de esta tesis doctoral:

A mis directores de tesis, los doctores Ramón González-Cabanach y Jesús Ángel Seco Calvo, por aceptar participar en este viaje y estar abiertos a las propuestas, algunas de ellas un poco arriesgadas, que les he ido presentando.

Al Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de A Coruña, por proporcionar el sustento académico para la realización de este proyecto.

A la directiva y socios de las Asociaciones de Familiares de Alzheimer de León, El Bierzo, Astorga y La Bañeza que participaron en el programa, sin los cuales no hubiera sido posible este trabajo.

A mi madre María Dolores, que me ha proporcionado amor y apoyo incondicional a largo de este proyecto y de toda mi vida. Constante ejemplo de cuidado y entrega amorosa a todos, especialmente sus hijas y nietos. Eres la mejor compañera de viaje que hubiera podido desear.

A mis hermanas Loli y Marian, por creer siempre en mí, por estar a mi lado y animarme. Gracias por darme siempre el aliento de soñar a lo grande. ¡Os quiero!

A mi padre Antonio, un adelantado a su tiempo y ejemplo constante de tesón y pasión por el trabajo. Orgullosa de él por su entrega desinteresada a numerosas causas (patrimonio cultural, injusticias laborales/sociales). Espero que él también éste orgulloso de mí y de este trabajo, oteándome desde el cielo.

A mi pareja Ignacio, por su amor constante, incondicional entrega y ayuda, tanto emocional como técnica. Por su aliento firme y los momentos de alegría que

me ha dado desde que llegó a mi vida, en la parte final de esta larga etapa. Estoy muy ilusionada por el resto de nuestro viaje juntos.

A mis compañeros de trabajo Raúl e Mercedes por su apoyo y ayuda en los buenos y en los malos momentos, tanto personales como profesionales.

A Ildefonso y a Pilar, por su escucha activa y sus sabios consejos. Espero poder seguir colaborando, y también aprendiendo, junto a vosotros.

A otras almas muy cercanas y que, desde el ejemplo en el cuidado y entrega a otros, han contribuido también en el desarrollo de esta tesis: mis cuñados Oscar y Benito y mis queridas tías Isabel y Purita.

A mis sobrinos Laura, Fernando, Leire y Andrés, por toda la alegría, la energía, y presencia en el "aquí y ahora" que siempre me dan. Esperando continúen también de manera amorosa el "círculo virtuoso del cuidado".

A mis compañeros del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de León.

Al Departamento de Fisioterapia de la Universidad de A Coruña, especialmente al Dr. Ramón Fernández Cervantes, quien facilitó el inicio de este proyecto.

<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>19</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>23</b>
<b>RESUMEN ABREVIADO EN CASTELLANO, GALLEGO E INGLÉS .....</b>	<b>29</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>1 CUIDADORES INFORMALES: CONTEXTO Y PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>39</b>
1.1 Cuidado informal .....	39
1.2 El cuidado informal como causa de estrés .....	40
1.3 Consecuencias negativas de las tareas de cuidado continuado .....	45
1.3.1 Alteraciones psico-físicas de interés en fisioterapia.....	46
1.3.1.1 Aumento de la tensión muscular.....	46
1.3.1.2 Alteración de la postura .....	48
1.4 Intervenciones en cuidadores informales de adultos mayores dependientes .....	52
1.4.1 Revisión sobre intervenciones realizadas en el ámbito sociosanitario	53
1.4.2 Modelos explicativos de los cambios provocados en los cuidadores ..	61
<b>2 SALUD, FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA .....</b>	<b>67</b>
2.1 El fenómeno de salud-enfermedad.....	67
2.2 Funcionamiento: perspectiva desde los modelos de discapacidad tradicionales y de la CIF.....	72
2.3 Calidad de vida: aspectos conceptuales y relación con la función .....	78
2.3.1 Funcionamiento físico .....	83
2.3.2 Funcionamiento psicológico.....	85
2.3.2.1 Funcionamiento positivo .....	86
2.3.2.2 Funcionamiento negativo .....	87
<b>3 PREVENCIÓN DEL DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIÓN DESDE LA FISIOTERAPIA.....</b>	<b>89</b>
3.1 Perspectiva biopsicosocial como base de las intervenciones fisioterapéutica .....	89
3.2 Promoción de la salud.....	92
3.2.1 Empoderamiento de los individuos desde la promoción de la salud ..	94
3.2.1.1 El cuidador empoderado .....	96
3.3 Acciones promotoras de la calidad de vida y la función desde la fisioterapia .....	97

3.3.1	Intervenciones fisioterapéuticas para la prevención del deterioro en cuidadores de personas mayores dependientes .....	102
3.4	Educación para la salud .....	103
3.4.1	Educar desde la fisioterapia.....	104
<b>4</b>	<b>AUTOCUIDADO COMO HERRAMIENTA CLAVE EN EL MANEJO ACTIVO DE LA SALUD.....</b>	<b>107</b>
4.1	Autocuidado.....	107
4.2	Ejercicio terapéutico como estrategia activa de autocuidado .....	109
4.2.1	Ejercicio terapéutico para el manejo del estrés y sus consecuencias	113
4.2.1.1	Ejercicios de relajación muscular progresiva .....	117
4.2.1.2	Ejercicios de relajación pasiva .....	119
4.2.1.3	Ejercicios respiratorios.....	121
4.2.1.4	Ejercicios de automasaje.....	122
4.2.1.5	Ejercicios de flexibilidad/control postural .....	124
<b>5</b>	<b>ENFOQUE INTEGRADOR.....</b>	<b>129</b>
5.1	Introducción.....	129
5.2	Desarrollo del enfoque .....	130
<b>6</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>139</b>
<b>7</b>	<b>HIPÓTESIS .....</b>	<b>141</b>
<b>8</b>	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>143</b>
8.1	Tipo de diseño .....	143
8.2	Dominios, instrumentos de medida y variables.....	143
8.2.1	Descripción de los dominios y variables.....	145
8.2.2	Descripción de las medidas de resultados.....	148
8.2.2.1	Entrevista de diseño propio.....	148
8.2.2.1.1	Pauta de entrevista a cuidadores.....	149
8.2.2.1.2	Índice de dependencia de Barthel. (Anexo 2). .....	150
8.2.2.2	Cuestionarios de resultados percibidos por los pacientes .....	152
8.2.2.2.1	Escala de Sobrecarga del Cuidador. (Anexo 3).....	152
8.2.2.2.2	Cuestionario SF-12. (Anexo 4).....	155
8.2.2.2.3	Escalas de bienestar psicológico de Ryff. (Anexo 5). ...	158
8.2.2.2.4	Inventario de ansiedad rasgo-estado .....	162

8.2.2.2.5	Cuestionario de satisfacción con el tratamiento. (Anexo 6).	166
8.2.2.2.6	Cuestionario de diseño propio sobre la preferencia de los tratamientos. (Anexo 7).....	166
8.2.2.3	Exploración física.....	167
8.2.2.3.1	Flexibilidad/movilidad.....	167
8.2.2.3.2	Test de alcanzar las manos tras la espalda.....	167
8.2.2.3.3	Test del cajón.....	169
8.2.2.3.4	Alineación postural.....	170
8.3	Procedimiento.....	172
8.4	Implementación de proyectos terapéuticos en cuidadores informales desde la fisioterapia.....	178
8.4.1	Modalidades de intervención.....	178
8.4.1.1	Intervención basada en la comunicación de información.....	179
8.4.1.2	Intervención basada en el entrenamiento en ejercicios de autocuidado específicos.....	180
8.5	Cronograma.....	185
8.6	Análisis estadístico de los datos.....	186
<b>9</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>189</b>
9.1	Descripción de la muestra.....	189
9.1.1	Factores contextuales.....	189
9.1.1.1	Factores personales.....	189
9.1.1.1.1	Características sociodemográficas de los participantes	189
9.1.1.1.2	Factor asociado al riesgo (Sobrecarga percibida). .....	193
9.1.1.1.3	Factor protector (Tiempo dedicación al autocuidado). .	196
9.1.1.2	Factores ambientales.....	197
9.1.1.2.1	Características sociodemográficas de los familiares receptores de los cuidados.....	197
9.1.1.2.2	Características generales de la situación de cuidados. .	198
9.1.2	Calidad de vida.....	205
9.1.3	Funcionamiento.....	207
9.1.3.1	Funcionamiento psicológico.....	207
9.1.3.1.1	Bienestar psicológico.....	207
9.1.3.1.2	Ansiedad.....	210

9.1.3.2	Funcionamiento físico .....	213
9.1.3.2.1	Flexibilidad .....	213
9.1.3.2.2	Alineación postural.....	214
9.2	Eficacia del tratamiento.....	214
9.2.1	Análisis de la homogeneidad de los grupos.....	214
9.2.2	Análisis de la eficacia de los tratamientos.....	216
9.2.2.1	Diferencias entre primer momento de medida (preintervención) y segundo (postintervención) en los dos grupos.....	216
9.2.2.2	Diferencias entre el primer momento de medida (preintervención) y el tercero (seguimiento) en los dos grupos.....	224
9.2.2.3	Diferencias entre el segundo momento de medida (postintervención) y tercero (seguimiento) en los dos grupos .....	228
9.3	Correlaciones .....	230
9.3.1	Correlaciones en la muestra de estudio .....	231
9.3.1.1	Características generales de la situación de cuidados .....	231
9.3.1.2	Dimensiones susceptibles de ser modificadas con la intervención.....	231
9.3.2	Correlaciones respecto a los cambios observados en las diferentes evaluaciones .....	237
9.3.2.1	Correlaciones pre-postintervención (_12) .....	237
9.3.2.2	Correlaciones preintervención-seguimiento (_13).....	239
9.3.2.3	Correlaciones postintervención-seguimiento (_23) .....	241
9.4	Otros resultados de salud.....	241
9.5	Implementación de la intervención .....	242
9.5.1	Asistencia a las sesiones .....	242
9.5.2	Preferencia sobre las estrategias enseñadas.....	242
<b>10</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>245</b>
10.1	Muestra de estudio .....	245
10.2	Eficacia de la intervención .....	256
10.3	Limitaciones, fortalezas y líneas futuras de investigación .....	268
<b>11</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>275</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>281</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>321</b>
	<b>Anexo 1. Entrevista para cuidadores informales .....</b>	<b>323</b>
	<b>Anexo 2. Índice de Barthel .....</b>	<b>327</b>

<b>Anexo 3. Escala de carga del cuidador.....</b>	<b>329</b>
<b>Anexo 4. Cuestionario Sf-12 V.1 .....</b>	<b>331</b>
<b>Anexo 5. Escala de bienestar psicológico de Ryff.....</b>	<b>335</b>
<b>Anexo 6. Satisfacción con el tratamiento .....</b>	<b>339</b>
<b>Anexo 7. Cuestionario sobre preferencia en el tratamiento .....</b>	<b>341</b>
<b>Anexo 8. Consentimiento informado .....</b>	<b>343</b>
<b>Anexo 9. Entrenamiento en automasaje.....</b>	<b>345</b>
<b>Anexo 10. Estudio de normalidad .....</b>	<b>349</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de estrés aplicado al cuidado. Fuente: Modificado a partir de López Martínez (2005). .....	42
Figura 2. Sobrecarga percibida por los cuidadores desde una visión como "mediador parcial" de los efectos últimos de cuidar. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].....	43
Figura 3. Patrones de dolor referido por PGMs y otros patrones de dolor habituales en miembro inferior. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].....	48
Figura 4. Círculo vicioso derivado de posturas defectuosas prolongadas. Fuente: Modificado de Daza Lesmes y Torres Narváez (2007). .....	49
Figura 5. Colapso postural o <i>sway back</i> . Fuente: Kendall, Kendall y Provance (2005). .....	50
Figura 6. Espiral descendente derecha. Fuente: Junquera (2012). .....	51
Figura 7. El continuo salud-enfermedad. Aspectos subjetivos y su relación con la enfermedad. Fuente: Modificado de Terris (1980). .....	67
Figura 8. El continuo de salud de Catford. Fuente: Modificado de Catford (1983). .....	68
Figura 9. El continuo salud-enfermedad de Salleras. Fuente: Modificado de Salleras (1985). .....	69
Figura 10. El modelo de salud cíclico de Downie. Fuente: Elaboración propia a partir de Downie et al. (1990).....	70
Figura 11. El cuadrante de la salud de Devis (2000). Fuente: Modificado de Chillón Garzón (2005). .....	71
Figura 12. Modelo cubo de la salud. Fuente: Modificado de Martínez de Haro et al. (2011). .....	72
Figura 13. Representación de los conceptos de funcionamiento y discapacidad en la CIF. Fuente: Modificado de Bickenbach, Cieza, Rauch y Stucki (2014). .....	73
Figura 14. Dos modelos de discapacidad. Fuente: Modificado de Hall y Thein Brody (2006). .....	73
Figura 15. Un modelo del proceso de discapacidad. Fuente: Modificado de Verbrugge y Jetle (1994).....	74
Figura 16. Adaptación del proceso de discapacidad-capacidad del Instituto Nacional sobre Discapacidad e Investigaciones en Rehabilitación de Estados Unidos. Fuente: Modificado a partir de la American Physical Therapy Association (APTA en sus siglas en inglés) (2003). .....	75
Figura 17. Modelo biopsicosocial del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Fuente: Modificado de Laxe, Bernabeu, López, García y Tormos (2010). ...	76
Figura 18. Modelo de Wilson y Cleary de calidad de vida relacionada con la salud en individuos con cáncer avanzado. Fuente: Rodríguez, (2012). [Reproducido con autorización del propietario del copyright]. .....	80
Figura 19. Modelo integrador para evaluar resultados de salud. Fuente: Valderas y Alonso, 2008. [Reproducido con autorización del propietario del <i>copyright</i> , Ed. Springer.].....	82

Figura 20. Aspectos interrelacionados del funcionamiento físico. Fuente: Modificado de Kisner y Colby, 2002. ....	84
Figura 21. Pérdida de la condición de salud según la visión de la CIF. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].....	84
Figura 22. El modelo biopsicosocial. Fuente: Modificado de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Fisioterapeutas (American Physical Therapy Association, 2014). ....	89
Figura 23. Expansión del modelo de Nagi que muestra los factores que afectan al proceso de discapacidad. Fuente: Modificado de Guccione (1994).....	100
Figura 24. Expansión del modelo de discapacidad que muestra las interacciones entre los factores individuales y del entorno, la prevención y promoción de la salud, el bienestar y la condición física. Fuente: Modificado de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Fisioterapeutas (2003). ....	101
Figura 25. Aproximación unidimensional al tratamiento. Fuente: modificada a partir de Hengeveld y Banks(2006). ....	106
Figura 26. Repercusión del ejercicio físico sobre el proceso de discapacidad. Fuente: modificado a partir de Kisner y Colby (2010). ....	110
Figura 27. Propuesta acerca de la influencia de las intervenciones fisioterapéuticas sobre los efectos últimos de cuidar. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].....	111
Figura 28. Autopostura rana al aire con insistencia en miembros inferiores. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].....	128
Figura 29. Enfoque integrador para evaluar la eficacia de intervenciones fisioterapéuticas sobre la calidad de vida relacionada con la función (CVRF). [Fuente: Elaboración propia de los autores.].....	131
Figura 30. Repercusión del ejercicio físico sobre el proceso de discapacidad. Fuente: modificado de Kisner y Colby, 2010. ....	137
Figura 31. Prueba de alcanzar las manos tras la espalda realizada por un participante. [Fuente: Elaboración propia.].....	168
Figura 32. Prueba del cajón realizada por un participante. [Fuente: Elaboración propia.].....	169
Figura 33. Prueba de la plomada. Fuente: Músculos. Pruebas, funciones y dolor postural. Kendall, Kendall y Provance (2005). ....	171
Figura 34. Diagrama de flujo. [Fuente: Elaboración propia.].....	178
Figura 35. Edad media de los cuidadores según sexo. ....	191
Figura 36. Asociaciones de Familiares de Alzheimer y de otras Demencias (AFA) de procedencia. ....	192
Figura 37. Distribución según la responsabilidad en el cuidado.....	199
Figura 38. Distribución de los niveles de dependencia funcional. ....	200
Figura 39. Evolución pre/postintervención en las <i>relaciones positivas</i> en el control. ....	218
Figura 40. Evolución pre/postintervención en la <i>carga global</i> en el grupo experimental. ....	219

Figura 41. Evolución pre/postintervención en <i>impacto</i> para el grupo experimental. ....	220
Figura 42. Evolución pre-post en la dimensión <i>interpersonal</i> para el grupo experimental. ....	220
Figura 43. Evolución pre-post en incompetencia para el grupo experimental. ....	220
Figura 44. Evolución pre/postintervención en autoaceptación, para el grupo experimental. ....	221
Figura 45. Evolución pre/postintervención de la escala autonomía del bienestar, en el grupo experimental. ....	221
Figura 46. Evolución pre/postintervención en la escala <i>propósito en la vida</i> del bienestar, en el grupo experimental. ....	222
Figura 47. Evolución pre/postintervención de la escala <i>crecimiento personal</i> , en el grupo experimental. ....	222
Figura 48. Evolución pre/postintervención en la <i>ansiedad-rasgo</i> en el grupo experimental. ....	223
Figura 49. Evolución pre/postintervención del factor afirmativo de la <i>ansiedad-rasgo</i> en el grupo experimental. ....	223
Figura 50. Evolución preintervención/seguimiento de la carga global en el grupo experimental. ....	226
Figura 51. Evolución preintervención/seguimiento de la <i>carga global</i> en el grupo experimental. ....	226
Figura 52. Evolución preintervención/seguimiento de la dimensión <i>impacto</i> en el grupo experimental. ....	226
Figura 53. Evolución preintervención/seguimiento de la dimensión interpersonal en el grupo experimental. ....	227
Figura 54. Evolución preintervención/seguimiento de la dimensión <i>incompetencia</i> en el grupo experimental. ....	227
Figura 55. Evolución preintervención/seguimiento de la subescala <i>ansiedad-estado</i> en el grupo experimental. ....	228
Figura 56. Evolución preintervención/seguimiento del factor <i>ansiedad estado negativo</i> en el grupo experimental. ....	228



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Componentes de la condición física y la salud. Fuente: Modificado a partir de Devís y Peiró (1993; 2000). .....	85
Tabla 2 Diferencias entre el método de relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento de la relajación progresiva de Bernstein y Borkovec. Fuente: Modificado a partir de Payne (2009).....	118
Tabla 3. Efectos terapéuticos generales de los resultados de las técnicas de masaje. Fuente: modificado a partir de Andrade y Clifford (2004). .....	123
Tabla 4. Autoposturas en descarga y cadenas estiradas. Fuente: <i>Stretching</i> global activo. ....	127
Tabla 5. Dominios/factores, instrumentos de medida y variables empleadas en la investigación. [Fuente: Elaboración propia]. .....	144
Tabla 6. Respuestas de los diferentes ítems del cuestionario de bienestar psicológico de Ryff. [Fuente: Elaboración propia]. .....	159
Tabla 7. Respuestas de las subescalas del STAI. [Fuente: Elaboración propia]. .	163
Tabla 8. Resumen de los contenidos de las sesiones que conformaron la fase de comunicación de información. [Fuente: Elaboración propia]. .....	179
Tabla 9. Resumen de los contenidos de sesiones 5, 6,7, 8, 9, 10 y 11. Fuente: Elaboración propia de los autores. ....	181
Tabla 10. Resumen de los contenidos de sesiones 12, 13 y 14. Fuente: Elaboración propia de los autores. ....	182
Tabla 11. Captación de la muestra. [Fuente: Elaboración propia de los autores]. .....	185
Tabla 12. Cronograma actividades grupo de control. [Fuente: Elaboración propia de los autores]. .....	186
Tabla 13. Cronograma actividades grupo experimental. [Fuente: Elaboración propia de los autores]. .....	186
Tabla 14. Porcentajes, medias y desviaciones estándares relativos a las diferentes categorías de las características sociodemográficas (sexo, edad, parentesco, nivel de estudios y asociación de procedencia) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental. ....	190
Tabla 15. Comparación de las medias de la edad del cuidador según las diferentes categorías de las características sociodemográficas (sexo, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36). ....	190
Tabla 16. Comparación de las medias de la edad del cuidador entre las diferentes categorías del grado del parentesco para la muestra de estudio (n=36). [Fuente: Elaboración propia]. .....	191
Tabla 17. Comparación de las medias de la edad del cuidador entre las diferentes categorías del nivel de estudios para la muestra de estudio (n=36).....	192
Tabla 18. Medias y desviaciones estándares en la variable carga percibida y en sus dimensiones (impacto, interpersonal e incompetencia), para la muestra de estudio y los grupos control y experimental.....	193

Tabla 19. Comparación de medias para la sobrecarga global y sus dimensiones (impacto, interpersonal e incompetencia), entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36).....	194
Tabla 20. Distribución según la respuesta relativa a la frecuencia que manifiestan los cuidadores (en %) en las diferentes preguntas referidas a la carga para la muestra de estudio (n=36).....	195
Tabla 21. Porcentajes, medias y desviaciones estándares en relación a la dedicación semanal a conductas de autocuidado para la muestra de estudio (n=36).....	196
Tabla 22. Comparación de medias para el tiempo dedicado al autocuidado (minutos/semanales) entre las características sociodemográficas de los participantes para la muestra de estudio (n=36).....	197
Tabla 23. Porcentajes, medias y desviaciones estándares relativos a las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los familiares receptores de los cuidados (sexo, edad y tipo de deterioro declarado por el cuidador) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental.....	197
Tabla 24. Comparación de las medias de la edad del familiar receptor de los cuidados entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los familiares receptores de los cuidados (sexo y tipo de deterioro) para la muestra de estudio (n=36). ....	198
Tabla 25. Porcentajes, medias y desviaciones estándares referidas a las características generales de la situación de cuidados, para la muestra de estudio y los grupos control y experimental. ....	198
Tabla 26. Comparación de las medias del <i>tiempo en el rol de cuidador</i> (en meses) entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los cuidadores (edad, sexo, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36).....	200
Tabla 27. Comparación de las medias del grado de dependencia funcional de los familiares receptores de los cuidados, entre las diferentes categorías de sus propias características sociodemográficas (edad, sexo, tipo deterioro) para la muestra de estudio (n=36). ....	201
Tabla 28. Comparación de las medias del grado de dependencia funcional de los familiares receptores de los cuidados, entre las diferentes categorías de los participantes (edad, sexo, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36). ....	201
Tabla 29. Comparación de las medias del grado de dependencia funcional del familiar entre las diferentes categorías del nivel de estudios para la muestra de estudio (n=36). ....	202
Tabla 30. Comparación de medias para la sobrecarga global y sus dimensiones (impacto, interpersonal e incompetencia), entre las diferentes categorías de las características generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación del cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar referido por el participante) para la muestra de estudio (n=36). ....	203

Tabla 31. Comparación de las medias de la puntuación global de sobrecarga entre las diferentes categorías (comparación por pares) del grado de dependencia funcional del familiar receptor de los cuidados para la muestra de estudio (n=36). .....	204
Tabla 32. Comparación de las medias de las dimensiones impacto e interpersonal entre las diferentes categorías del grado de deterioro funcional del familiar receptor de los cuidados (n=36). .....	204
Tabla 33. Comparación de medias entre las diferentes categorías de las características generales de la situación de cuidados para el tiempo dedicado al autocuidado (minutos/semanales) en la muestra de estudio (n=36). .....	205
Tabla 34. Medias y desviaciones estándares de la calidad de vida (salud física-PCS y mental-MCS) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental. .	205
Tabla 35. Comparación de medias en las puntuaciones sumario salud física (PCS) y mental (MCS) de la calidad de vida entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36). .....	206
Tabla 36. Comparación de medias en las puntuaciones sumario salud física (PCS) y mental (MCS) de la calidad de vida entre las diferentes categorías de las características generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación del cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar), para la muestra de estudio (n=36). .....	206
Tabla 37. Medias y desviaciones estándares de las medias según ítems de las escalas de bienestar psicológico para la muestra de estudio (n=36) y grupos control y experimental. ....	207
Tabla 38. Medias y desviaciones estándares de las puntuaciones totales de las escalas de bienestar psicológico, para la muestra de estudio (n=36) y grupos control y experimental. ....	207
Tabla 39. Comparación de medias del bienestar psicológico (escalas autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal) entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios), para la muestra de estudio (n=36). .....	208
Tabla 40. Comparación de medias del bienestar psicológico (escalas autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal) entre las diferentes categorías de las características generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación de cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar), para la muestra de estudio (n=36) .....	209
Tabla 41. Comparación de las medias en la escala autonomía entre las diferentes categorías del tiempo dedicado a las tareas de cuidado para la muestra de estudio (n=36). .....	210
Tabla 42 Medias y desviaciones estándares de la ansiedad (subescalas estado-rasgo y factores afirmativo-negativo), para la muestra de estudio (n=36) y los grupos control y experimental. ....	210
Tabla 43. Comparación de medias en la ansiedad (subescalas estado-rasgo y factores afirmativo-negativo) entre las diferentes categorías de las características	

sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios), para la muestra de estudio (n=36). .....	211
Tabla 44. Comparación de medias en la ansiedad (subescalas estado rasgo y factores afirmativo-negativo) entre las diferentes características generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación del cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar referido por el participante), para la muestra de estudio (n=36).....	212
Tabla 45. Medias y desviaciones estándares de las pruebas de flexibilidad/movilidad (tren superior y tren inferior-lumbar) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental. ....	213
Tabla 46. Comparación de medias en las dos pruebas de flexibilidad realizadas entre las categorías de las características sociodemográficas de los participantes de contraste dependiente (sexo y edad) para la muestra de estudio (n=36).....	213
Tabla 47. Medias y desviaciones estándares de las pruebas de alineación postural (flechas cervical y lumbar) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental. ....	214
Tabla 48. Comparación de medias en las dos pruebas de flexibilidad realizadas entre las dos categorías de las características sociodemográficas de contraste dependientes del participante (sexo y edad) para la muestra de estudio (n=36).	214
Tabla 49. Comparación de medias entre grupos (experimental y control) en las características sociodemográficas de los participantes de contraste dependientes (sexo y edad) y los factores ambientales. ....	215
Tabla 50. Comparación de medias entre grupos (control y experimental) en las variables contempladas en los dominios <i>factores personales</i> y <i>calidad de vida relacionada con la función</i> . ....	216
Tabla 51. Comparación de medidas pre-post intervención en el grupo control en las variables contempladas en los dominios factores personales y calidad de vida relacionada con la función. ....	217
Tabla 52. Comparación de medidas pre-post intervención en el grupo experimental, en las variables contempladas en las dominios <i>factores personales</i> y <i>calidad de vida relacionada con la función-parte I</i> . ....	218
Tabla 53. Comparación de medidas pre-post intervención en el grupo experimental, en las variables contempladas en el dominio <i>calidad de vida relacionada con la función-parte II</i> . ....	219
Tabla 54. Comparación de medidas preintervención/seguimiento en el grupo control en las variables de los dominios <i>factores personales</i> y <i>de vida relacionada con la función</i> .....	224
Tabla 55. Comparación de medidas preintervención/seguimiento en el grupo experimental en las variables contempladas en los dominios <i>factores personales</i> y <i>calidad de vida relacionada con la función</i> . ....	225
Tabla 56. Comparación de medidas postintervención/seguimiento en el grupo de control en el dominio factores personales y <i>calidad de vida relacionada con la función</i> . ....	229

Tabla 57. Comparación de medidas postintervención-seguimiento en el grupo experimental en las variables contempladas en los dominios <i>factores personales y calidad de vida relacionada con la función</i> . .....	230
Tabla 58. Análisis de correlaciones las características generales de la situación de cuidado y las variables susceptibles de ser modificables con las intervenciones (sobrecarga, calidad de vida, funcionamiento y tiempo dedicación al autocuidado) para la muestra de estudio (n=36). [Fuente: Elaboración propia]. .....	235
Tabla 59. Análisis de correlaciones en el grupo de control para las variables en las que se produjeron cambios significativos entre las evaluaciones pre y postintervención (_12). .....	237
Tabla 60. Análisis de correlaciones en el grupo experimental para las variables en las que se produjeron cambios entre las evaluaciones pre/postintervención (_12). .....	238
Tabla 61. Análisis de correlaciones en el grupo de control para las variables en las que se produjeron cambios significativos entre las evaluaciones preintervención/seguimiento (_13). .....	239
Tabla 62 Análisis de correlaciones en el grupo experimental para las variables en las que se produjeron cambios significativos entre las evaluaciones preintervención/seguimiento(_13). .....	240
Tabla 63 Análisis de correlaciones en el grupo experimental para las variables en las que se produjeron cambios significativos entre las evaluaciones postintervención/seguimiento (_23). .....	241
Tabla 64. Medias y desviaciones estándares del Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento. ....	241
Tabla A10.1. Estudio de la normalidad de la variable edad del cuidador para la muestra de estudio y los grupos experimental y control. ....	350
Tabla A10.2. Estudio de normalidad de la variable sobrecarga para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental-parte I. ....	350
Tabla A10.3. Estudio de normalidad de la variable sobrecarga para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental-parte II. ....	351
Tabla A10.4. Estudio de normalidad de la variable tiempo semanal dedicado-en meses para la totalidad de la muestra y los grupos de control y experimental. ...	351
Tabla A10.5. Estudio de la normalidad de las variables edad del familiar y nivel de dependencia funcional para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental. ....	352
Tabla A10.6. Estudio de normalidad de la variable tiempo en el rol de cuidador-en meses para la muestra de estudio y los grupos de contro y experimental. ....	353
Tabla A10.7. Estudio de normalidad de la variable calidad de vida para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental. ....	354
Tabla A10.8. Estudio de normalidad de la variable bienestar psicológico para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental. ....	355
Tabla A10.9 Estudio de normalidad de la variable ansiedad para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental. ....	356

Tabla A10.10. Estudio sobre la normalidad de las variables relacionadas con la función física para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental.  
.....358

## RESUMEN ABREVIADO EN CASTELLANO, GALLEGO E INGLÉS

**Resumen.** La atención continuada a una persona dependiente, especialmente si esta tiene demencia, es una situación generadora de estrés para los cuidadores informales, que puede provocar la aparición de consecuencias negativas en su calidad de vida y/o en su funcionamiento. Estas dos conceptualizaciones han sido integradas dentro de un constructo denominado *calidad de vida relacionada con la función (CVRF)*, el cual pretende ser, a partir de los diferentes dominios que lo conforman (contexto, calidad de vida y función según los niveles de detalle de la CIF), un elemento facilitador de actuaciones relevantes dentro de la disciplina de la Fisioterapia como es el plan de intervención (diagnóstico, objetivos, etc.). Desde postulados que derivan de la gestión frente a desastres, este deterioro de la CVRF puede ser entendido como el resultado del afrontamiento de los cuidadores informales frente al “estresor” (el cuidado del familiar), desde sus “vulnerabilidades” (percepción de sobrecarga) y desde los “recursos” disponibles (dedicación al autocuidado).

Con el fin de favorecer en los cuidadores informales la mejora de su CVRF, se llevaron a cabo, sobre un total de 36 participantes, dos modalidades de intervención fisioterapéutica (grupo control y experimental). Los sujetos del grupo de control (n=14) participaron en un abordaje basado en la *comunicación de información* (consecuencias de las tareas de apoyo informal en su salud, consejos sobre actividades terapéuticas adecuadas como parte de un plan de acción general de autocuidado, etc.). Por su parte, el grupo experimental (n=22) recibió, además de esta información, un *entrenamiento* progresivo y supervisado en una serie de ejercicios de autocuidado específicos (relajación, automasaje y autoposturas de estiramiento).

En relación a los resultados, cabe destacar los efectos beneficiosos alcanzados por el grupo experimental tanto a corto como a largo plazo.

A corto plazo (18 semanas), se obtuvieron mejoras significativas sobre los dos factores contextuales objeto de estudio (percepción de sobrecarga-*factor asociado al riesgo* y dedicación al autocuidado-*factor protector*) y sobre algunas de las variables relativas al funcionamiento, tanto psicológico (mayor autonomía, aceptación hacia sí mismos, propósito en la vida y crecimiento personal, personalidad

menos ansiosa y menos sentimientos de melancolía, desesperanza o incapacidad), como físico (flexibilidad y alineación). Las mejoras alcanzadas sobre las dos escalas del bienestar psicológico más genuinas, el crecimiento personal y el propósito en la vida, y sobre los dos indicadores de flexibilidad/movilidad (tren superior e inferior/tronco), resultaron estar relacionadas con los efectos beneficiosos conseguidos en el *factor asociado al riesgo* (puntuación global de sobrecarga, dimensión impacto e incompetencia), es decir, con la menor "vulnerabilidad" de los participantes.

Para ese mismo grupo experimental también se observaron mejorías a largo plazo (36 semanas) respecto a los valores iniciales de algunas de las dimensiones de la CVRF objeto de estudio (mayor aceptación, propósito en la vida, activación positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza en sí mismos, menor estado de ansiedad), manteniéndose algunos de los efectos positivos alcanzados a corto plazo (percepción de sobrecarga, implicación en autocuidado,) y mitigándose otros (alineación postural). También se presentan resultados estadísticos que demuestran, siguiendo la visión que deriva de la gestión de riesgos frente a desastres, que una parte de las mejoras alcanzadas en esta fase, estaban relacionadas con el aumento de los "recursos", expresado desde la mayor dedicación al autocuidado por los cuidadores.

Partiendo de los resultados empíricos observados, se espera que lo presentado en este trabajo constituya un marco conceptual que resulte útil para los fisioterapeutas en su práctica clínica habitual.

### **PALABRAS CLAVE**

Cuidador, Calidad de vida relacionada con la función, Riesgo, Fisioterapia, Autocuidado.

**Resumo** A atención continuada a unha persoa dependente, especialmente si esta ten demencia, é unha situación xeradora de estrés para os cuidadores informais, que pode provocar a aparición de consecuencias negativas na súa calidade de vida e/ou no seu funcionamento. Estas dous conceptualizacións intégranse dentro dun constructo chamado calidade de vida relacionada coa función (CVRF), o cal pretende ser, a partir dos diferentes dominios que o conforman (contexto, calidade de vida e función segundo os niveis de detalle da CIF), un elemento facilitador de actuacións relevantes dentro da disciplina da Fisioterapia como é o plan de intervención (diagnose, obxectivos, etc.). Dende postulados que derivan da xestión fronte a desastres, este deterioro da CVRF pode entenderse como o resultado do afrontamento dos cuidadores informais fronte ao "estresor" (o cuidado do familiar), dende as súas "vulnerabilidades" (percepción de sobrecarga) e dende os "recursos" disponibles (dedicación ao autocuidado).

Co fin de favorecer nos cuidadores informais a mellora do seu CVRF, leváronse a cabo, sobre un total de 36 participantes, dúas modalidades de intervención fisioterapéutica (grupo control e experimental). Os suxeitos do grupo control (n=14) participaron nun abordaxe baseado na comunicación de información (consecuencias das tarefas de apoio informal na súa saúde, consellos sobre actividades terapéuticas axeitadas como parte dun plan de acción xeral de autocuidado, etc.). Pola súa parte, o grupo experimental (n=22) recibiu, ademais desta información, un entrenamiento progresivo e supervisado nunha serie de exercicios de autocuidado específicos (relaxación, automasaxe e autoposturas de estiramento).

En relación aos resultados, cabe destacar os efectos beneficiosos obtidos polo grupo experimental tanto a curto como a longo prazo.

A curto prazo (18 semanas), obtivéronse melloras significativas sobre os dous factores contextuais obxecto de estudo (percepción de sobrecarga-factor asociado ao risco e adicación ao autocuidado-factor protector) e sobre algunhas das variables relativas ao funcionamento, tanto psicolóxico (maior autonomía, aceptación hacia sí mesmos, propósito na vida e crecemento personal, personalidade menos ansiosa e menos sentimentos de melancolía, desesperanza o incapacidade), como físico (flexibilidade e alineación). A mellora obtida nas dúas escalas do benestar psicoxógico máis genuinas, el *crecemento personal* e o *propósito na vida*, e en fle-

xibilidade, resultó estar relacionada cos efectos beneficiosos obtidos no *factor asociado ao risco* (puntuación global de sobrecarga, dimensión impacto e interpersonal, a saber, coa menor "vulnerabilidade" de los participantes).

Para ese mesmo grupo experimental tamén obtivéronse mellorías a largo prazo (36 semanas) respecto aos valores iniciais de moitas dimensións da CVRF obxecto de estudo (maior aceptación, propósito na vida, activación positiva, animación, benestar, satisfacción e confianza en sí mesmos, menor estado de ansiedade e maior implicación no seu autocuidado), manténdose algúns dos efectos positivos obtidos a curto prazo (percepción de sobrecarga) e mitigándose outros (alineación postural). Tamén presentou resultados mostrando, seguindo a visión que deriva da xestión de riscos fronte a desastres, que unha parte de as melloras obtidas nesta fase estaban relacionadas co incremento dos seus "recursos", expresado dende a maior adicación ao autocuidado.

Pariendo dos resultados empíricos obtidos, espérase que o presentado neste traballo constitua un marco conceptual que resulte útil para os fisioterapeutas na súa práctica clínica cotiá.

### **PALABRAS CHAVE**

Coidador, Calidade de vida relacionada coa función, Risco, Fisioterapia, Auto Care.

**Abstract.** Providing continuous care assistance to a dependent person, especially if this person suffers from dementia, is a situation that generates a lot of stress for informal caregivers and it can cause a negative impact on their quality of life and/or on their performance. These two conceptualisations have been integrated into a construct called *function-related quality of life (FRQL)*, which intends to be, considering the different domains that constitute it (context, quality of life and function according to the levels of detail of the ICF), a facilitator element of important actions within the discipline of Physiotherapy such as the intervention plan (diagnosis, objectives, etc.). Considering some postulates derived from disaster management, this deterioration of the FRQL can be understood as a result of informal caregivers coping with the "stressor" element (taking care of their relative) in view of their "vulnerabilities" (perception of overload) and of the "resources" available (dedication to self-care).

In order to improve the FRQL of informal caregivers, two methods of physiotherapy intervention (control group and experimental group) were implemented on 36 participants in total. On the one hand, the subjects in the control group (n = 14) participated in an approach based on *communication of information* (consequences of tasks of informal care, tips on suitable therapeutic activities as part of a self-care general plan of action, etc.). On the other hand, the experimental group (n = 22) received a progressive and supervised *training* with a series of specific self-care exercises (relaxation, self-massage and self-stretching) in addition to the previous information.

Regarding the results, the beneficial effects obtained by the experimental group, both in the short term and in the long term, should be highlighted.

In the short term (18 weeks), significant improvements were obtained on the two contextual factors under study (perception of overload – *factor associated with risk* and self-care – *factor of protection*) and on some of the variables related to the function, both at the psychological level (greater autonomy, acceptance for the self, purpose in life and personal growth, less anxious personality and fewer feelings of melancholia, hopelessness or incompetence) and at the physical level (flexibility and alignment). The improvement achieved on two of the most genuine scales of psychological well-being, personal growth and purpose in life, and on flexibility (upper and inferior limbs), was found to be related to the benefits achieved

on the *factor associated with risk* (global score of overload, dimension of impact and incompetence), that is to say, with less "vulnerability" perceived by the participants

Regarding the same experimental group in the long-term (36 weeks), improvements were also observed in comparison to the initial value of the many dimensions of the FRQL under study (greater acceptance, purpose in life, positive activation, liveliness, wellness, satisfaction and self-confidence, a reduced state of anxiety), preserving some of the positive effects achieved in the short term (perception of overload, implication towards self-care) and mitigating some others (postural alignment). This document also presents results, from the point of view of risk management in case of disaster, about the relationship between some of the improvements achieved at this stage and to the increase of the "resources", this expressed as a greater dedication to self-care by the participants.

Based on the empirical results observed, it is expected that the content of this paper establishes a conceptual framework to help physiotherapists in their everyday clinical practice.

## **KEYWORDS**

Caregiver, Function-related quality of life, Risk, Physiotherapy, Self-care.

# INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta surge a partir de mi interés, tanto profesional como personal, hacia una de las líneas de investigación de uno de los directores de esta tesis doctoral (la problemática psicológica de los cuidadores informales), y pretende servir de ayuda a la ampliación del conocimiento y el aumento del interés de los profesionales de la Fisioterapia hacia determinados aspectos de este ámbito de estudio, como son el deterioro de la calidad de vida y la función, así como el papel de control/reducción que sobre éste pueden desarrollar los proyectos terapéuticos planteados desde dicha disciplina.

Este trabajo consta de una primera parte, que a lo largo de cinco capítulos, expone el marco teórico general que, además de fundamentar la parte empírica, sustenta el enfoque conceptual que se propone y que pretende ser un elemento de apoyo a los fisioterapeutas a la hora de plantear intervenciones sobre cuidadores informales o en otros contextos similares.

En el primero de los capítulos de la parte teórica, se recoge el contexto general de la problemática del cuidador, fundamentalmente en relación al estrés, así como algunas de las intervenciones socio-sanitarias que, realizadas en gran parte de manera previa al inicio de nuestro estudio, presentan aspectos comunes con ella (ámbito nacional, carácter psicoeducativo, etc.). Dentro de este capítulo también se analizan algunas de las teorías que explican los cambios sucedidos en los individuos a partir de dichas intervenciones, como, por ejemplo, las de Pender o Bandura.

En el segundo capítulo se tratan los principales aspectos conceptuales de dos "experiencias" muy próximas al *continuum* salud-enfermedad, la función y la calidad de vida, sobre las cuales se va a sustentar gran parte de la eficacia de las intervenciones fisioterapéuticas que son incluidas en la parte empírica.

En el tercer capítulo se recuerdan las bases del paradigma biopsicosocial y el interés que este supone, en combinación con el biomédico, como sostén de las acciones promotoras de control/atenuación del deterioro de la calidad de vida y/o

el funcionamiento orientadas desde la Fisioterapia, o de la prevención/reducción de su riesgo de aparición.

En el capítulo 4 se presentan las acciones promotoras que pueden ser orientadas por los fisioterapeutas para el logro de estos objetivos. Entre ellas se destaca el papel del ejercicio terapéutico, especialmente las modalidades (relajación/respiratorios, etc.) que pueden contribuir a mitigar la excesiva respuesta de activación fisiológica frente al estrés y/o algunas de las consecuencias perjudiciales ligadas a este (ansiedad, depresión, etc.).

En el último capítulo de esta primera parte, se propone el enfoque teórico sobre el que se va a sustentar la parte empírica, y que resulta de la revisión e integración de algunos de los planteamientos conceptuales presentados en los cuatro capítulos anteriores, como el modelo de Pearlin et al. (1990), el de discapacidad de Verbrugge y Jette (1994), la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (2001) o el modelo de Valderas y Alonso (2008), junto con otras propuestas como las de los fisioterapeutas Kisner y Colby (2010).

A continuación da comienzo la segunda parte de la tesis (capítulos 6, 7, 8, 9 y 10), en la que se lleva a cabo el desarrollo de la parte empírica.

En el capítulo 6 se plantean los objetivos y en el 7 las hipótesis, las cuales van a ser confirmadas o rechazadas a partir de la metodología propuesta a lo largo del capítulo 8.

En los dos capítulos siguientes se exponen los resultados de las intervenciones fisioterapéuticas realizadas (capítulo 9) y su discusión (capítulo 10), los cuales se plantean, respectivamente, a partir de los pertinentes análisis estadísticos y de la revisión de material bibliográfico existente acerca de otras investigaciones publicadas. Dentro de este capítulo de discusión también se han recogido las limitaciones y fortalezas del trabajo, así como propuestas sobre líneas de investigación futuras que, aplicadas desde la disciplina de la Fisioterapia y/u otras afines, podrían ayudar a ampliar el conocimiento sobre algunas de las temáticas abordadas (papel mediador/modulador de los factores contextuales dentro de las intervenciones fisioterapéuticas, prevención del deterioro de la calidad de vida relacionada con la función en colectivos de riesgo, etc.).

Dentro del capítulo 11 se recogen las conclusiones, que resumen los hallazgos y aspectos claves observados a lo largo del estudio.

En los dos últimos apartados se recopilan las referencias bibliográficas citadas en los capítulos anteriores y anexos en los que se pretende presentar algunos de los materiales utilizados, ya sean estos conocidos (cuestionarios, etc.) o creados para este trabajo (protocolos de automasaje, etc.).



# CUIDADORES INFORMALES: CONTEXTO Y PROBLEMÁTICA

# 1

## 1.1 CUIDADO INFORMAL

Nuestra sociedad está teniendo que afrontar el cuidado de un elevado número de personas dependientes, es decir, de "personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia o ayuda importante en la realización de actividades de la vida diaria" (Consejo de Europa, 1998).

Aunque esta ayuda importante puede ser prestada desde ámbitos formales o institucionales, la mayoría de las veces la persona dependiente recibe ayuda del llamado *apoyo informal*.

Este *apoyo informal*, ha sido definido como "el cuidado y atención que se dispensa de forma altruista y gratuita a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención" (IMSERSO, 2004), se suele centrar en los cuidadores de personas dependientes, las cuales suponen en nuestro país, según los datos de la última Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) (Instituto Nacional de Estadística., 2008), el 8,5 % de la población española (3.847.854 personas) (Esparza, 2011).

Aunque no existe una definición clara y concisa de lo que significa ser cuidador, autores como Malonebeach y Zarit (1991) recomiendan que, con fines de investigación, reciba dicha consideración aquella persona que atiende a otra con deterioro funcional y cognitivo, a la que presta ayuda durante un periodo de tiempo determinado.

Sin embargo, otros autores emplean como criterios para determinar la figura del cuidador los descritos en la Encuesta EDIS: convivir con el anciano en el

mismo domicilio y manifestar expresamente que asumen la responsabilidad y prestación de cuidados (Martín et al., 1996).

Esta figura del cuidador informal que presta apoyo a mayores dependientes representa en nuestro país, según un informe del IMSERSO publicado en el año 2005, un 6 % de la población española mayor de 18 años (más de 950.000 personas), mientras que el número de personas mayores de 65 años o más atendidas a través de este tipo de ayuda, alcanza el 17 % de la población (más de 1.226.000 personas).

Aunque el cuidado informal a las personas dependientes también puede ser realizado por amigos y vecinos, es el sistema familiar el que lo presta de manera más frecuente (un 86 % de los casos), y en más de la mitad de los hogares estos cuidados son proporcionados por una sola persona (López Martínez, 2005).

El perfil de este cuidador principal informal (CPI) o primario ha sido ampliamente estudiado; en España, esta figura presenta las siguientes características: mujer de mediana edad, lazos de unión como hija, nivel de instrucción medio-bajo, renuncia a la actividad laboral retribuida, en permanente convivencia en el mismo hogar donde habita la persona atendida, con responsabilidades compartidas con otros miembros de la familia, y con una dedicación significativa de tiempo a la persona mayor, que se suma a otras cargas y responsabilidades (IMSERSO, 2004; Toronjo Gómez, 2001).

## **1.2 EL CUIDADO INFORMAL COMO CAUSA DE ESTRÉS**

Se puede considerar que el estrés, como estímulo, es cualquier circunstancia que, de forma inusual o extraordinaria, requiere del individuo modificaciones en su estilo de vida habitual (Holmes y Rahe, 1967).

Este estrés es quizás el tópico de la Psicología de la Salud que mejor ejemplifica la integración mente-cuerpo (Bishop, 1994), pudiéndose distinguir dentro de él al *eustrés* (como constructo agradable y bueno) y al *distrés* (como constructo destructivo y desagradable) (Selye, 1974).

La atención continuada a una persona dependiente, especialmente si esta tiene demencia, es una situación generadora de estrés (Schulz y Martire, 2004), cuyo impacto parece estar más relacionado con la valoración que de ella realice el

propio cuidador y con los recursos personales que este logre poner en marcha, que con las propias características de la situación (Devi y Almazán, 2002; López y Crespo, 2007).

Este estrés al que está sometido el cuidador ha sido analizado dentro de enfoques que resultan de la adaptación de la Teoría General del Estrés (Selye, 1974), entre los que nos gustaría destacar el modelo *de estrés aplicado al cuidado*.

Según el *modelo de estrés aplicado al cuidado*, propuesto por Pearlin (Pearlin et al., 1990), el cuidador puede percibir una sensación de estrés cuando se enfrenta a un proceso complejo en el que se interrelacionan a su vez una serie de factores:

-Contextuales: son las características propias de la persona que cuida y de la situación en la que se producen los cuidados, incluyéndose entre ellos los factores sociodemográficos/económicos, personales y culturales.

-Estresores: actúan como fuente originaria de estrés para el cuidador. Entre ellos se pueden distinguir los *primarios*, derivados de la propia tarea de cuidados, y los *secundarios*, que se desprenden de las evaluaciones que hace el cuidador de las interacciones con otros y con los propios recursos y que pueden a su vez ser generados o empeorados por los primarios. Dentro de los *primarios* se distinguen a su vez los *objetivos*, derivados del deterioro del mayor (p. ej., trastornos de conducta del enfermo), y los *subjetivos*, originados por la atención que el cuidador presta al mayor (p. ej., carga percibida). Dentro de los *secundarios* se contemplan los estresores de rol (p. ej., disminución del tiempo de ocio, conflictos familiares y laborales, etc.) y los intrapsíquicos, que son esencialmente la pérdida de autoestima y el sentimiento de falta de control (López Martínez, 2005).

-Efectos causados por el cuidado: son las situaciones que derivan del cuidado y que afectan al funcionamiento del organismo, por ejemplo, enfermedades físicas, estados ansiosos, depresivos, etc.

Según el modelo de Pearlin et al. (1990), la respuesta del cuidador a los estresores va a estar influida por procesos mediadores, los cuales hacen referencia a las acciones y/o recursos que tienen como finalidad modificar el proceso de estrés,

regulando los estresores y aliviando su impacto sobre la salud de los cuidadores (Tartaglini y Stefani, 2012) (Figura 1).

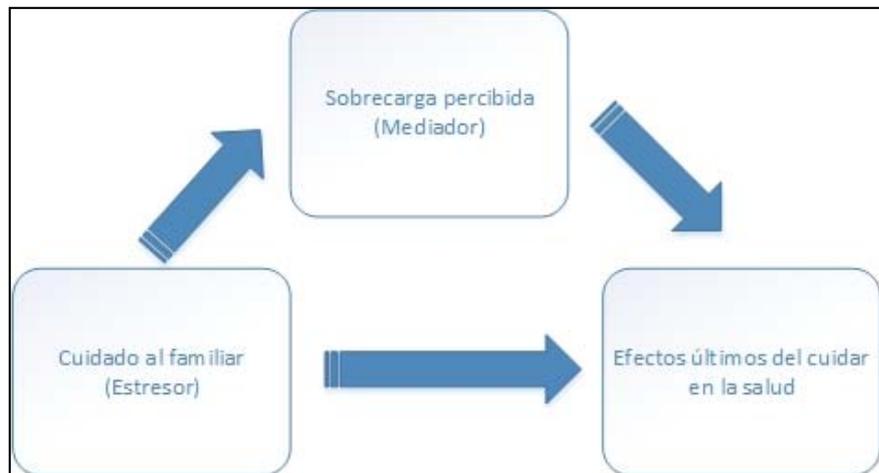


Figura 1. Modelo de estrés aplicado al cuidado. Fuente: Modificado a partir de López Martínez (2005).

Como percepción relacionada con el estrés, se encuentra la *sobrecarga*, que constituye una de las variables más importantes y frecuentemente estudiadas dentro del ámbito del cuidado informal (Méndez, Giraldo, Aguirre-Acevedo y Lopera, 2010; Montorio Cerrato, Fernández de Trocóniz, López López y Sánchez Colodrón, 1998).

Esta sobrecarga percibida por el cuidador ha sido presentada como una acepción multidimensional que procede de varios factores independientes, como la carga física que supone el cuidado, la carga emocional generada, el tiempo dedicado al cuidado, el sentimiento de proyecto vital interrumpido, etc. (Novak y Guest, 1989).

Montorio Cerrato et al. (1998) comenta cómo a lo largo de las investigaciones realizadas en el ámbito del cuidado informal, se ha ido considerando a esta variable desde diferentes posiciones que la han contemplado como estresor, mediador o como un efecto negativo del cuidado.

En esta investigación, hemos optado por considerar dicha variable, en sus diferentes dimensiones, más próxima a una posición “mediadora”, que la situaría entre el agente estresores (cuidado del familiar) y los efectos últimos que suponen las tareas de cuidado continuado sobre la salud del cuidador (Figura 2).

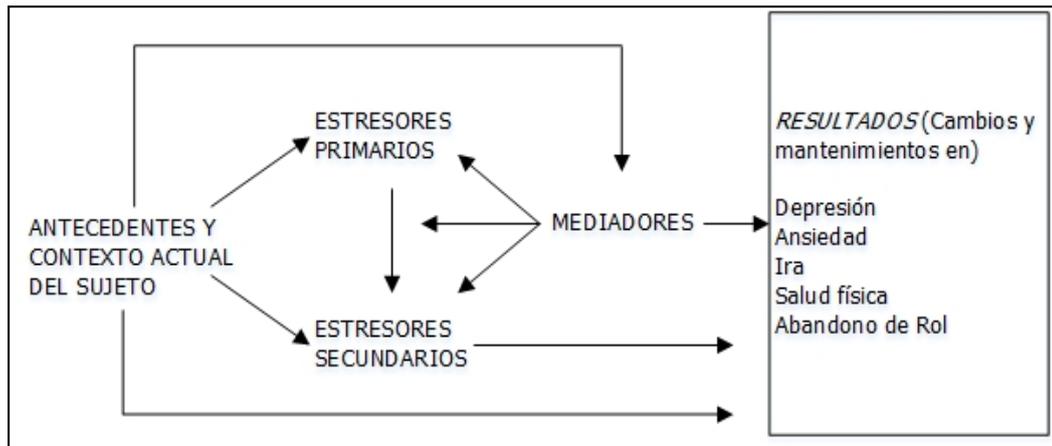


Figura 2. Sobrecarga percibida por los cuidadores desde una visión como “mediador parcial” de los efectos últimos de cuidar. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].

Desde este papel de la sobrecarga como variable más cercana a una posición de mediador de tipo parcial, se aceptarían entonces los planteamientos que la presentan como una valoración/apreciación cognitiva y emocional del cuidador ante el cuidado del familiar (agente estresor), de lo que puede seguirse un mejor o peor ajuste, en función de las habilidades y recursos con los que este cuenta (Montorio Cerrato et al., 1998).

Entre otras variables que pueden actuar, ya sea como mediadoras o moduladoras, en el ámbito del cuidado informal también cabe destacar las *estrategias de afrontamiento* (Pearlin et al., 1990; Hooker, Fraizier y Monahan, 1994), la *autoeficacia* (Laserna et al., 1997) y el *apoyo social* (Molina Linde, Iáñez Velasco e Iáñez Velasco, 2005).

Lazarus y Folkman (1986) entienden por estrategias de afrontamiento “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

González-Cabanach (2007) considera que estas estrategias de afrontamiento deben ser consideradas un proceso dinámico, cambiante, dependiente del contexto y del modo concreto en que el individuo evalúa en cada momento lo que ocurre.

Para García-Alberca et al. (2012), estas estrategias constituyen el factor predictor más importante de *distrés* en los cuidadores, además de un elemento mediador entre la carga y algunos efectos negativos relacionados con las tareas que tienen que acometer, como, por ejemplo, la sensación de ansiedad o de depresión.

No existe un acuerdo general sobre cómo se deben categorizar estas estrategias, aunque, entre las diferentes propuestas realizadas, cabe destacar, por ser una de las más utilizadas en el ámbito del cuidado informal, la distinción clásica de Lazarus y Folkman (1984), que diferencian entre:

- Las estrategias centradas en la emoción, dirigidas a reducir y manejar las emociones negativas surgidas de la situación, como, por ejemplo, el apoyo afectivo o la aceptación.
- Las estrategias dirigidas a solucionar el problema o hacer algo para modificar la fuente de estrés, como la búsqueda de apoyo informativo o instrumental, el uso de la confrontación y la planificación.
- Las estrategias centradas en la percepción.

A propósito de estos tres tipos de afrontamiento y otras variables frecuentemente analizadas en el ámbito del cuidado informal, como la carga subjetiva, Tartaglino, Ofman y Stefani (2010) han observado que esta última es menor en la medida en que el cuidador hace uso de estilos centrados en el problema y/o la emoción, y mayor cuando se produce una huida o se evita la situación y/o sus consecuencias.

Otra de las tendencias en el estudio de las estrategias del afrontamiento es la defendida por Roger, Jarvis y Najarian (1993), quienes distinguen entre los estilos que clasifican como *adaptativos*, que incluirían el desapego emocional y racional, y los *desadaptativos*, con la evitación y el afrontamiento emocional como máximos referentes.

A propósito del uso de este tipo de estilo de afrontamiento entre un grupo de cuidadores informales y otro de formales no profesionales, Aldana y Guarino (2012) comprobaron que ambos utilizaron el afrontamiento racional, seguido del de evitación, pero que los primeros usaron, a diferencia de los segundos, más el de tipo emocional, considerado un patrón perjudicial al estar asociado a un esquema de respuesta neurótica.

Las estrategias del afrontamiento también pueden ser entendidas desde clasificaciones que hacen referencia al modo como se realizan esos esfuerzos, es decir, si se produce un afrontamiento-acercamiento o un escape-evitación. Este último

hace referencia al uso de evasivas que buscan evitar o envolver la situación estresante y entre las que se incluirían el distanciamiento mental o conductual, el humor o la negación (Endler y Parker, 1990).

Por su parte, el *modelo multidireccional del estrés* (Schulz, Gallagher-Thompson, Haley y Czaja, 2000), que también se enmarcaría dentro de la conceptualización del estrés realizada por Lazarus y Folkman, parte de la valoración que el cuidador realiza de las demandas ambientales, entre las cuales se incluirían las conductas problemáticas de los mayores, los estresores sociales/del ambiente o las limitaciones funcionales.

Si el cuidador evalúa los estresores como amenazadores o se siente sin capacidad para afrontarlos, es decir, si se percibe sometido a estrés, desarrollará emociones negativas (p. ej., sobrecarga), las cuales pueden activar respuestas fisiológicas o conductuales que, en condiciones mantenidas o extremas, pueden contribuir a la aparición de trastornos emocionales o físicos.

De manera menos frecuente, los estresores pueden ser evaluados como benignos/positivos o el cuidador siente que tiene la capacidad de afrontarlos, sucediéndose entonces emociones positivas (satisfacción en la relación con el enfermo), que pueden impulsar a su vez respuestas fisiológicas o conductuales saludables.

### **1.3 CONSECUENCIAS NEGATIVAS DE LAS TAREAS DE CUIDADO CONTINUADO**

El estrés que padecen los cuidadores informales familiares como consecuencia de las tareas de cuidado continuado, junto con la alta carga emocional (miedo, inseguridad, etc.) que ello también comporta, puede contribuir a la aparición de consecuencias negativas en varios ámbitos.

En la esfera social, la prestación de cuidados continuados está relacionada con la realización de menos conductas de autocuidado y la implicación en comportamientos menos saludables, como no dormir lo suficiente, alimentarse de forma inadecuada o realizar escaso ejercicio físico (Fuller-Jonap y Haley, 1995; Gallant y Connell, 1997; Webber, Fox y Burnette, 1994), un aumento del aislamiento (Jones y Peters, 1992; Mateo Rodríguez et al., 2000), mayor frecuencia de utilización de servicios médicos (Draper, Poulos, Cole, Poulos y Ehrlich, 1992; Kielcolt-Glaser,

Dura, Speicher, Trask y Glaser, 1991) y un empeoramiento de la situación económica (Mateo Rodríguez et al., 2000).

En cuanto a las consecuencias de las tareas de cuidado continuado sobre la función psicológica, se ha observado que los cuidadores de personas dependientes presentan de manera frecuente ansiedad, depresión o sobrecarga (Garre-Olmo et al., 2000; López y Crespo, 2007; Pinguart y Sörensen, 2003; Rabins, Mace y Lucas, 1982), así como disminución de su autoeficacia (Laserna et al., 1997).

A nivel físico, los cuidadores suelen referir problemas de sueño, molestias digestivas, estreñimiento y diarreas, sensación de cansancio/agotamiento y de dolor relacionado con la existencia de contracturas musculares, algias musculares inespecíficas, lumbalgias y/o ciáticas, cervicalgias, calambres o fibromialgia (Baumgarten et al., 1992; Haley, Levine, Brown, Berry y Hughes, 1987; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995). Muchas de estas patologías o deficiencias, en las que se van a ver afectadas varias de las esferas vitales del paciente, suelen ser consideradas como trastornos o enfermedades psicosomáticas (Muñoz-Cruzado y Barba, Fernández Martín, Barón López, Sánchez Guerrero y Labajos Manzanares, 2008).

### **1.3.1 ALTERACIONES PSICO-FÍSICAS DE INTERÉS EN FISIOTERAPIA**

Las intervenciones de fisioterapia pueden ayudar a controlar y modificar de forma significativa muchas de las progresivas pérdidas de la condición de salud de los individuos y/o la aparición de deficiencias.

En relación al contexto en el que se sucede la vida de los cuidadores informales (estrés continuado, edad adulta, sedentarismo, etc.), hemos querido destacar dos problemáticas en las que confluyen interacciones psico-físicas, el *aumento de la tensión muscular* y las *alteraciones de alineación postural*, sobre los que las estrategias de autocuidados pueden actuar, controlando o retrasando su evolución hacia procesos más incapacitantes.

#### **1.3.1.1 AUMENTO DE LA TENSIÓN MUSCULAR**

Es bien conocido por todos que la tensión nerviosa o ansiedad, además de ser causa de un exceso de actividad del sistema nervioso, está estrechamente vinculada a la tensión muscular.

Para Jacobson (1938), la tensión nerviosa/ansiedad consiste en gran medida en las sensaciones físicas causadas por una tensión incontrolable en músculos y órganos internos, pudiendo solo ser lo displacentero producido por la tensión muscular.

En esa tensión muscular residual, que está relacionada con predisposiciones genéticas, cambios compensadores, lesiones y sobrecargas ocupacionales físicas y también con aspectos psíquico-emocionales, los músculos se mantienen habitualmente con un aumento de la actividad debido a la tensión nerviosa y están en un continuo estado de alteración, preparados para pasar a la acción.

Con el paso del tiempo, ese abuso innecesario de los músculos puede constituir un factor relevante en la aparición y persistencia de dolor a través de puntos gatillos miofasciales, que han sido definidos como focos hiperirritables situados dentro de bandas tensas (Simons, Travell y Simons, 2004).

De encontrarse activos, estos puntos gatillo pueden provocar dolor de manera espontánea, siendo origen de algunos de los problemas de salud más frecuentes en el cuidador, o coexistir con ellos, como dolor en la parte inferior de la espalda, cefaleas tensionales u otras molestias que en ocasiones se adjudican por error a síndromes de compresión nerviosa (p. ej., túnel carpiano, etc.) (Figura 3).

Esta asociación entre tensión muscular, dolor y estrés ha sido comprobada en pacientes con dolor lumbar crónico que tensaban los músculos del tronco (en particular, la musculatura profunda, el transversal del abdomen y el multifido), en situaciones de estrés personal (Moseley, 2004).

También se ha demostrado esta asociación en pacientes con dolor en la articulación temporomandibular, para los cuales el simple hecho de hablar sobre acontecimientos vitales importantes aumentaba los valores electromiográficos de los músculos a este nivel (Flor, Birbaumer, Schugens y Lutzenberger, 1992; Flor, Schugens y Birbaumer, 2002).

Por ello, aliviar la tensión muscular puede ser una herramienta muy poderosa, no solo de relajación o manejo del estrés, sino para el control/mejora de determinadas deficiencias, como la sensación de dolor o la pérdida de flexibilidad.

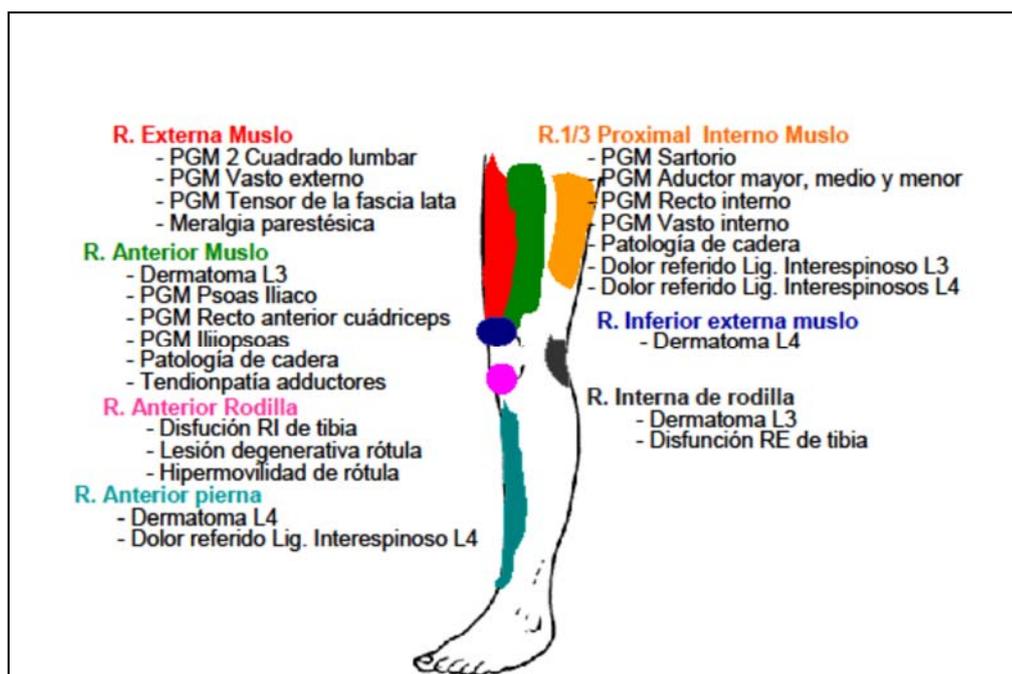


Figura 3. Patrones de dolor referido por PGMs y otros patrones de dolor habituales en miembro inferior. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].

### 1.3.1.2 ALTERACIÓN DE LA POSTURA

El estudio de la actitud bípeda estática constituye un tema de amplio interés en Fisioterapia, a pesar de que la mayor parte de la población no presenta una postura ideal debido al elevado número de factores por los que puede verse influenciada (hereditarios, físicos, fisiológicos y contextuales).

El mantenimiento de una postura en la que se altere el alineamiento postural óptimo de los segmentos y articulaciones puede provocar, a largo plazo, deficiencias en diferentes sistemas corporales, especialmente en el sistema músculo-esquelético (por ej., estructurales, como el desgaste articular), las cuales pueden llegar a producir limitaciones en la actividad y, en muchos casos, considerables restricciones en la participación del individuo (Daza Lesmes y Torres Narváez, 2007) (Figura 4).

Las deficiencias en la postura pueden desarrollarse en uno o varios segmentos vertebrales (cervical, dorsal o lumbar), tendiendo a producirse, una vez iniciadas estas, una mayor compensación postural y un patrón autoperpetuador.

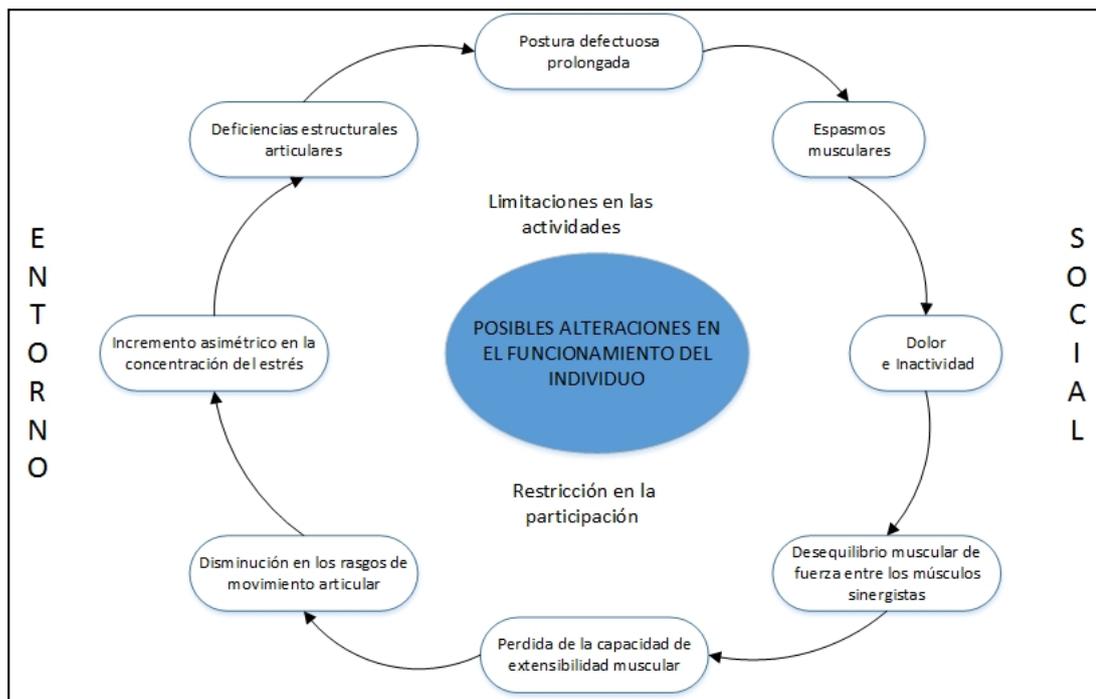


Figura 4. Círculo vicioso derivado de posturas defectuosas prolongadas. Fuente: Modificado de Daza Lesmes y Torres Narváez (2007).

Por lo común de su aparición en la población normal y su tendencia al aumento con el incremento de la edad, cabe destacar tres deficiencias posturales: el adelantamiento de la cabeza, los hombros redondeados y la actitud asténica o colapso postural.

La posición anterógrada de la cabeza (PAC) es un desalineamiento postural caracterizado por el desplazamiento hacia delante de la cabeza y del segmento cervical con respecto a la línea vertical/tórax, que puede ser causado por varios factores, como desequilibrio muscular, hipomovibilidades articulares o déficits en la vista y en el oído. A consecuencia de esta postura, las articulaciones interapofisiarias se van a ver obligadas a soportar un peso máximo, sus cartílagos van a estar expuestos a traumatismos recurrentes y los forámenes intervertebrales van a permanecer cerrados, condicionando la aparición de limitaciones graduales, como, por ejemplo, estados degenerativos de las carillas articulares y una potencial compresión de las raíces nerviosas (Cailliet, 1983).

Además, en esta postura, articulaciones como la témporo-mandibular y la occipito-atloidea se van a encontrar en situaciones alteradas (p. ej., occipital en posición de extensión relativa con respecto a C1), y algunos músculos cervicales pueden desarrollar alteraciones como contracturas o puntos gatillos al trabajar en condiciones de desventaja mecánica (por ejemplo, esternocleidomastoideo y esplenio

del cuello) (Simons et al., 2004), o requerir una mayor contracción muscular isométrica mantenida (suboccipitales, trapecio fibras superiores, esplenio de la cabeza, etc.) (Kennedy, 2006).

La postura de cabeza adelantada aparece frecuentemente asociada a unos hombros redondeados hacia delante, configurándose una alteración postural conocida también como "síndrome cruzado superior de Janda", que es considerada un patrón de sobreactivación neuromuscular como respuesta al estrés, la tensión y la ansiedad (Chaitow, 2007).

La postura de cabeza adelantada y la de hombros redondeados pueden presentarse además asociadas a un aumento de la lordosis lumbar, lo que conformaría una alteración postural denominada "colapso postural" o "sway back" (Figura 5).

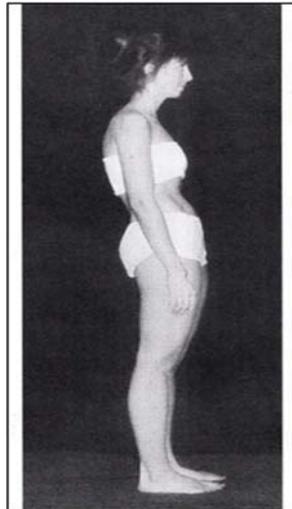


Figura 5. Colapso postural o *sway back*. Fuente: Kendall, Kendall y Provance (2005).

Esta postura está caracterizada por un desplazamiento hacia atrás del centro de gravedad del individuo y una hiperlordosis lumbar pasiva (por tensión del psoas y aponeurosis iliacas), la cual es compensada con una anteriorización de la cabeza y unos hombros redondeados y cargados (que expresan una apariencia de cansancio), un aumento de la cifosis dorsal fisiológica, una pelvis basculada posteriormente y unas caderas en hiperextensión (Bienfait, 1996).

En esta alteración postural, los músculos de la columna pierden su tono y se produce un cierto declive que aleja al individuo de la gravedad, con una línea anterior por detrás de la sínfisis púbica y una plomada por detrás del trocánter mayor (Troisier, 1989).

Para autores ligados a la bioenergética, como Keleman (2012), esta postura, también denominada "asténica", es vista como un desinflamiento, retraimiento o derrota del individuo como reacción al estrés, y puede comprender parte de una cierta hipoconformación, de un "hacerse más pequeño".

A propósito de las relaciones causa-efecto en este tipo de alteraciones y de la influencia de aspectos psicoemocionales, Lowen (1985) defiende que la postura y las tensiones musculares que en ella se reflejan podrían ser un intento por parte de la persona de controlar las emociones, de forma que la postura de todo el cuerpo puede reflejar una actitud psicológica, es decir, una manera de ser y estar en la vida.

Este investigador, discípulo de Reich, relacionó los patrones de tensión muscular crónica y los trastornos psicológicos, reconociendo además que estos no eran simplemente síntomas de las neurosis de sus pacientes, sino que en realidad eran el medio por el cual evitaban experimentar emociones que estaban conectadas con traumas psicológicos de la infancia y que, en cierta medida, ayudaban a mantener sus trastornos psicológicos.

Para el fisioterapeuta Junquera (2012), el estrés es responsable también del desarrollo de una alteración postural que él denomina "espiral descendente derecha", caracterizada, entre otras disfunciones, por una tendencia del tronco hacia la inclinación y rotación derecha. Esta alteración, que sería un patrón postural propio de un "repliegue emocional", está en relación con un individuo con diferentes tensiones psicoemocionales que se somatizan de forma genérica con una postura de repliegue en espiral, o con un individuo de carácter nervioso, estresado, que acaba claudicando,i(Figura 6).

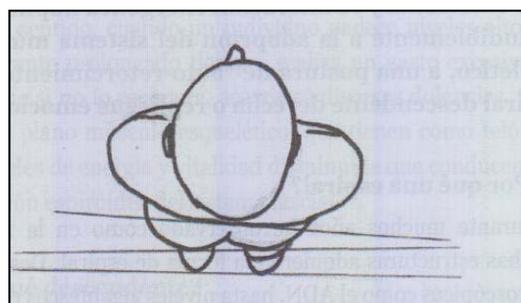


Figura 6. Espiral descendente derecha. Fuente: Junquera (2012).

En línea con lo anterior, Freres y Mairlot (2000) sostienen la hipótesis de que la escoliosis idiopática podría ser la manifestación de un mecanismo de introversión o de conflicto contenido.

Muchas de estas alteraciones posturales (p. ej., la postura asténica), además de las ya mencionadas consecuencias en relación a la aparición o mantenimiento de contracturas y/o dolores, podrían alterar también el sistema nervioso al contribuir al "cierre" de determinadas zonas, como la parte superior del cuerpo y los miembros superiores.

En este sentido, la terapeuta Overmyer (2012) defiende que este cierre podría alterar, por ejemplo, los puntos reflejos de Chapman situados en la parte superior del pecho, desarrollándose un trastorno de sobrecarga del sistema nervioso que se caracteriza por síntomas como la ansiedad, la fatiga crónica o el insomnio.

#### **1.4 INTERVENCIONES EN CUIDADORES INFORMALES DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES**

Los cuidadores primarios de personas dependientes, además de ser considerados recursos o cotrabajadores al proporcionar apoyo emocional, soporte físico y social a las personas mayores dependientes, son coclientes de la atención en salud, ya que desarrollan necesidades propias o derivadas de la actividad cuidadora que desarrollan (Toronjo Gómez, 2001).

Estas necesidades los convierten en un colectivo candidato a intervenciones de apoyo dirigidas no solo a mejorar la calidad de los cuidados que proporcionan (Montorio, Díaz e Izal, 1995), sino a reducir su malestar y minimizar las consecuencias negativas del estrés y de la sobrecarga.

Dichas intervenciones socio-sanitarias han sido clasificadas en diferentes categorías (Losada, Moreno-Rodríguez, Cigarán, Peñacoba y Montorio, 2006):

- 1) Intervenciones de respiro, que proporcionan a los cuidadores un tiempo libre en el que no tienen que atender al familiar.
- 2) Grupos de autoayuda o apoyo mutuo, en los que unos cuidadores proporcionan consejos y ayuda a otros cuidadores.

- 3) Intervenciones educativas, durante las que se ofrece información a los cuidadores por parte de profesionales.
- 4) Programas psicoeducativos o psicosociales, consistentes en que un profesional, principalmente psicólogo, entrena a los cuidadores en estrategias y habilidades para afrontar las consecuencias del cuidado de la forma más adaptativa posible.
- 5) Programas psicoterapéuticos en los que, a diferencia de los psicoeducativos, se presta una especial atención al desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica con los cuidadores.
- 6) Intervenciones conformadas por varios componentes, que incluirían una o varias de las anteriores, combinadas con servicios formales de respiro y otros tipos de ayuda (miscelánea, ayuda económica, etc.).

#### **1.4.1 REVISIÓN SOBRE INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO**

Como intervención pionera en cuidadores familiares en España, cabe presentar la realizada por Conde Sala, quien en el año 1996 (Conde Sala, 1996) puso en marcha, en dos distritos de Barcelona, un proyecto que consistió en la realización de grupos de apoyo sobre cuidadores con el objetivo de ayudarlos a disminuir su nivel de estrés. El apoyo proporcionado en estos grupos estuvo dirigido en cuatro direcciones: proporcionar a los cuidadores un espacio para expresarse, información sobre la enfermedad, atención y valoración de recursos externos y cómo regular las relaciones entre el cuidador y el enfermo.

Poco después, investigadores como Píriz Campos, González Arévalo y Sánchez Lozano (1997) plantearon un programa educativo con sesiones individuales orientadas a aspectos relacionados con el cuidado de enfermos de Alzheimer, adaptaciones y riesgos de hogar, pero no se presentó ningún resultado cuantitativo relativo a la intervención.

Ese mismo año, Márquez, Barquero, Carrasco y Cárdenas (1997) llevaron a cabo otra intervención educativa basada en el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes en el cuidador, orientados a la mejora de los cuidados y necesidades básicas del familiar dependiente. Posteriormente propusieron un análisis cualitativo de los resultados de la dinámica de grupos.

Por su parte, Toribio y Ramírez (1997) describieron un proyecto liderado por enfermeras y que se centraba en el desarrollo de una serie de talleres, cuyo fin era, además de la aplicación de técnicas para el manejo del estrés en el cuidador, el desarrollo de habilidades para la satisfacción de las diferentes necesidades de los pacientes dependientes.

En el año 1998, López Elías, Martínez Sellarés y Torres Gámez presentaron un programa dirigido tanto a cuidadores familiares como a un grupo de voluntariado social, entre cuyos contenidos se encontraba el asesoramiento y refuerzo motivacional del cuidador.

Durante el año 1999, Martín Madrazo, Medina Fernández e Irazábal Martín (1999) desarrollaron, desde un centro de salud, un taller de cuidadores familiares de 12 sesiones de duración, dirigido por un equipo multidisciplinar en el que, de manera grupal, se abordaron tanto aspectos formativos como el desarrollo de actitudes y habilidades, orientando las sesiones a la resolución de problemas.

A lo largo de ese año, Martín, Merlos y Mozos (1999) realizaron un curso de educación para la salud dirigido a cuidadores principales de personas, cuyo objetivo era aumentar la calidad de vida del enfermo con deterioro cognitivo y la capacidad de autocuidado del cuidador. En relación a este programa, de ocho sesiones de formación, se proporcionaron únicamente datos descriptivos respecto a la mejora de los cuidadores en el conocimiento de cómo manejar los cambios posturales del enfermo.

También en el año 1999, López y Pérez describieron un proyecto liderado por trabajadores sociales en el que se combinaba la información de recursos para el cuidado con talleres para el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Gandoy Crego et al. (1999) diseñaron una intervención realizada con mujeres cuidadoras que consistió en la realización de un programa en el que se combinaba, en una misma sesión, la realización de terapia de grupo (basada en el aprendizaje de relajación y en la realización de técnicas de afrontamiento y de solución de problemas) y un grupo de apoyo (puesta en común de problemas, comentar sentimientos, etc.). Como resultado de esta intervención, cabe destacar la reducción en la subescala ansiedad-estado, de modo que el decatipo medio en el que se encontraban los cuidadores pasó de 6 a 5.

Un año después, Castellanos Vidondo y Nonay Salvatierra (2000) publicaron los contenidos de un programa de intervención que buscaba disminuir el estrés de los cuidadores de familiares con enfermedades crónicas. El programa educativo, que se planteó con la participación de un equipo multidisciplinar, incluyó entre su temática aspectos relacionados con la convivencia con el enfermo, el aprendizaje de una técnica de relajación y el conocimiento de los recursos socio-sanitarios existentes en la comunidad.

Durante 2001, los investigadores Sánchez-Pascual, Mouronte Liz y Olazarán Rodríguez (2001) presentaron los resultados de un programa de formación con sesiones individuales para cuidadores que incluía información sobre el cuidado del cuidador, recursos sanitarios disponibles y entrenamiento en identificación y manejo de problemas. Dicho estudio ayudó a reducir de manera significativa los niveles de depresión y la reacción de los cuidadores frente a los comportamientos problemáticos de su familiar, aunque la percepción de la sobrecarga no se vio modificada de forma significativa. También se señalan resultados cualitativos como el cambio de actitud de los cuidadores ante la enfermedad y la mejora en la calidad de la relación entre los cuidadores y sus familiares.

Ese mismo año, Escós Quílez, Payán Martínez, Santos Sanz, Olivares Contreras y Yubero Bascuñana (2001) publicaron un estudio en el que presentaron un programa de 18 sesiones grupales, dirigidas a cuidadores de pacientes encamados y semienamados asignados a un área básica de salud, en el que se combinaron aspectos de educación sanitaria con técnicas de manejo del estrés, que resultó en una mejora de conocimientos.

En el año 2003, Fernández-Millán (2003) publicó una intervención realizada sobre cuidadores de personas ancianas con Alzheimer que consistió en la emisión de microespacios televisivos en los propios domicilios en los que se les ofreció información sobre la enfermedad, el autocuidado del cuidador y adaptaciones de la vivienda. Como resultado más interesante, se observó que un 53.33% de los participantes creía que el programa los había ayudado en el cuidado del anciano que tenían a su cargo.

Durante ese mismo año 2003, Artaso, Goñi y Biurrun Unzué (2003) realizaron una intervención en la que combinaron sesiones informativas sobre la enfermedad

(características, impacto en la familia, recursos socio-sanitarios), aprendizaje de habilidades de cuidado del enfermo y sesiones relacionadas con el autocuidado del cuidador (necesidad de mantener hábitos saludables, tiempo para sí mismo, entrenamiento en comunicación). Asimismo desarrollaron un marco estable de apoyo emocional a través de la creación de grupos de apoyo. En este trabajo no se presentaron resultados cuantitativos ni cualitativos tras la intervención.

En el año 2004, Losada Baltar, Izal Fernández de Trocóniz, Montorio Cerrato, Márquez González y Pérez Rojo compararon la eficacia de dos intervenciones psicoeducativas en cuidadores de familiares con demencia: una, *cognitiva-conductual* dirigida a la modificación de pensamientos disfuncionales relativos al cuidado, y otra, basada en la técnica de *solución de problemas*, orientada a reducir la frecuencia de comportamientos problemáticos del familiar. Entre los resultados observados, cabe destacar una reducción de la depresión, del estrés percibido, del estrés asociado a los comportamientos y de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado, en el grupo que participó en la intervención cognitiva-conductual. En cambio, no se observaron cambios asociados al programa en la reducción de comportamientos problemáticos. Los resultados también sugieren que los beneficios de una intervención psicoeducativa sobre el malestar de los cuidadores pueden variar en función de los contenidos generales que ésta incluya.

En ese mismo año, Paz (2004) planteó un programa terapéutico cognitivo-conductual en el que se enseñó a los cuidadores a utilizar recursos biopsicosociales, controlar la ansiedad y los conflictos generales, así como la atención a situaciones críticas. La intervención produjo cambios significativos en la ansiedad y la depresión, tanto en la postintervención como en el seguimiento, así como en los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en la evaluación de seguimiento.

También en el año 2004, los investigadores Alonso-Babarro, Garrido-Barral, Riera-Pastor, Casquero-Ruiz y Díaz-Ponce (2004) aplicaron un programa educativo grupal sobre 245 cuidadores de pacientes con diferentes tipos de demencias, impartido por equipos multidisciplinares. El programa pretendía la adquisición de conocimientos sobre la demencia, el intercambio de ideas entre los cuidadores y el aprendizaje de habilidades para el cuidado del paciente y el autocuidado. Se comparó el nivel de sobrecarga antes y después de la intervención en 68 de los cuidadores, no obteniéndose diferencias significativas, aunque sí se señala un leve des-

censo en el porcentaje de participantes con sobrecarga intensa (del 37 al 34.8 %), así como un mayor nivel de sobrecarga con la edad. Los participantes también valoraron muy positivamente el programa y destacaron la posibilidad de compartir experiencias con otros cuidadores, así como el aprendizaje de conocimientos y habilidades para mejorar los cuidados.

Un año después, investigadores de este mismo equipo (Alonso-Babarro, Garrido-Barral, Matín-Martínez y Francisco-Morejón, 2005) publicaron los resultados de otro programa educativo sobre 72, con similares objetivos y métodos. La evaluación realizada a las seis semanas de la finalización sobre los 64 cuidadores que terminaron el programa mostró una mejora significativa en las dimensiones de calidad de vida del cuestionario SF-36 referidas a dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental.

En el año 2005, López Martínez (2005) presentó en su tesis doctoral los resultados sobre la eficacia comparada de una intervención en manejo del estrés llevada a cabo en dos modalidades: una, en formato *cara a cara* (en 8 sesiones de 60 minutos de duración), y otra, con *mínimo contacto terapéutico* (3 sesiones individuales de 90 minutos y 3 contactos telefónicos de 10 minutos), que contenían, entre otras estrategias, módulos de entrenamiento en relajación, realización de actividades agradables, reevaluación cognitiva, solución de problemas y entrenamiento en comunicación. En relación a los resultados, cabe destacar que los dos formatos de intervención ayudaron a mejorar las condiciones emocionales de los cuidadores en relación al manejo del estrés, en comparación con el grupo de lista de espera (control). De entre las dos intervenciones, se puede destacar que la realizada *cara a cara* es la que consigue mejorar en mayor medida el malestar emocional y sus variables mediadoras.

Durante 2006, Etxeberria-Arritxabal, Yanguas-Lezaun, Buiza-Bueno, Galdona-Erquicia y González-Pérez (2006) plantearon un programa de intervención cognitivo-conductual en el que se entrenaba a un grupo de cuidadores en la posibilidad de aprender estrategias y habilidades que actuasen sobre su calidad de vida, y que incluía además un componente educativo (causa, etapa, síntomas de la enfermedad de Alzheimer, etc.). La comparación de las puntuaciones antes de la intervención y tras un año de seguimiento demostró una reducción de la sobrecarga, la depresión, los pensamientos disfuncionales y el apoyo social.

En el año 2007, Losada Baltar, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight (2007) desarrollaron un programa de intervención interdisciplinar denominado "*Cuidar Cuidándose*", dirigido desde el Servicio de Psicología de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, el cual pretendía, mediante técnicas cognitivo-conductuales y terapéutico-ocupacionales, reducir el nivel de malestar físico y psicológico de los cuidadores.

En el año 2008, Aguiló Pastrana presentó un programa de intervención comunitaria diseñado para el trabajo de la problemática del cuidador, con una herramienta metodológica específica, el método del Grupo Formativo, en que se buscaba lograr un grado de reflexión que cuestionase los consensos sociales básicos que hacen ver como normales y naturales roles que condicionan grados importantes de malestar cotidiano. Como resultados, se presentaron cambios en los participantes respecto al modo de percibir su situación (queja, sintomatología tipo ansiedad/depresión, atrapamiento en el rol de cuidar, etc.), así como en la expresión de los sentimientos ligados a sus problemas.

Desde el año 2008 se han seguido desarrollando numerosas intervenciones psicoeducativas en el ámbito de la atención a los cuidadores informales, pero nos ha parecido de especial interés presentar algunas que han derivado de programas planteados inicialmente en el ámbito de la autogestión de la salud, ya que estas, aun siendo todavía escasas, muestran las posibilidades de utilizar nuevas formas de incentivar las experiencias de enseñanza-aprendizaje, como sería, por ejemplo, la "formación/maestría por pares".

Estas intervenciones psicoeducativas se encuentran enmarcadas dentro de un programa denominado "Powerful tools for caregiving" (PTC), que se presenta como la expansión al ámbito del cuidador informal del Programa Paciente Experto (PPE) (<http://patienteducation.stanford.edu/>), planteado por primera vez por la Dra. Kate Lorig, a través de los "Programas de Autogestión en Enfermedades Crónicas" (*Chronic Disease Self Management Programs*), de la Universidad de Stanford.

Este PPE pretende ayudar a los pacientes al desarrollo de capacidades personales para convivir con su enfermedad a partir de la búsqueda y utilización racional de recursos; el uso de estrategias para aumentar aspectos relacionados con su confianza, como, por ejemplo, la autoeficacia; la comunicación de información es-

pecífica de la enfermedad; el desarrollo de habilidades generales de gestión; además de la presentación de modelos adecuados que se pueden seguir para los compañeros y de redes de apoyo que ayuden en la iniciación y el mantenimiento de los cambios de comportamiento adecuados (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent y Hobbs, 2001; Lorig et al., 2001).

El PPE ha demostrado ampliamente su eficacia en pacientes con enfermedades crónicas en relación a la disminución de estrés, de ansiedad y de la adherencia de los pacientes a las recomendaciones médicas (Richardson, Shelton, Krailo y Levine, 1990; Jacobs, Ross, Walker y Stockdale, 1983), de los costes de tratamiento y del número de ingresos en hospitales (Ghosh, Ravindran, Joshi y Stearns, 1998), y también del número de visitas a las salas de urgencia (Bolton, Tilley, Kuder, Reeves y Schultz, 1991).

En la actualidad, el PPE se ha puesto en práctica en diferentes lugares de España bajo la ayuda/patrocinio de instituciones públicas o fundaciones. Como pionera en esta expansión dentro de nuestro país, cabe destacar la Fundación Educación Salud y Sociedad (FESS), que, bajo la dirección del Dr. Manuel Serrano, lo desarrolla en la ciudad de Murcia, a través de cinco-seis pacientes expertos-educadores que orientan a personas con problemas de obesidad/diabetes en la toma de decisiones y en el cumplimiento de objetivos relacionados con su control (pérdida de peso, etc).

El programa "Powerful tools for caregiving" (PTC), derivado del PPE, mantiene un formato de trabajo similar al realizar formación en pequeños grupos, sesiones presenciales durante 4-6 semanas y participación como "facilitadores" tanto de profesionales sanitarios como de cuidadores expertos. Respecto a su contenido, se incluyen aspectos relacionados con las habilidades que pueden conducir a los cuidadores a la reducción del estrés, métodos de autocuidado como instrumento para mejorar su salud, manejo de emociones difíciles, gestión de comportamientos asociados la atención, planificación para el futuro, información acerca de los recursos y aumento de las habilidades de comunicación (<http://www.powerfultoolsforcaregivers.org/>).

Como investigación pionera respecto a la eficacia de este PTC, se muestra la realizada por Kuhn, Fulton y Edelman (2003), la cual presentó una intervención

sobre 155 cuidadores informales con los que se llevó a cabo la formación estándar. Dichos cuidadores fueron considerados para el análisis de resultados como cónyuges (n=48) o adultos jóvenes (n=107). Los datos más destacados del primer grupo fueron las mejoras en relación a su percepción de competencia/confianza ("he aprendido a manejar mi estrés"), el número de actividades de relajación realizadas (leer, rezar, respiraciones profundas, etc.) y el tiempo dedicado al ejercicio, y, en cuanto al segundo, la percepción de competencia/confianza (autoeficacia), el tiempo dedicado tanto a actividades de relajación como de ejercicio y también en las medidas de depresión y vitalidad analizadas (dimensión del instrumento SF-36).

Boise, Congleton y Shannon (2005) realizaron otra investigación acerca del PTC, completada por 257 cuidadores y que buscaba evaluar los efectos del programa sobre la autoeficacia, las conductas de autocuidado y el bienestar emocional a propósito de sentimientos de ira, culpa y depresión hacia el familiar cuidado, así como los conocimientos/uso de servicios médicos. A la finalización de las clases se observaron mejoras significativas en la autoeficacia, el bienestar emocional en relación a menos sentimientos de ira, culpa y depresión, y también en conductas de autocuidado relativas a la práctica de relajación, manejo del estrés y ejercicio, aunque respecto a esta última estrategia no se mantuvieron los efectos positivos pasados 6 meses.

En el año 2008, Won Won, Sizer Fitts, Favaro, Olsen y Phelan aplicaron este PTC sobre 208 cuidadores informales, buscando analizar los efectos de la intervención sobre la autoeficacia, las conductas de riesgo y de autocuidado (ejercicio y relajación/manejo del estrés) y el bienestar psicológico (medido con el inventario de salud mental-MHI/5). La investigación mostró que el programa ayudó a los cuidadores familiares a mejorar su autoeficacia, las conductas de riesgo y aumentar el tiempo dedicado al ejercicio.

También Savundranayagam y Brintnall-Peterson (2010) aplicaron este PTC en cuidadores a partir de pequeños grupos presenciales de trabajo, en los que se les enseñó a manejar sus emociones, comunicarse asertivamente e involucrarse en actividades de autocuidado, entre las que destacaron las modalidades de relajación muscular, respiración profunda e imaginación dirigida. La intervención resultó ser efectiva para mejorar la autoeficacia en los cuidadores familiares, observándose

que esta estaba vinculada con una reducción de conductas de riesgo y con incrementos en el tiempo dedicado a la relajación y al manejo del estrés.

Acerca de la educación en la autogestión en cuidadores, también se ha realizado una versión *on-line*, que ha demostrado reducciones significativas de la sobrecarga, la depresión y el estrés, así como mejoras en la autoeficacia y en algunas medidas que hacen referencia al ejercicio como estrategia de autocuidado (Lorig et al., 2012).

#### **1.4.2 MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS CAMBIOS PROVOCADOS EN LOS CUIDADORES**

Existen varios modelos que permiten explicar cómo las intervenciones presentadas (psicoeducativas, etc.) pueden ayudar a los individuos para alcanzar los necesarios cambios que conduzcan a mejoras.

Entre ellos, cabe destacar el *modelo de creencias de salud* (Becker, 1974), el de *promoción de la salud de Pender* (Pender, 1996; Pender, Murdaugh y Parsons, 2002), la *teoría cognitivo-social de Bandura* (1999) y, por su interés en el ámbito del proyecto terapéutico aquí presentado, el *modelo de estrés y afrontamiento* (Lazarus y Folkman, 1984) y la *teoría del autocuidado de Orem* (1993; 1981).

El *modelo de creencias de salud* (Becker, 1974), de índole cognitivo-conductual, es el primero en la explicación y promoción de conductas de salud.

Se basa en la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa en dos aspectos principales: a) el deseo de evitar la enfermedad (o, si se está enfermo, de recuperar la salud), y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (Becker y Maiman, 1975).

Este modelo pretende explicar los factores que intervienen en la adopción de una conducta saludable y defiende que las decisiones adoptadas por los usuarios en relación con las pautas preventivas o terapéuticas recomendadas guardan una estrecha relación con la percepción subjetiva que estos tienen sobre: el riesgo de caer enfermo (vulnerabilidad percibida); las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída (severidad percibida); las creencias respecto a la efectividad que puedan tener las conductas que los pacientes desarrollan a la hora de enfrentarse con la enfermedad

(beneficios percibidos) y los aspectos que se opongan a su ejecución (barreras percibidas) (López Santos, 2000; Rosenstock, 1974).

Tal y como resumen Moreno San Pedro y Gil Roales-Nieto (2003), este modelo funcionaría entonces desde un hipotético análisis interior de costes y beneficios (creencias coste/beneficio) para el sujeto, quien sopesaría la efectividad de la acción que va a tomar, así como los posibles costes de tomarla.

Estas creencias coste/beneficio también han sido contempladas en otras teorías como la *acción razonada* o la de la *conducta planificada* (bajo la denominación creencias conductuales), y también en la *cognitivo-social de Bandura* (bajo la denominación expectativas de resultados).

Otro de los principales enfoques explicativos de los cambios que se producen en los individuos con intervenciones como las que en este trabajo se plantean es el *Modelo de Promoción de la Salud* (MPS) de Pender (1996). En él se identifican los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de la salud, la cual está motivada a su vez por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano.

Dentro de este modelo destaca la importancia de la valoración, en el individuo, de los factores que se cree que influyen en los cambios de conductas de salud (Pender et al., 2002).

El MPS es similar al de Creencias de Salud, pero se diferencia de este en que en el primero no tiene cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria.

Por este motivo, se amplía el MPS para abarcar las conductas que fomentan la salud y se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida.

La teoría del aprendizaje social de Alberto Bandura, denominada actualmente *teoría cognitivo-social de Bandura* (TCS), examina los sistemas de creencias de los individuos y postula la importancia de los procesos cognitivos dentro de los cambios de conducta (Bandura, 1977; Bandura, 1999).

Según esta teoría, una persona debe creer que puede cambiar un comportamiento particular y que el cambio de ese comportamiento la conducirá a alcanzar el

objetivo (Rosenstock, Strecher y Becker, 1988; Kosma, Cardinal y Rintala, 2002; Mc Kenzie, Neiger y Smelter, 2005). Por ejemplo, un paciente que quiera desarrollar actividades de autocuidado saludables, además de desear la modificación del comportamiento, debe creer que es capaz de lograr modificarlo y que el resultado de ese cambio aumentará su bienestar. Si el paciente decide realizar relajación para sentirse mejor, debe recibir instrucciones claras sobre la forma de realizar los ejercicios y progresar en el programa. La retroalimentación sobre la ejecución de la actividad se suministrará cuando el paciente logre el resultado final; es decir, una mayor sensación de bienestar.

Bandura, a diferencia de otros autores conductistas, confiere una gran importancia a la imitación de modelos de conducta observados durante el desarrollo del individuo, de los cuales aquellos que proporcionan recompensas son los que más tienden a imitarse. Con el tiempo, el individuo aprenderá a valorar la eficacia de una conducta futura (autoeficacia) basándose en una serie de expectativas que le permitirán adelantar sus resultados.

Según este modelo, la idea clave sería que cualquier cambio que quiera hacerse en la conducta del sujeto, sea cual sea el medio o estrategia que se utilice, será eficaz en tanto y cuanto genere en el sujeto la sensación de juzgarse capaz de hacer algo nuevo o algo de lo que antes se sentía incapaz. Desde esta perspectiva, el objetivo de las intervenciones de promoción de salud deberían ser la capacidad, más que el conocimiento de saber hacer algo.

Para Bandura, la autoeficacia es "la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras" y, además de la eficacia personal, contempla la ejercitada a través de un sentimiento compartido. Esta eficacia compartida es definida como la creencia compartida del grupo en sus capacidades conjuntas para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados niveles de logros (Bandura, 1997).

Las expectativas de resultados, que fueron contempladas bajo la denominación de creencias coste/beneficios en el MCS, son otro de los pilares de esta teoría y hacen referencia a las anticipaciones de las consecuencias que producirán las conductas.

En el ámbito de la psicología de la salud estas expectativas de resultados suelen definirse en relación con las conductas de salud que se pretenden promover, actuando como importantes determinantes de estas junto con las expectativas de autoeficacia (Bandura, 1977).

Respecto a las expectativas de resultados, cabe resaltar que no se debe confundirlas con el rendimiento en la ejecución de una conducta, ni con la eficacia para prevenir o controlar un problema de salud, sino que son algo que deriva de la ejecución de una conducta. Para evitar esta confusión, Bandura distinguió tres tipos de expectativas de resultados básicas: *físicas* (cambios en el propio individuo o en su entorno físico); *sociales* (reacciones de aprobación/rechazo por parte de las personas del entorno de la conducta de un individuo) y *autoevaluativas* (emociones ante los propios logros y fracasos y la interpretación que de ellos se haga) (Bandura, 1998).

El modelo de estrés y afrontamiento, propuesto por Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis (1986), se centra en cómo el sujeto hace frente a las demandas que el medio le solicita de forma continuada, siendo considerado por Casado Cañero (2002) como un modelo de clara índole cognitiva ya que en él es fundamental la función perceptiva de atribución.

Este modelo está conformado por dos pilares básicos: la demanda del medio en cuanto a compromiso y los procesos de evaluación de la situación estresante, a los que se suman otros dos elementos de gran interés dentro de él: las expectativas de afrontamiento y las de resultado.

Respecto a la demanda del medio, debe considerarse si esta no afecta al sujeto porque no da lugar a una respuesta de orden emocional y, por tanto, no significa un compromiso físico, ni personal, ni social (irrelevante), o si constituye una situación de estrés para el sujeto y provoca un proceso de evaluación y preparación para una respuesta de adaptación, al producirse una fijación de la atención en ella (relevante).

A propósito de los procesos de evaluación de la situación estresante, cabe determinar lo que la situación significa de riesgo, de peligro respecto al bienestar o incluso de supervivencia (evaluación primaria), y la que hace el sujeto de los recur-

que posee para hacer frente a la demanda del medio (evaluación secundaria), con la cual está íntimamente ligada.

El resultado de estas evaluaciones determinará que la situación sea valorada como reto o desafío, generando sentimientos de eficacia y de logro, si considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación, o de amenaza, desarrollando respuestas ansiosas, si se siente desbordado (Casado Cañero, 2002).

Dentro de este modelo también es importante la valoración de los propios recursos como eficaces o no para hacer frente a la situación, que es lo que determina las expectativas de afrontamiento y la consideración sobre si su puesta en marcha logrará o no controlar la situación, que hará referencia a las expectativas de resultado.

Aunque los modelos cognitivo-conductuales clásicos y el de estrés-afrontamiento han sido los utilizados mayoritariamente en los últimos años para explicar los procesos relacionados en la conducta en los individuos que participan en intervenciones psicoeducativas dentro del ámbito del cuidado informal, en la actualidad se está produciendo una expansión cada vez mayor de la *teoría cognitivo-social de Bandura* (TCS) y del importante papel mediador y/o modulador que supone la autoeficacia percibida por los individuos.

Esto está ocurriendo no solo en el ámbito de las investigaciones realizadas en cuidadores (Kuhn et al., 2003; Boise et al., 2005; Won et al., 2008; Savundranayagam y Brintnall-Peterson, 2010), sino también dentro de la fisioterapia, habiéndose centrado su estudio, dentro de esta última disciplina, en las actuaciones de prevención secundaria y terciaria fundamentalmente (Barlow, 2010).

Para Villamarín y Sanz (2004), la teoría de la autoeficacia de Bandura presenta similitudes con la teoría cognitiva de estrés de Lazarus, ya que la autoeficacia y las expectativas de resultados sobre las propias habilidades de afrontamiento constituyen el núcleo de la evaluación secundaria, la cual supone la valoración de la capacidad personal para hacer frente a las situaciones problemáticas.

Otra teoría que aporta aspectos de interés respecto a las intervenciones que pueden plantearse con cuidadores informales es la *teoría del autocuidado* (Orem, 1981).

Esta teoría va a expresar el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo, ayudando también a definir (junto con las otras dos teorías que componen la Teoría General de Enfermería) una serie de conceptos claves relacionados con el autocuidado, como la capacidad de autocuidado, la demanda de autocuidado o el déficit de autocuidado.

Para Orem (1981), el autocuidado es una función reguladora que las personas deben, deliberadamente, llevar o haber llevado a cabo por sí solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar, e incluye el conjunto de acciones intencionadas que se realizan para controlar los factores internos o externos, los cuales pueden comprometer la vida de la persona y el desarrollo posterior.

Una aplicación concreta del modelo Orem en España es el Modelo de Autocuidados Cotidianos (MAC) (Germán, Romero, Nieto y Bujaldón, 1996), el cual presenta a los dos elementos relativos a la educación que más influyen en el déficit de autocuidado: la falta de conocimientos y la dificultad.

La diferencia entre la falta de conocimientos y la dificultad estriba en que en el primer caso la persona carece de información o tienen ideas erróneas, mientras que en el segundo la información está completa, pero existe poca motivación u otros factores familiares, laborales, etc. que están obstaculizando el autocuidado.

# SALUD, FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

# 2

## 2.1 EL FENÓMENO DE SALUD-ENFERMEDAD

Las intervenciones en las que toman parte los profesionales de la fisioterapia van a tener, entre sus principales objetivos, la optimización del estado de salud de los individuos, que debería ser contemplada desde una visión dinámica.

Esta mirada a la salud como un proceso dinámico ha ido generándose en los últimos años a partir de una serie de teorías y modelos que, partiendo de definiciones clásicas, como la de la OMS de 1946 (“la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la ausencia de enfermedad”), han tratado de facilitar su aplicación.

En 1980, Terris (1980), que opina que la definición de la OMS es utópica, estética y subjetiva, propone considerar la salud como un proceso oscilante que, además de partir de la óptima salud y de la enfermedad, incluya una serie de componentes subjetivos y objetivos ligados a la funcionalidad (Figura 7).

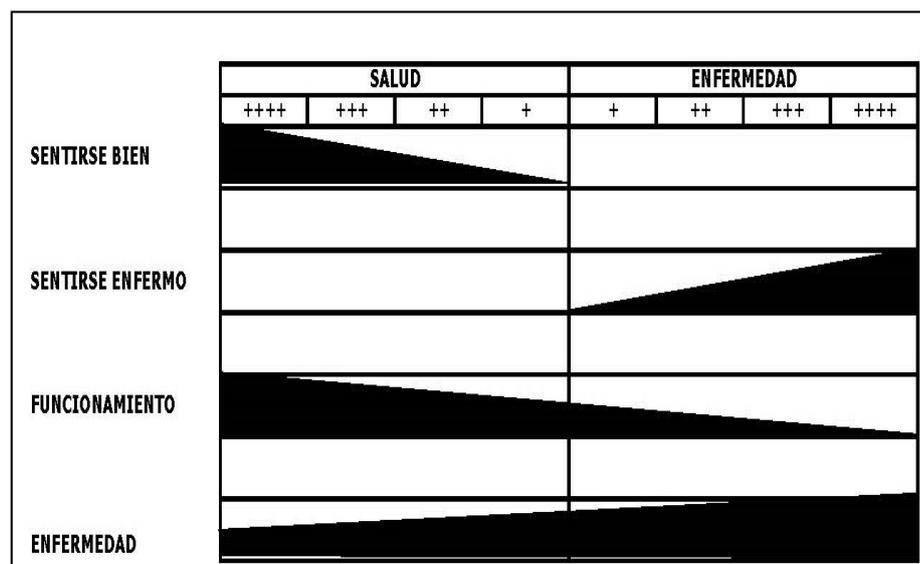


Figura 7. El continuo salud-enfermedad. Aspectos subjetivos y su relación con la enfermedad. Fuente: Modificado de Terris (1980).

Dentro del componente *salud*, lo subjetivo incluiría el sentirse bien en diferentes grados (es decir, el bienestar), mientras que lo objetivo haría referencia al funcionamiento en diferentes grados.

Para el componente *enfermedad*, lo subjetivo sería sentirse enfermo en diferentes grados (es decir, el malestar), mientras que lo objetivo haría referencia a la limitación del funcionamiento en diferentes grados.

Tomando en consideración lo descrito por Terris, Catford (1983) propone contemplar la salud más allá de la idea de la ausencia de enfermedad, cuantificándola en diferentes grados desde el "bienestar" (++++) hasta la "muerte" (----) (Figura 8).

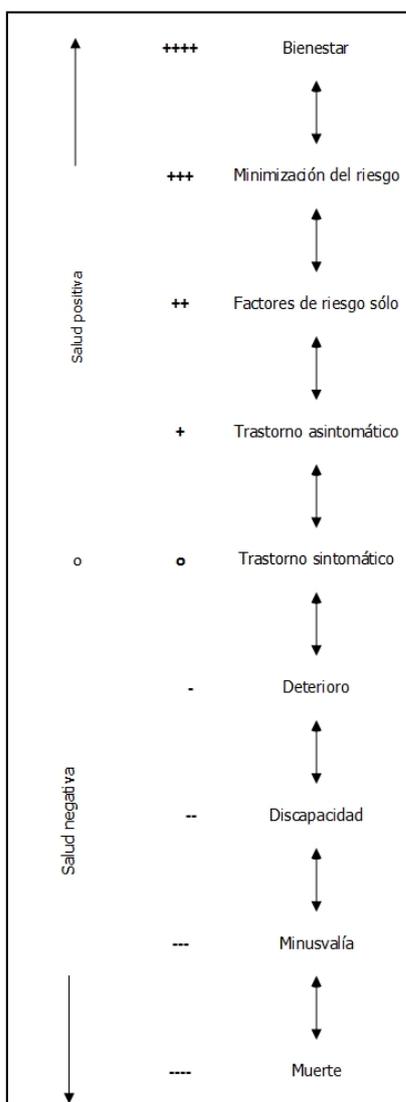


Figura 8. El continuo de salud de Catford. Fuente: Modificado de Catford (1983).

Esta concepción de la salud presenta, como evolución sobre la realizada por Terris, la posibilidad de establecer una mayor objetivación de los diferentes estados del proceso de salud-enfermedad, así como la incorporación de nuevos términos asociados a la pérdida de salud y de función, como los de deficiencia (*impairment*), discapacidad (*disability*) o minusvalía (*handicap*), los cuales han contribuido a la valoración más integral de determinados grupos de enfermos.

Continuando con la idea de la salud como un continuo Salleras (1985) propone un modelo que, partiendo de la muerte como algo que no es evitable y de lo difícilmente alcanzable que es el estado de salud óptimo, plantea los términos de "muerte prematura" y "elevado nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento" como la peor y la mejor de las alternativas posibles.

Dentro de este continuo de salud-enfermedad también se destaca que tanto la salud como la enfermedad pueden verse considerablemente influidas por las condiciones sociales en que viven inmersos, tanto el individuo como la colectividad (Figura 9).

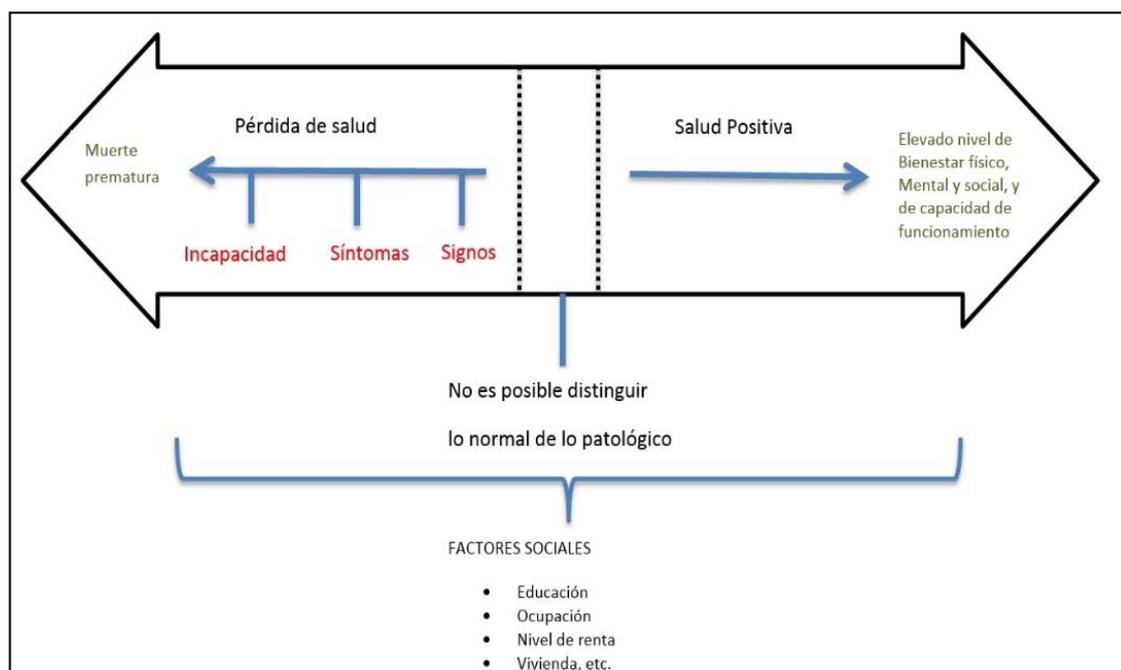


Figura 9. El continuo salud-enfermedad de Salleras. Fuente: Modificado de Salleras (1985).

Partiendo de estas premisas, Salleras presenta una nueva definición de salud ("es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad"), que atribuye una nueva y merecida importancia al contexto.

En 1990, Downie, Fyfe y Tannahill (1990) proponen un modelo, denominado cíclico, que presenta la salud como un estado de equilibrio dinámico, a la vez que resultado de la interrelación entre aspectos físicos, mentales y sociales. En él incluyen un extremo positivo (la salud positiva), conformado por dos componentes: el positivo, que incluye a su vez el verdadero bienestar (que para Downie es el que refleja un proceso de adquisición y desarrollo de actitudes para la vida, mejora de la autonomía y empoderamiento de los individuos) y el *fitness*; y uno negativo (salud negativa), también denominado malestar, que incluiría estados anormales, no deseados o incapacitantes, como la enfermedad (*disease*), la experiencia de padecimiento por parte del paciente (*illness*), la deformidad (*deformity*), los estados no deseados (*unwanted status*), la lesión (*injury*), la incapacidad (*disability*) o la minusvalía (*handicap*) (Figura 10).

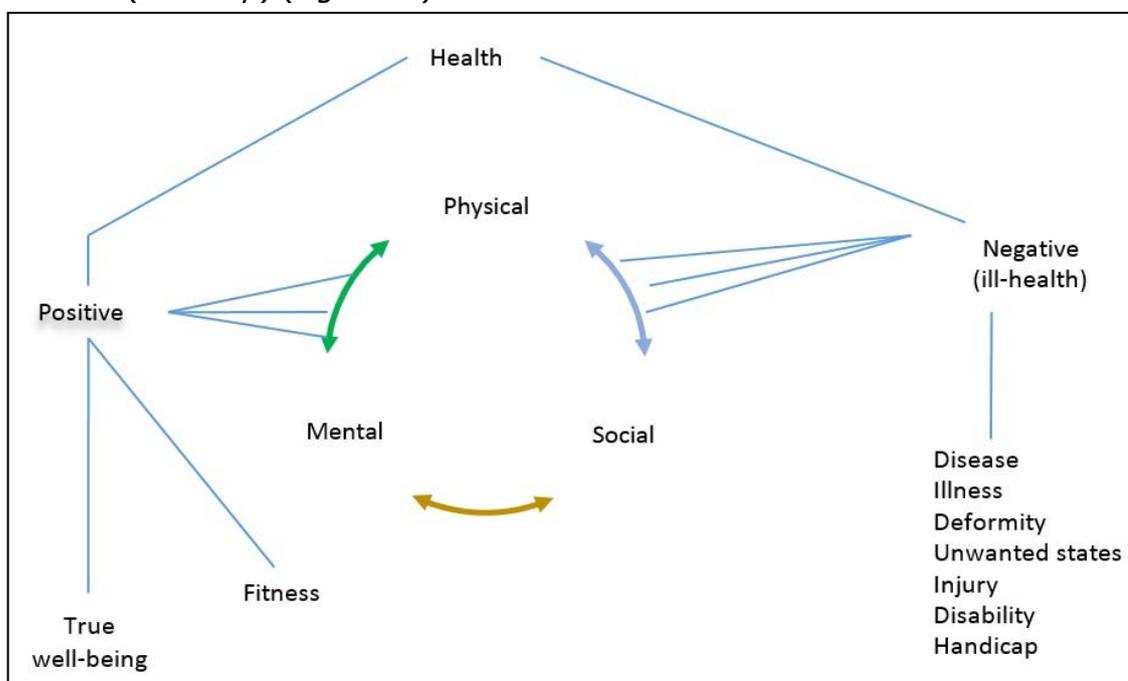


Figura 10. El modelo de salud cíclico de Downie. Fuente: Elaboración propia a partir de Downie et al. (1990).

Como aportación sobre los anteriormente descritos, cabe destacar la influencia sobre las esferas biológica, mental y social de estados tanto positivos como negativos y la concepción del bienestar como estado ligado a la adquisición y desarrollo de actitudes para la vida, la autonomía y el empoderamiento.

Una década más tarde, Devis (2000) propone un enfoque, que plasma en una figura denominada *cuadrante de salud*, basado en la idea de distintos niveles de

salud a lo largo de la vida, según la combinación de aspectos positivos y negativos que se produzca en cada momento.

Dicho cuadrante (Figura 11) muestra la existencia de cuatro grupos posibles de personas en las que se combina de forma diferente la enfermedad y el bienestar: el primero (cuadrante superior-derecho), que sería el estado óptimo de salud, lo conforman personas con bienestar alto y enfermedad baja; el segundo (superior-izquierdo), personas con bienestar y enfermedad altos (personas que se sienten bien, pero desconocen la existencia de una enfermedad mortal); el tercero (inferior-izquierdo), que representa el nivel más desfavorecedor de salud al incluir personas con un bajo nivel de bienestar y enfermedad alta; y el cuarto (inferior-derecho), caracterizado por ausencia de enfermedad a pesar de que se sienten infelices por diversas causas, conformado por personas con baja enfermedad y bajo bienestar.

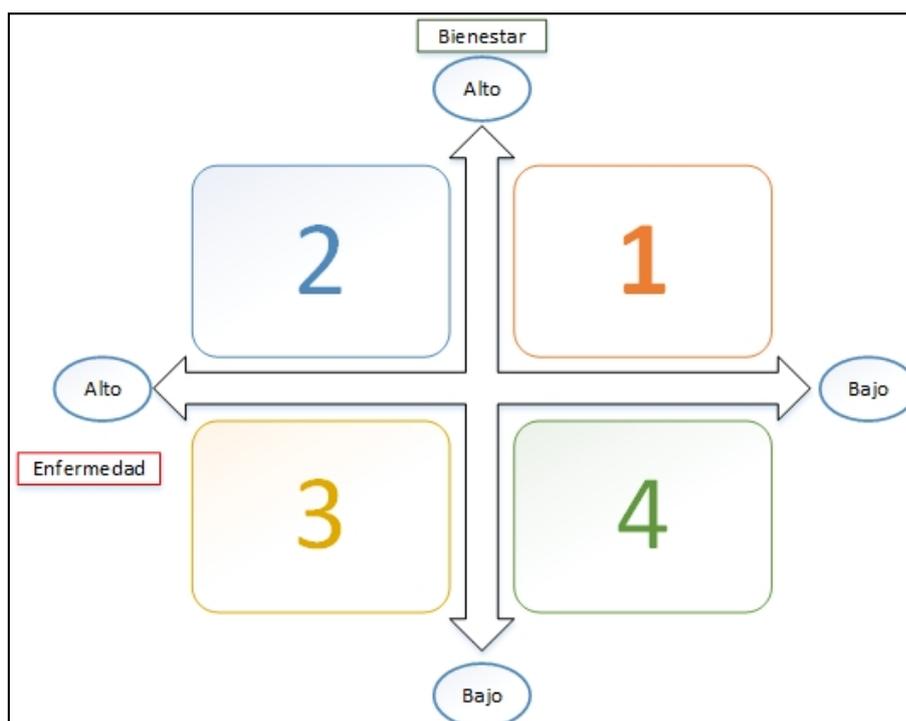


Figura 11. El cuadrante de la salud de Devis (2000). Fuente: Modificado de Chillón Garzón (2005).

Como expansión de este enfoque, Martínez-de-Haro et al. (2011) presentan una figura tridimensional, denominada el *cuco de la salud* (Figura 12), en cuyo interior se encuentran tres ejes que representan un determinado ámbito de la salud (físico, psíquico y social) y que se cruzan en el centro (representando los extremos la óptima o la pésima salud).



Figura 12. Modelo cubo de la salud. Fuente: Modificado de Martínez de Haro et al. (2011).

Esta propuesta presenta como avance respecto a los modelos anteriores la posibilidad de realizar una valoración objetiva del estado de salud general y de cada una de las dimensiones que la componen (asignando el valor 0 a la peor situación y 10, a la mejor), la cual puede ser de ayuda a la hora de prevenir, por ejemplo, riesgos que puedan alterar la práctica de la actividad física, ya sean estos inherentes al estado de la persona (edad, enfermedades, lesiones) o propios de la actividad (lugar de realización, tipo, intensidad, volumen, etc.).

Para Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2010), esta conceptualización de la salud como un continuo también debería ser extendida a otros niveles, entre los que encontraría el funcionamiento y la calidad de vida.

## 2.2 FUNCIONAMIENTO: PERSPECTIVA DESDE LOS MODELOS DE DISCAPACIDAD TRADICIONALES Y DE LA CIF

Los profesionales de la fisioterapia deben considerar los efectos que sus intervenciones van a producir sobre la salud de las personas y sobre otras experiencias con ella relacionadas, como es el funcionamiento.

Este funcionamiento debe ser considerado, al igual que lo es salud, un proceso dinámico, que incluye con condiciones cambiantes que discurren entre la ausen-

cia de deterioro (funcionamiento completo) y la afectación completa (discapacidad) (Figura 13).

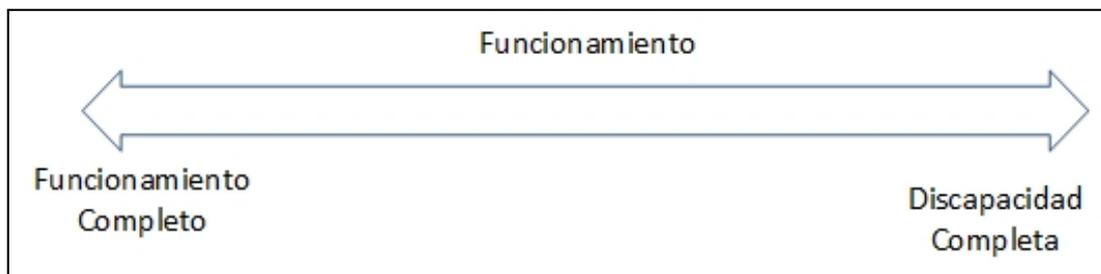


Figura 13. Representación de los conceptos de funcionamiento y discapacidad en la CIF. Fuente: Modificado de Bickenbach, Cieza, Rauch y Stucki (2014).

Esta visión de la funcionalidad como una condición a lo largo de un continuo ha ido desarrollándose a lo largo de los últimos cincuenta años a partir de modelos como el de Nagi (1965), el de Verbrugge y Jette (1994) o la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades e Impedimentos Físicos (CIDDM) (Organización Mundial de la Salud, 1997a).

Aunque los modelos de Nagi y el CIDDM (Figura 14) representan aspectos ligeramente diferentes, ambos mantienen en común la concepción de un estado de salud en relación con el funcionamiento que parte de dos primeros niveles: la enfermedad/patología activa, entendida como anomalías biomecánicas, anatómicas y fisiológicas que se etiquetan como enfermedad, lesión o afecciones crónicas o de desarrollo, y la deficiencia, concebida como la pérdida o anomalía de la estructura anatómica, fisiológica, mental o emocional.

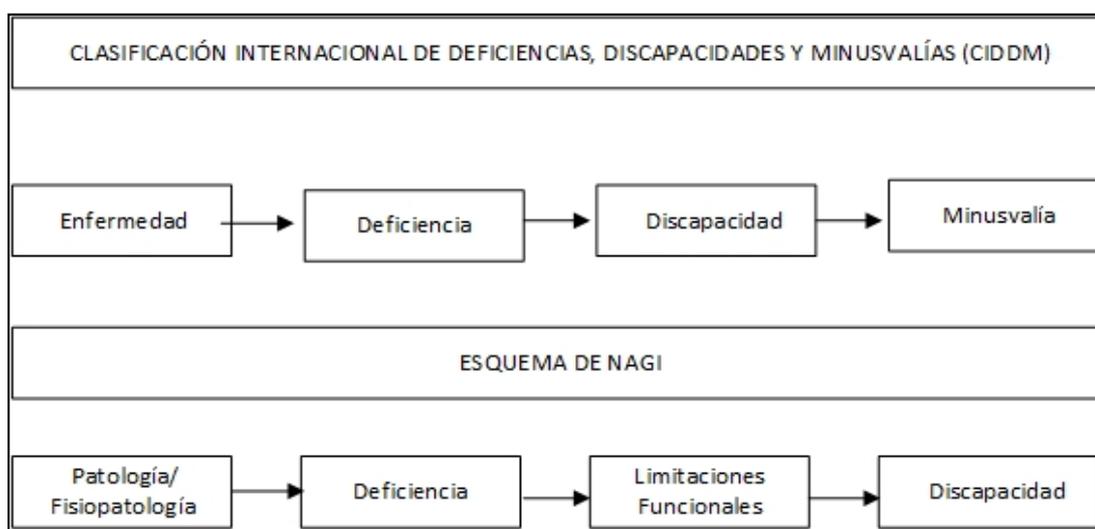


Figura 14. Dos modelos de discapacidad. Fuente: Modificado de Hall y Thein Brody (2006).

A partir de estas premisas, Nagi desarrolló los conceptos de limitación funcional, entendida como la restricción en la ejecución de tareas básicas, y de discapacidad, que sería la restricción/incapacidad para cumplir papeles y tareas definidas socialmente esperadas, dentro de un determinado contexto sociocultural y físico.

Verbrugge y Jetle (1994) toman también como base de su propuesta el modelo de Nagi, para defender la influencia que determinados factores, como, por ejemplo, los asociados al riesgo, tienen sobre las diferentes condiciones del proceso de funcionamiento-discapacidad y sobre estadios previos a la aparición de la patología, es decir, en condiciones que no presentan aún pérdidas de funcionalidad (Figura 15).

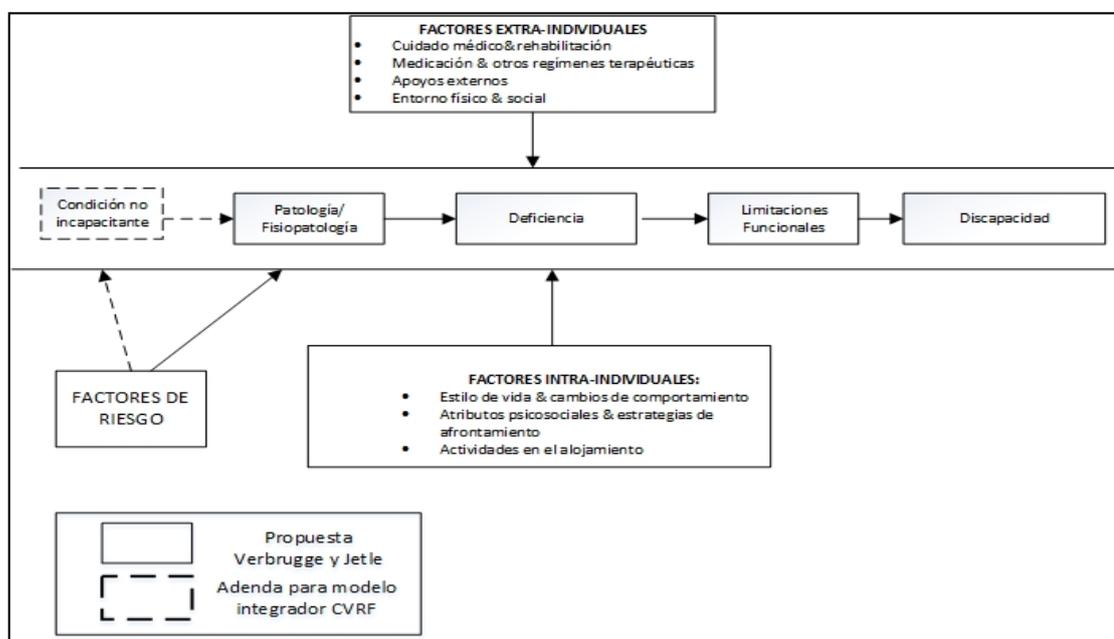


Figura 15. Un modelo del proceso de discapacidad. Fuente: Modificado de Verbrugge y Jetle (1994).

Entre estos factores de riesgo, que han sido definidos como “las influencias o características que predisponen a una persona al proceso de discapacidad” (Kisner y Colby, 2010), se incluirían los de tipo biológico (edad, predisposición genética, etc.), el estilo de vida (sedentarismo, etc.), las características psíquicas (emociones negativas, bajo nivel de motivación, etc.) y otros asociados a los entornos físico y social (barreras arquitectónicas, el apoyo familiar o social limitado, y el nivel socio-económico bajo).

Otro modelo que también está basado en las propuestas de Nagi y el CIDDM es el desarrollado en el año 1977 por el Instituto Nacional sobre Discapacidad e

Investigaciones en Rehabilitación de Estados Unidos (Brandt y Pope, 1997), el cual, además de rechazar la connotación negativa del término minusvalía incluida en la CIDDM, incorpora como novedades la mirada hacia condiciones “no incapacitantes” y el reconocimiento al carácter “reversible” tanto de las limitaciones como de la discapacidad (Figura 16).

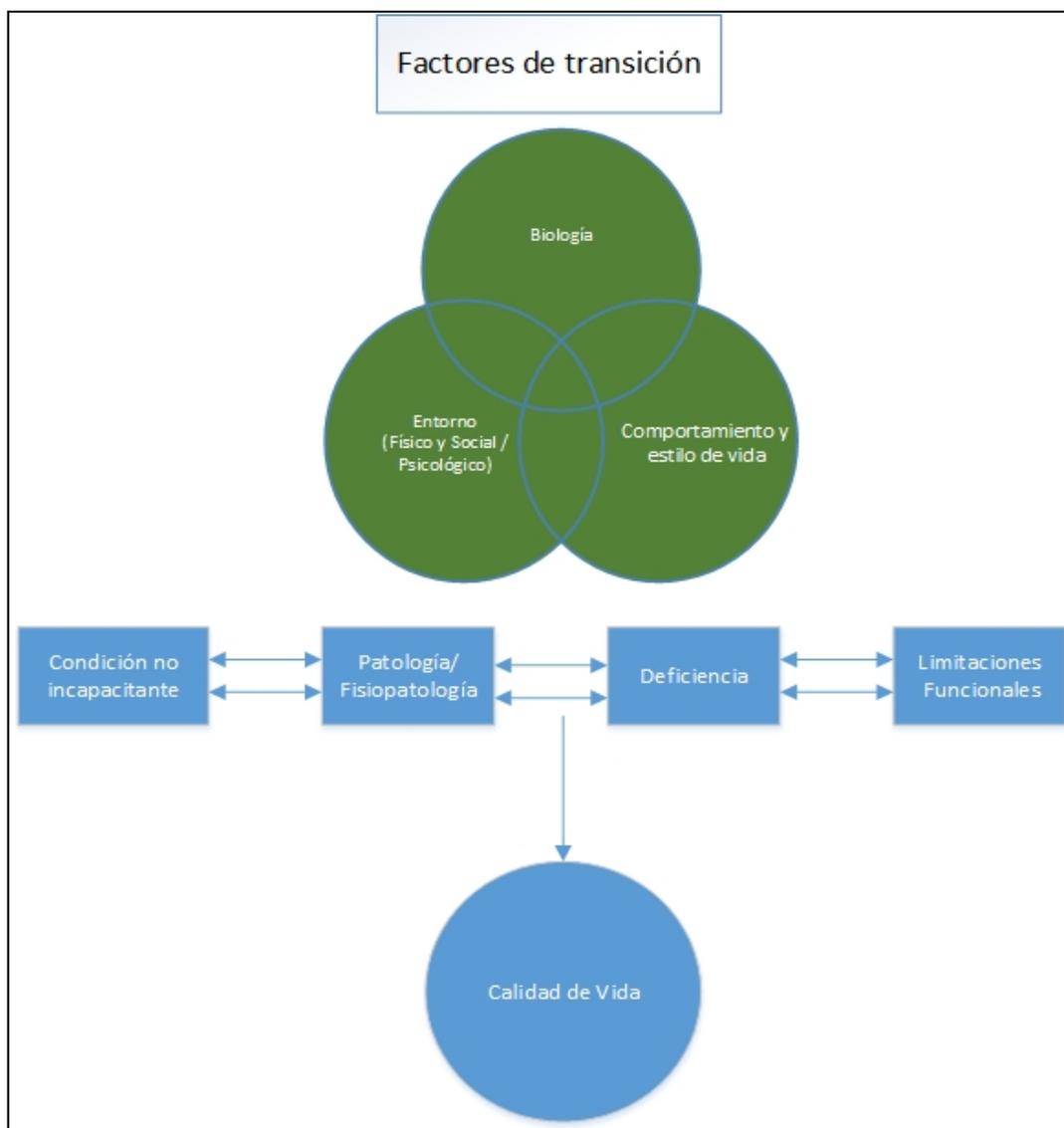


Figura 16. Adaptación del proceso de discapacidad-capacidad del Instituto Nacional sobre Discapacidad e Investigaciones en Rehabilitación de Estados Unidos. Fuente: Modificado a partir de la American Physical Therapy Association (APTA en sus siglas en inglés) (2003).

A partir de estos modelos, ha ido perfilándose la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud, 2001), la cual representa la mirada actual de los profesionales sanitarios a la condición de salud-enfermedad de las personas.

Esta clasificación está conformada por un pilar central, denominado “funcionamiento y discapacidad”, con tres componentes fundamentales (Figura 17):

- 1) Las funciones y las estructuras de los diferentes sistemas corporales –incluyendo las funciones psicológicas y las partes anatómicas del cuerpo, como órganos, extremidades y componentes.
- 2) Las actividades, que serían la ejecución de una tarea o acción por una persona.
- 3) La participación, que se refiere a los actos de desenvolverse/involucrarse en las situaciones sociales.

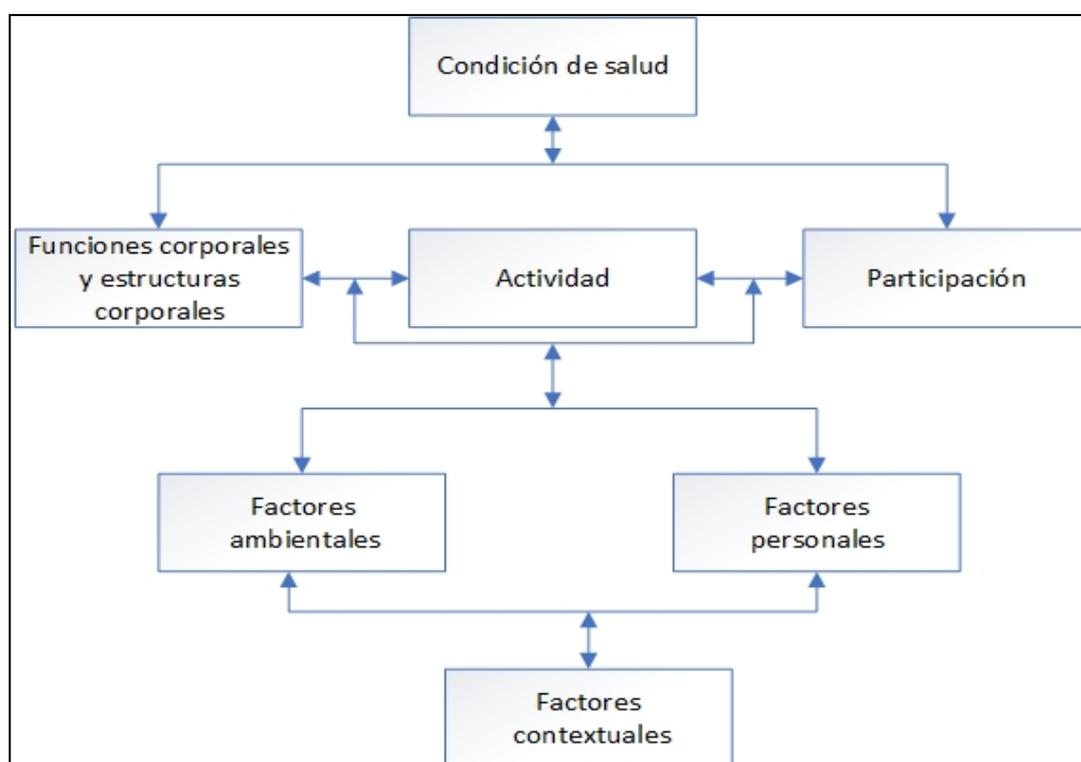


Figura 17. Modelo biopsicosocial del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Fuente: Modificado de Laxe, Bernabeu, López, García y Tormos (2010).

De la interacción positiva de estos tres componentes centrales de la clasificación va a resultar el *funcionamiento*, del cual depende la capacidad de los individuos de desempeñarse independientemente en el hogar, el lugar de trabajo, la comunidad o durante el tiempo de ocio (Kisner y Colby, 2010).

De la interacción negativa resulta la *discapacidad*, que implica la existencia de:

- 1) Deficiencias, es decir, alteraciones de las funciones y estructuras corporales.

- 2) Limitaciones, que serían las dificultades que tiene el individuo para realizar las actividades.
- 3) Restricciones, que son los problemas que los individuos experimentan respecto a la participación.

La CIF también incluye otro dominio, denominado *contextual*, conformado por dos tipos de factores: ambientales y personales.

Los *factores ambientales* constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas, el cual va a tener a su vez efectos variados y complejos sobre la vida de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2001).

A estos factores se los considera elementos vitales del proceso de discapacidad, al actuar sobre la misma como facilitadores (mejorando o incluso eliminando una discapacidad) o como barreras (creando o aumentando la discapacidad), ya sea con su presencia (por ejemplo, actitudes negativas hacia las personas con discapacidades) o con su ausencia (por ejemplo, no tener un servicio social necesario).

Aunque los factores ambientales no han sido todavía concretados en la CIF, sí se contempla la posibilidad de que un conjunto diverso y claramente definido de ellos pueda ser resumido utilizando un solo término. Este podría ser el caso de muchas de las variables estudiadas de manera frecuente dentro del ámbito del cuidado informal, como, por ejemplo, el tiempo dedicado al rol de cuidador o la responsabilidad en el cuidado, las cuales han sido englobadas dentro de esta investigación dentro de una dimensión denominada *características generales de la situación de cuidados*.

Por el contrario, los *factores personales* simbolizarían lo particular que está detrás de la apariencia o intención de vida de una persona, así como su estilo de vida. Dentro de ellos se incluirían, además, los factores asociados al riesgo y de protección, los intereses, las motivaciones, las expectativas, las creencias, la actitud de aprendizaje continuo o la disponibilidad de recursos ya sean estos humanos, materiales, financieros, técnicos o tecnológicos. (Daza Lesmes y Torres Narváez, 2007).

Estos factores personales tampoco han sido determinados en la CIF todavía, pero no se obvia el impacto y la contribución que pueden llegar a tener dentro de las intervenciones socio-sanitarias.

Para Fernández López, Fernández-Fidalgo y Cieza (2010), el modelo de la CIF debería ser utilizado como parte de un marco más amplio de comprensión de las experiencias de salud-enfermedad de los individuos y de actuación de los profesionales sanitarios, en que se incluyesen todas las personas, independientemente de la presencia o ausencia en ellos de enfermedad.

Nosotros también pensamos que esta expansión de la CIF es necesaria en el caso de individuos que no presentan diagnósticos claros de disfunción, pero sí *factores asociados al riesgo* que pueden contribuir a favorecer su aparición.

Este sería el caso de los cuidadores informales, los cuales suelen presentar *factores asociados al riesgo*, susceptibles de ser modificados con intervenciones socio-sanitarias, como por ejemplo la sobrecarga percibida.

Este *factor asociado al riesgo* se encontraría, tal y como ya ha sido presentado en la figura 2, en una posición "mediadora", entre el estresor (cuidado del familiar) y los efectos que éste produce sobre el individuo que lo presta, tanto sobre el funcionamiento (deficiencias, etc), como sobre la calidad de vida.

### **2.3 CALIDAD DE VIDA: ASPECTOS CONCEPTUALES Y RELACIÓN CON LA FUNCIÓN**

En el estudio de los fenómenos de salud-enfermedad no debería olvidarse contemplar otras condiciones importantes para las personas, como la *calidad de vida* (CV).

Este concepto abarca un conjunto de factores, descritos en el modelo de Schalock y Verdugo (2002), que definen su multidimensionalidad, y entre los que se encontraría el bienestar emocional (felicidad, autoconcepto), las relaciones interpersonales (intimidad, familia), el bienestar material (pertinencias, seguridad, trabajo), el desarrollo personal (educación, habilidades, competencias), el bienestar físico (salud, nutrición), la autodeterminación (elecciones, control personal), la inclusión social (participación en la comunidad) y los derechos (privacidad).

Ligado a este constructo se encontraría el de *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS), que hace referencia a la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (Naughton, Shumaker, Anderson y Czajkowski, 1996).

Con el fin de intentar aglutinar los aspectos que mide realmente esta conceptualización, en los últimos años se ha ido desarrollando un esfuerzo de consenso por parte de expertos como los del Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL, 1995), quienes afirman que la misma es un constructo complejo y sintético que integra un conjunto de variables intermedias o dimensiones, cada una de las cuales contribuye a cuantificar un rasgo o aspecto de entre los anteriormente comentados (bienestar emocional, relaciones interpersonales, etc).

Por otra parte, esta CVRS ha sido contemplada dentro de modelos conceptuales que buscan, entre otros objetivos, analizar las variables/medidas de resultado que los estudios científicos sobre dicho constructo suelen incluir.

Entre estos modelos cabe destacar el de Wilson y Cleary (1995) (MWC, en su abreviatura en español), el cual categoriza las medidas de resultado sobre CVRS en cinco bloques: 1) factores bio-fisiológicos, 2) estado de síntomas, 3) estado funcional, 4) percepción general de salud (medida a través de una sola pregunta sobre salud general), y 5) calidad de vida.

Este modelo también guarda una importante consideración hacia el impacto y la influencia que, sobre la CVRS, va a tener el contexto que rodea a las personas, el cual es observado a través de las características personales y del entorno.

También Rodríguez, Mayo y Gagnon (2013) plantean un modelo conceptual de CVRS en individuos con cáncer avanzado, en el que presentan, a partir de las categorías contempladas en el MWC, gran cantidad de medidas informadas (Figura 18). A propósito de su contribución en la evaluación y el tratamiento de la calidad de vida de estos pacientes, los autores destacan el apoyo social, seguido de la percepción general de salud, la energía, la función social, la función psicológica y la función física.

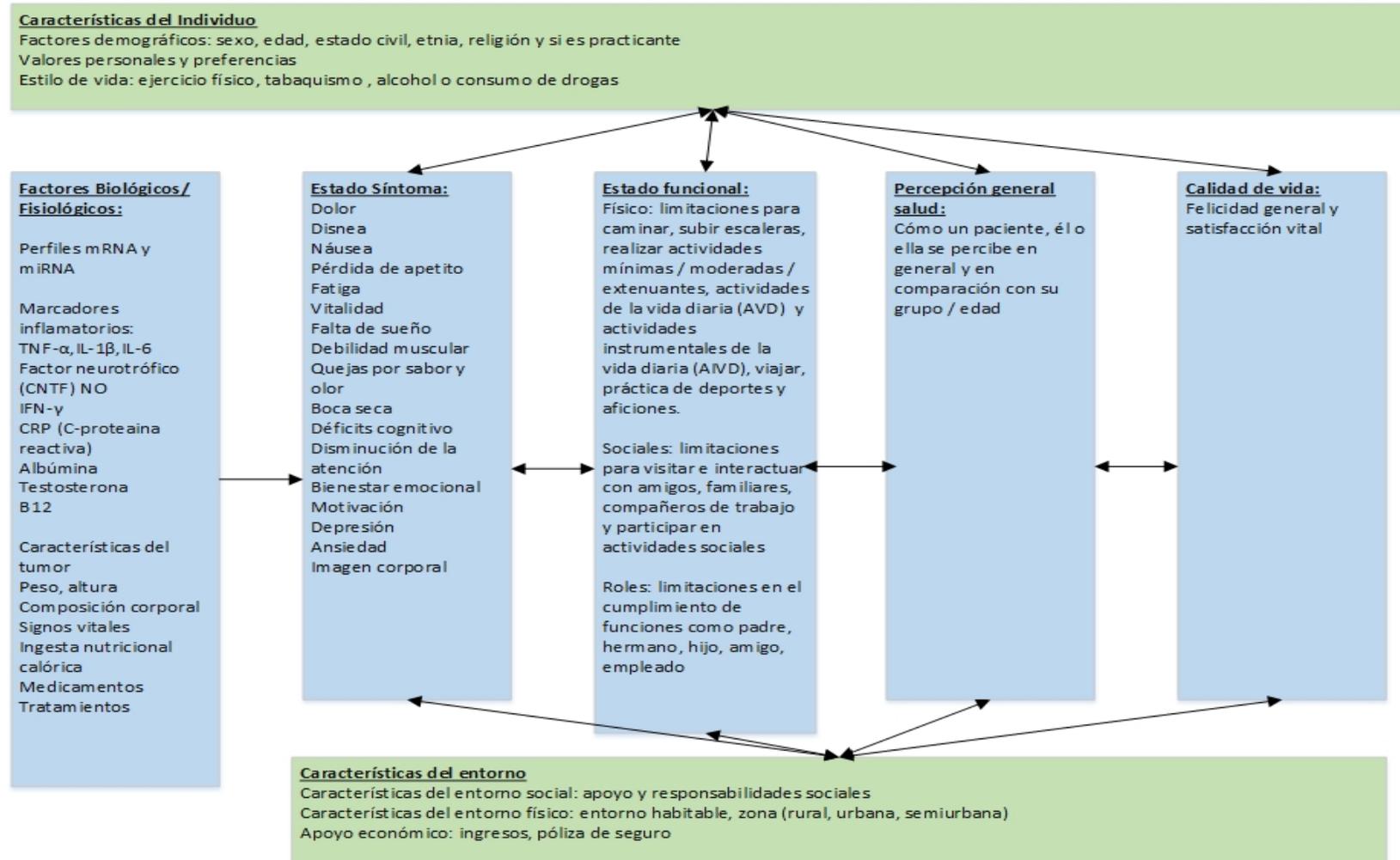


Figura 18. Modelo de Wilson y Cleary de calidad de vida relacionada con la salud en individuos con cáncer avanzado. Fuente: Rodríguez, (2012). [Reproducido con autorización del propietario del copyright].

Como evolución del modelo de CVRS de Wilson y Cleary, se han planteado otros, que se sustentan sobre un emergente término, el de "*resultados percibidos por el paciente*" (*Patient Reported Outcomes-PRO*) (Revicki, Gnanasakthy y Weinfurt, 2007), basado en la fuente de información utilizada para evaluar las variables intermedias o dimensiones que lo conforman, y que es el propio individuo.

Entre los enfoques que conforman este marco conceptual de los PRO, se encontraría la iniciativa *Patient Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS)(<http://www.nihpromis.org/>), que tiene como objetivo generar medidas de resultados referidas por los pacientes a partir de bancos de ítems calibrados sobre diferentes dominios unidimensionales, como, por ejemplo, la fatiga o la sensación de dolor (Cella et al.; 2010).

Dentro de este marco conceptual basado en los PRO, también se encontraría el *modelo integrador de medidas de resultados percibidos por el paciente* planteado por Valderas y Alonso (2008).

Esta propuesta (Figura 19), se presenta a su vez como una expansión del modelo de WC que, al asociar los niveles de detalle de la CIF, se centra más en la función.

Dentro de este modelo integrador cabe destacar la inclusión, dentro del componente *estructuras y funciones corporales*, de las medidas de resultados relativas a los factores biológicos-fisiológicos y el estado sintomático, así como la incorporación del estado funcional dentro de *actividades y participación*.

Este modelo contempla además las categorías *percepción general de salud* (medida a través de una sola pregunta), *CVRS* y *contexto* (conformado por los factores personales y ambientales), e incorpora una nueva dimensión, denominada *otros resultados de salud*, que incluye medidas de resultado como la resiliencia o la satisfacción con los servicios de salud

Tanto el modelo de WC como el de Valderas y Alonso, van a sustentar, en gran parte, la propuesta conceptual que nosotros planteamos y que busca, entre otros objetivos, integrar lo relativo a la CV y al funcionamiento, observado desde los niveles de detalle de CIF, dentro de un nuevo constructo: *calidad de vida relacionada con la función (CVRF)*.

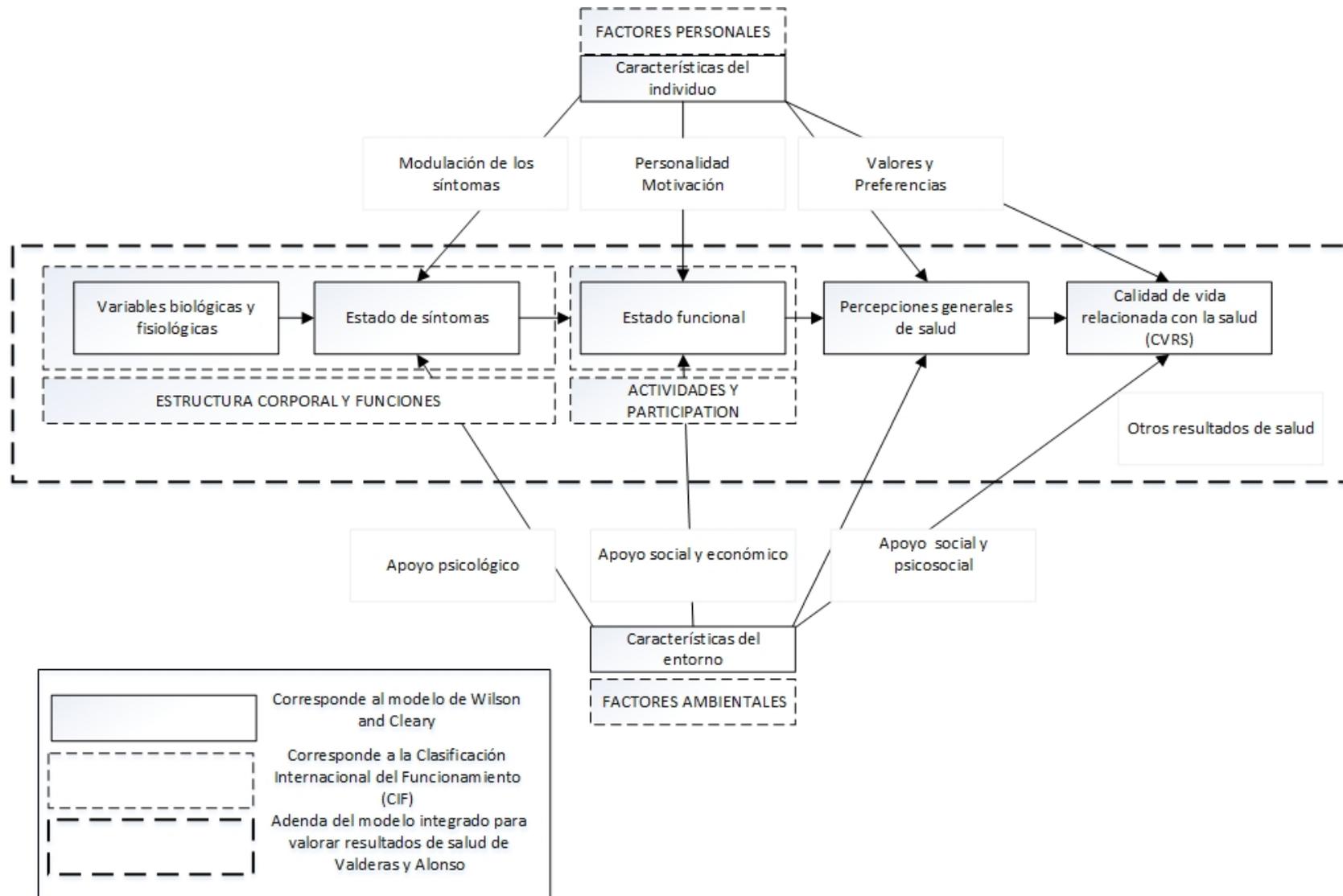


Figura 19. Modelo integrador para evaluar resultados de salud. Fuente: Valderas y Alonso, 2008. [Reproducido con autorización del propietario del *copyright*, Ed. Springer.].

Este constructo de CVRF pretende aunar lo relativo a la calidad de vida y al funcionamiento y favorecer un uso unificado de dichas conceptualizaciones a lo largo de las diferentes fases del plan de atención en Fisioterapia (diagnóstico, objetivos, etc.), desde la mayor o menor ponderación de una u otra en función del contexto en el que se desarrollen las intervenciones (pacientes crónicos, etc).

Dentro del dominio *funcionamiento* de la CVRF se van a reconocer a su vez dos dimensiones: la física y la psicológica.

### **2.3.1 FUNCIONAMIENTO FÍSICO**

El *funcionamiento físico* va ser un elemento de vital importancia en la vida de las personas, ya que determina la capacidad con que estas se manejan con autonomía dentro de la sociedad, participan en distintos acontecimientos y, en general, enriquecen sus propias vidas y las de otros (Garatachea Vallejo, 2006).

Esta dimensión del funcionamiento, que también ha sido descrita como “el grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos” (WHOQOL Group, 1995), está conformada a su vez por una serie ciertamente amplia de componentes, entre los que se incluyen (Figura 20) (Kisner y Colby, 2010):

- 1) La movilidad: es la capacidad funcional de las articulaciones para moverse en todo su arco de movimiento. Es específica de cada articulación/región y depende de las características funcionales tanto de las estructuras articulares y extraarticulares (cartílago, cápsula, líquido sinovial, músculos, ligamentos y tendones), como de los sistemas de control neuromuscular del movimiento. En este trabajo se ha empleado de forma intercambiable con el término de flexibilidad.
- 2) La aptitud cardiorrespiratoria: es la capacidad de realizar movimientos corporales repetitivos de baja intensidad (caminar, nadar) durante un lapso prolongado.
- 3) El rendimiento/desempeño muscular: es la capacidad del músculo de producir fuerza, potencia y resistencia a la fatiga muscular.
- 4) El control/coordinación neuromuscular: es la interacción de los sistemas sensitivo y motor, los cuales permiten trabajar en la secuencia correcta para generar movimiento coordinado.

5) El equilibrio: incluye la capacidad de alinear los segmentos corporales y de mover el cuerpo en equilibrio con la gravedad, a través de la interacción de sistemas sensitivos y motores.

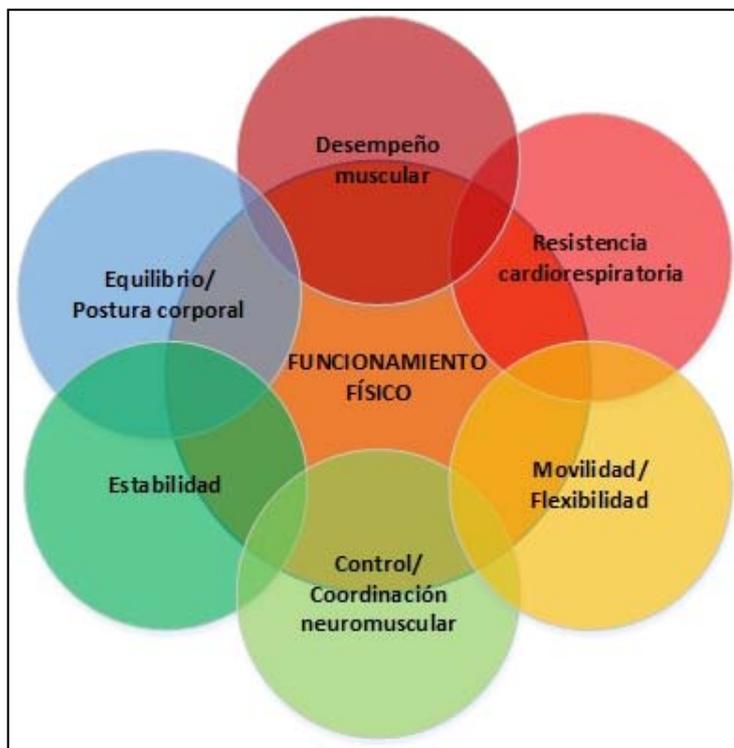


Figura 20. Aspectos interrelacionados del funcionamiento físico. Fuente: Modificado de Kisner y Colby, 2002.

La alteración de uno o varios de estos componentes debido al deterioro de uno o más de sistemas corporales que los controlan (p. ej., el neuromúsculo-esquelético) puede provocar la aparición de deficiencias (p. ej., pérdida de movilidad), limitaciones de la actividad o restricciones de la participación (Figura 21), de entre las cuales las primeras van ser modificadas de forma más significativa por las intervenciones de fisioterapia (Hall y Thein Brody, 2006).



Figura 21. Pérdida de la condición de salud según la visión de la CIF. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].

El término de *funcionamiento físico* ha sido frecuentemente utilizado en el ámbito de las ciencias de la salud y del deporte de manera intercambiable al de *condición física funcional*, la cual ha sido descrita como la capacidad relacionada con la habilidad para desarrollar diariamente actividades con vigor (Pate, 1988).

Dicha condición, que también es considerada una manifestación de rasgos y capacidades asociadas al bajo riesgo de aparición de enfermedades hipocinéticas, está vinculada a una serie de componentes (Tabla 1) que pueden verse influidos, ya sea favorablemente o negativamente, por el entrenamiento.

Condición física	Condición física funcional
Agilidad. Potencia. Resistencia cardio-respiratoria. Fuerza y resistencia muscular. Composición corporal. Flexibilidad. Velocidad. Equilibrio.	Composición corporal. Flexibilidad. Resistencia cardio-respiratoria. Fuerza y resistencia muscular.

Tabla 1. Componentes de la condición física y la salud. Fuente: Modificado a partir de Devís y Peiró (1993; 2000).

Autores como Cott et al. (1995) y Allen (2007) contemplan algunos de estos componentes como la flexibilidad, la fuerza, la velocidad o la resistencia, como dimensiones, a un nivel micro (órganos y sistemas), del movimiento corporal humano (MCH), dentro del cual también se interrelacionarían los niveles meso y macro (medio ambiente y sociedad).

### 2.3.2 FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO

Las definiciones que hacen referencia al *funcionamiento psicológico* pueden variar de unos autores a otros, pero de manera general se puede afirmar que se refiere al grado en que el sufrimiento psicológico, la ansiedad, la depresión y la falta de bienestar emocional interfieren en las actividades diarias de las personas (WHOQOL Group, 1995).

Estas condiciones psicológicas pueden ser contempladas, tal y como se propone en esta tesis doctoral, desde un enfoque que, además de considerar lo relativo al funcionamiento, sea integrador con la psicología clínica tradicional, al considerarlas desde las perspectivas más próximas al ámbito humanístico positivo (bienestar) y negativo (malestar).

### 2.3.2.1 FUNCIONAMIENTO POSITIVO

A nivel conceptual, el funcionamiento positivo va a estar frecuentemente asociado al *bienestar*, el cual está caracterizado por su multidimensionalidad y complejidad. Ésto nos lleva a la necesidad de reconocerlo, además de como proceso activo dirigido a mejorar el estilo de vida (Donatell, Snow y Wilcox, 1999), desde las dos principales perspectivas y tradiciones que hoy en día lo sustentan: la relacionada con las emociones y experiencias positivas (bienestar hedónico), y la ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico) (Ryan y Deci, 2001).

El estudio del bienestar ligado a la tradición hedónica, es decir, el subjetivo, va a centrar su interés en dos concepciones: la satisfacción con la vida, entendida como juicio o medida a largo plazo de la vida de un persona, y la felicidad, como balance global de los afectos positivos y negativos que provoca una experiencia inmediata (Díaz et al, 2006).

El enfoque más ligado a la tradición eudainómica y, por lo tanto, a Aristóteles, va a poner, por el contrario, el foco de sus miras en el bienestar, el ligado al desarrollo de capacidades y el crecimiento personal, es decir el psicológico (González-Cabanach, Freire Rodríguez, Piñeiro Aguín y González Millán, 2010).

Estas dos concepciones han sido fusionadas para un más fácil manejo en un modelo multidimensional de bienestar que está conformado por seis dimensiones (Díaz et al, 2006; González-Cabanach et al., 2010; Ryff, 1989):

- La autoaceptación. Es uno de los criterios centrales del bienestar psicológico y hace referencia al autoconcepto del individuo, tanto en su dimensión de imagen (autoimagen) como valorativa (autoestima).
- La autonomía. Representa el grado en que la persona se siente libre para poner en marcha comportamientos de su elección, así como la necesidad de mantener su independencia y autoridad personal y asentarse en sus propias convicciones.
- Las relaciones positivas con otras personas. Es un protector del aislamiento y la pérdida de apoyo social y la soledad.
- El dominio del entorno. Determina la habilidad personal para elegir y crear entornos propicios para satisfacer sus propias necesidades y desarrollarse óptimamente,

así como la sensación de mayor control y la capacidad de influir en el mundo que nos rodea.

-El propósito en la vida. Hace referencia a los objetivos que permitan dotar a la vida de mayor sentido y la delimitación de metas personales.

-El crecimiento personal. Simboliza el esfuerzo del individuo por continuar creciendo y desarrollando al máximo todas sus potencialidades.

Este bienestar está siendo en los últimos años el objetivo principal de una serie de enfoques terapéuticos, basados en la psicoterapia positiva (Seligman, Rashid y Parks, 2006) y en prácticas como la meditación (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek y Finkel, 2008), los cuales tratan de aliviar algunos de los estados tradicionalmente ligados al malestar, como, por ejemplo, la ansiedad o depresión (Sin y Lyubomirsky, 2009).

### **2.3.2.2 FUNCIONAMIENTO NEGATIVO**

Dentro del *funcionamiento negativo* estaría incluida una serie de trastornos que la psicología clínica tradicional ha venido considerando bajo el paraguas del "malestar", el cual ha sido definido como "la sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se haya ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria" (Hasting Center, 2004).

Entre esos trastornos emocionales más frecuentes y por su especial consideración en este proyecto, cabe destacar la *ansiedad*, que supone la representación de un tono hedónico negativo (Fernández-Abascal, 2003).

Esta ansiedad ha sido definida como una reacción emocional frente a un estímulo indefinido o inespecífico, con manifestaciones en los diferentes niveles de respuesta de la persona. Es una de las respuestas más estudiadas dentro del ámbito de la psicología, con autores como Selye (1974) (teoría del síndrome general de adaptación) y Lazarus y Folkman (1986) (teoría cognitiva del estrés), que describen diferentes concepciones teóricas en torno a ella y a sus causas.

Diferenciarla del estrés es no es una tarea fácil. Esto es debido a que uno de los elementos más característicos de la ansiedad es la percepción de amenaza y a

que, en la concepción del estrés, resulta central la relación de demandas y recursos relacionados con la valoración de la amenaza (González-Cabanach, 2007).

Fisiológicamente, esta ansiedad se expresa a través de manifestaciones del sistema nervioso autónomo, tales como aumento de la frecuencia cardíaca y/o respiratoria, elevación de la tensión arterial, sudoración, temblores, etc.

Dentro de la ansiedad, y como emoción compleja que es, es posible distinguir la ansiedad-estado (AE) y la ansiedad-rasgo (AR).

La ansiedad-estado está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Su validez descansa en el supuesto de que el sujeto evaluado entiende claramente las instrucciones referidas al "estado" y refleja sus impresiones sobre lo que siente "en ese momento". Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Se ha observado que las puntuaciones AE aumentan como respuesta a diferentes tipos de tensión y disminuyen como resultado de las técnicas de relajación (Bermúdez Moreno, 1978).

La ansiedad-rasgo señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad-estado.

De manera general, los sujetos con mayor ansiedad-rasgo presentarán mayor ansiedad-estado (porque ven muchas más situaciones amenazadoras) y son más propensos a responder con un aumento de ansiedad-estado en situaciones de relaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza de la autoestima.

# PREVENCIÓN DEL DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIÓN DESDE LA FISIOTERAPIA 3

## 3.1 PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL COMO BASE DE LAS INTERVENCIONES FISIOTERAPÉUTICAS

El objetivo de los fisioterapeutas debería ser siempre el prestar una atención de calidad que, además de emplear los mejores medios materiales disponibles, tenga en cuenta perspectivas como la biopsicosocial (Engel, 1977), la cual basada en las influencias biológicas, psicológicas y de carácter social (Figura 22) que se dan en los procesos de la salud-enfermedad que afectan a las personas (Sánchez Bañuelos, 1996).

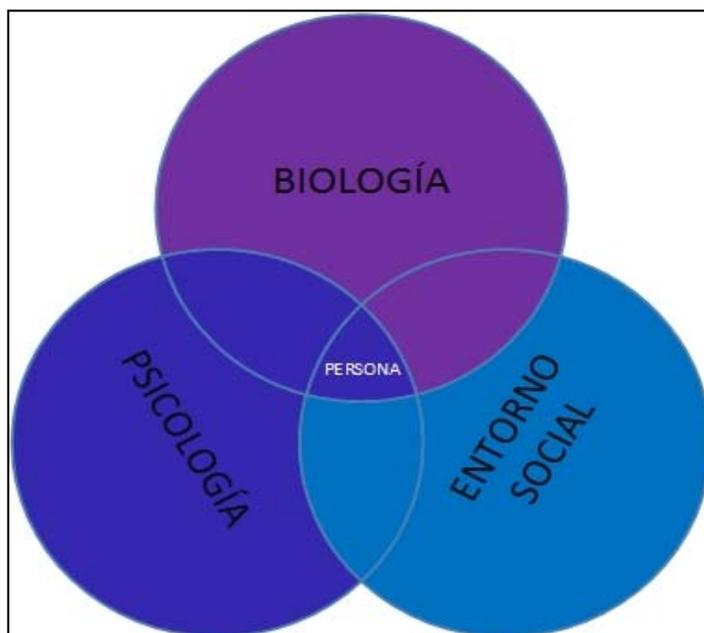


Figura 22. El modelo biopsicosocial. Fuente: Modificado de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Fisioterapeutas (American Physical Therapy Association, 2014).

Desde esta perspectiva, que supone una superación del modelo biomédico tradicional, también va a ser importante establecer una relación de equilibrio entre el paciente y el profesional de la salud, donde la responsabilidad esté compartida y el primero participe activamente en el proceso asistencial, pasando de ser mero objeto a sujeto del acto clínico (Engel, 1981; Holman y Lorig, 2000).

Esta perspectiva está siendo de ayuda a la disciplina de la Fisioterapia, no solo para aproximar a ella elementos sociales y aclarar el contexto de las actuaciones que van más allá del control de la alteración funcional y biológica del movimiento corporal (Prieto Rodríguez y Naranjo Polania, 2005), sino también de cara a conformar gran parte de su conceptualización.

A propósito de su inclusión en aspectos conceptuales, cabe destacar en primer lugar la propia definición de *acto fisioterapéutico* desarrollada por el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (2012), que viene a decir que este se realiza “basándose en las consecuencias de las alteraciones del estado de salud en el movimiento y con el objetivo de prevenir, tratar y reeducar tales alteraciones, restaurando el movimiento funcional en un entorno biopsicosocial y en todas las áreas clínicas y ámbitos laborales”.

Este enfoque biopsicosocial también sustenta a la Clasificación Internacional de la Funcionalidad, de la Discapacidad y de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2001), que resulta el marco de razonamiento clínico más adecuado para la toma de decisiones en la práctica clínica hoy en día.

En nuestro país, esta clasificación marco ha activado un debate profesional de creciente interés en los últimos años, principalmente relacionado con el establecimiento de diagnósticos, abanderado por fisioterapeutas que forman parte de comunidades cada vez más numerosas, dentro de la denominada “Fisioterapia 2.0” (<http://fisioterapiasinred.com/encuentro-cif-y-fisioterapia/>).

Este mismo enfoque también avala disposiciones relacionadas con la autonomía y la dependencia, de gran interés para los fisioterapeutas, como es la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la cual valora como aspectos fundamentales la inclusión y participación social, la autodeterminación y el bienestar integral –emocional, físico y material– (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006).

A propósito del desarrollo del enfoque biopsicosocial dentro de contextos terapéuticos, no solo diagnósticos, cabe destacar los abordajes relacionados con el sufrimiento y el dolor en contextos de cronicidad, que están ayudando a comprender el papel mediador/modulador de determinadas atribuciones psicosociales, co-

mo la autoeficacia o las estrategias de afrontamiento (Lorimer Moseley, Nicholas y Hodges, 2004; Hay et al., 2005).

Este enfoque biopsicosocial también forma parte del trasfondo de la *teoría del espectro continuo del movimiento* desarrollada por Cott et al. (1995) y Allen (2007), que contempla el movimiento, una de las principales herramientas de trabajo de la Fisioterapia, como un elemento que debe ser observado tanto desde un nivel *micro*, que incluiría lo molecular, subcelular, celular, tejidos, órganos y sistemas, como *meso y macro*, estrechamente vinculados al medio ambiente y a la sociedad.

La mirada al enfoque biopsicosocial desde la disciplina de la Fisioterapia también abarcaría otros aspectos de la práctica clínica diaria, como es la capacidad de sus profesionales de participar en el cuidado del paciente/cliente, junto con psicólogos, enfermeros o trabajadores sociales, así como de solicitar interconsultas o derivar (American Physical Therapy Association, 2014).

Este progresiva expansión que se ha ido sucediendo en los últimos años hacia intervenciones fisioterapéuticas que tengan más en cuenta los aspectos psicosociales también ha sido apoyada desde profesionales que utilizan los entornos virtuales (blogs principalmente) como plataformas de divulgación de sus maneras de trabajar y de entender las actuaciones dentro de la disciplina (<http://enfoquebiopsicosocial.blogspot.com.es/>).

De manera más restrictiva acerca de la verdadera aplicación de este enfoque, Villamarín y Sanz (2004) afirman que este sólo se adopta plenamente cuando se analiza la influencia de los problemas de salud sobre condiciones centradas en las "perspectivas más humanas", como son el bienestar o la calidad de vida.

Asumir este enfoque biopsicosocial como marco conceptual en muchos de los ámbitos de la disciplina, como, por ejemplo, las intervenciones de prevención en todos sus niveles (primario, etc.), no implica cambiar el principal foco de mira de la Fisioterapia, el ámbito biológico, pero sí hacer un esfuerzo por ampliar e integrar otros elementos (Jull y Moore, 2012).

## 3.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD

La *promoción de la salud* es un concepto complejo y bastante discutido ya que está basado en la condición de salud, algo que, como ya hemos visto, es en sí mismo multidimensional y abierto a diversas interpretaciones (Terris, 1980; Salles Sanmartí, 1985; Organización Mundial de la Salud, 1986).

Entre lo que mantienen en común muchas de esas definiciones, estaría el desplazar la atención desde el profesional sanitario hacia el paciente/cliente y el enfatizar la necesidad de capacitarlo para que tenga más opciones y control sobre los aspectos de su vida que afecten a su salud.

Este es caso, por ejemplo, de la definición contemplada en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1986), documento que emana como conclusiones de la I Conferencia de Promoción de Salud y que la define como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren”.

A partir de estas premisas se entiende entonces que no se trata de lograr únicamente que la salud sea buena, sino también de conseguir que el individuo pueda desarrollar un potencial que le permita cambiar su situación vital y funcionar al máximo de su capacidad y satisfacción percibidas (Bruhn y Cordova, 1977).

Para Bunton y Macdonald (2002), el término de *promoción de la salud* se refiere a aquellas estrategias que no solo intentan prevenir la enfermedad en su más amplio sentido, sino también mejorar el bienestar y la calidad de vida.

Por su parte, Naidoo y Wills (1998) entienden que la *promoción de la salud* debería de incluir aspectos como la prevención de la enfermedad, la educación y la información sanitaria, la reforma pública de la sanidad y el desarrollo de la comunidad; incluso, llegan a afirmar que los profesionales que estén implicados en ella deberían potenciar enfoques basados en la salud, no en la enfermedad, para capacitar a los pacientes/clientes.

A propósito del tipo de prácticas que se han de realizar dentro de dicha promoción, la OMS (1998), a través del grupo European Working Group on Health Promotion Evaluation, ha realizado una propuesta en la que defiende el cumplimiento de los siguientes principios:

- La participación: implicar a las personas participantes en la planificación, desarrollo y evaluación.
- El carácter holístico: fomentar la salud física, mental, social y espiritual.
- El carácter intersectorial: implicar la colaboración de las instituciones en sectores relevantes.
- La equidad: estar guiadas por preocupaciones como la justicia social y la equidad.
- La viabilidad: producir cambios que los individuos y las comunidades puedan mantener una vez que la financiación inicial haya terminado.
- La multiplicidad de estrategias: utilizar una variedad de estrategias y métodos combinados, que incluyan el desarrollo de políticas, el cambio organizativo, el desarrollo comunitario, la legislación, la educación y la comunicación.
- La capacitación o empoderamiento de los individuos y las comunidades.

En esta línea han sido realizadas diferentes propuestas a nivel nacional como, por ejemplo, la de la Cooperativa Integral Catalana, que considera la *promoción de la salud* como “una forma explícita de mejorar la participación del individuo en la responsabilidad de su salud” (Cooperativa Integral Catalana) (<http://cooperativa.cat/es/sistema-publico-cooperativo/salud/>).

Para esta entidad asociativa, la *promoción de la salud* tendría que ser compatible con una atención de salud prestada desde un modelo integral holomédico (biopsicosocial, cultural, ético y espiritual), centrado en la persona-sujeto y en el que el trabajador de la salud actúe como educador-prestador de servicios de salud.

Entre los objetivos que propone este modelo de atención integral estarían:

- 1) Aumentar la satisfacción de las personas acercando la atención de la salud a la población beneficiaria y mejorando la capacidad resolutoria en pro de la autogestión de su salud.
- 2) Aumentar las acciones de promoción y preservación, sin menosprecio de las acciones curativas, buscando impactar a largo plazo en la condición de salud.

- 3) Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación gracias a los cuales la persona y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambios de su propia situación de salud (salud autogestionada).
- 4) Prestar una atención de calidad, acorde a los nuevos requerimientos de la atención de salud pública, y basada en la formación y experiencia de los profesionales como "facilitadores de salud".

Rakel y Weil (2009), investigadores vinculados a la medicina integrativa, afirman también que la promoción de la salud "es un aspecto fundamental de la creación de entornos óptimos relacionados con la restitución de la salud y del bienestar, dentro de los enfoques integrativos de atención en salud".

### **3.2.1 EMPODERAMIENTO DE LOS INDIVIDUOS DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La OMS define el empoderamiento como el proceso a través del cual las personas ganan un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud y lo identifica como una de las cinco prioridades hacia las que debe encaminar la promoción de la salud en el siglo XXI, postuladas en la Declaración de Yakarta (Organización Mundial de la Salud, 1997b).

Este *empoderamiento* puede hacer referencia tanto a la comunidad como al individuo. El que hace referencia a la comunidad involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida en su comunidad y es una meta importante en la acción de la comunidad para la salud. El individual se refiere principalmente a la habilidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal (Nutbeam, 1998).

Para Millaruelo Trillo y Martín Moreno (2003), "la filosofía del empoderamiento establece que una persona es totalmente responsable de su cuidado, es decir, el equipo de salud no es responsable de las decisiones que tome la persona, pero sí responsable de darle todas las herramientas para que tome las mejores decisiones y apoyarlo en ellas".

Desde la perspectiva de la relación médico-paciente, el *empoderamiento* implica dos medios de ejercer poder: el primero considera que el médico solo tiene

poder en la medida en que el paciente no lo tiene –poder de posición–, mientras que la segunda considera que solo se tiene poder cuando se reconoce también poder en el otro y, por tanto, se le empodera o se le concede poder personal (Munduate y Medina, 2009).

En contraposición al modelo empírico imperante actualmente en la relación médico-paciente, Chaná (2012) defiende que “un sistema basado en el *empoderamiento* requiere que se establezca entre médico y paciente una relación sujeto-sujeto, ya que para construir el conocimiento no basta con objetivar y clasificar sino que, además, es necesario comprender y reconocer la diversidad, establecer consideraciones positivas, solidarizar y promover la libertad y participación de este en su proceso de sanación”.

Enseñar y apoyar son componentes fundamentales de este *empoderamiento*, el cual va a inspirar a los pacientes/clientes a que aprendan de qué manera cuidarse mejor a sí mismos, de forma que tengan un papel de control hacia el cuidado de su salud como miembros de una comunidad proactiva.

El individuo empoderado es, por tanto, un individuo proactivo, que participa activamente en la búsqueda de la propia salud y bienestar, mejorando su calidad de vida y evitando complicaciones.

Para ser proactivo hacia su salud, los individuos deben asumir una responsabilidad por su cuidado cotidiano e informarse todo lo posible acerca de él, obteniendo información de los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, etc.) y de otros recursos comunitarios (familiares, amigos, asociaciones, fundaciones, etc.).

Rivas y Fernández (1998) defienden que lo que provoca que las personas entiendan que, por sí mismas, pueden desarrollar prácticas de salud para evitar riesgos sociales de enfermar, es la aceptación de que la salud no depende estrictamente de los servicios de atención médica y que se encuentra subordinada a riesgos sociales e individuales.

En este sentido, toda restitución de la salud debe nacer en el propio individuo, lográndose lo mejor cuando se puede facilitar al individuo atenderse mejor a sí mismo.

La participación de individuos en programas de cuidado y recuperación activa de su propia salud como sujetos proactivos puede proporcionarles una sensación de independencia y de mayor confianza en sí mismos, a la vez que aumenta la capacidad para hacer frente a los problemas cotidianos.

Elegir convertirse en persona proactiva en el cuidado de la propia salud también significa trabajar en conjunto con otras personas y reconocer que el manejo personal de la propia salud es un trabajo que requiere aprender nuevas habilidades y adquirir nuevas aptitudes.

El secreto del éxito es aprender un conjunto de habilidades y acciones, practicarlas hasta dominarlas por completo e integrarlas al estilo de vida, convirtiéndose en "maestros o expertos" de su propio cuidado (González et al., 2008).

Como ejemplo de empoderamiento en entornos relacionados con la salud, Siegel (1988) presenta a los *pacientes excepcionales*, individuos que deben concentrarse en lo que son capaces de hacer, asumir responsabilidades y no tener miedo al fracaso.

### **3.2.1.1 EL CUIDADOR EMPODERADO**

Las intervenciones fisioterapéuticas orientadas al cuidado de la salud, presentadas a lo largo de esta tesis doctoral, están relacionadas con el empoderamiento de los cuidadores informales, ya que pretenden que estos asuman un "rol activo" como agentes del cambio de su propia salud y bienestar.

Integrando el concepto de individuo proactivo e interesado en su salud en el ámbito del cuidado informal, nos encontraríamos la figura de cuidadores informales interesados en el cuidado de su propia salud, ya sea en un nivel de prevención o como tratamiento.

Basándose en el modelo del "paciente experto", defendido desde programas de autocuidado orientados a pacientes crónicos realizados en la Universidad de Stanford (Holman y Lorig, 2000), ya se plantea también la figura de "cuidador experto", proactivo en la atención a su propia salud y que desempeña su trabajo de prestación de cuidados mucho mejor, sobrellevando la fatiga de forma más efectiva, siendo menos dependiente del profesional sanitario y gestionando otros aspectos de su salud.

Teniendo como referencia el movimiento *e-patient* (Ferguson, 2007), también creemos posible plantear la figura del *e-cuidador*, es decir, un cuidador equipado para hacer su trabajo ("equipped"), capacitado ("enabled"), empoderado y comprometido con su salud y con las decisiones referentes a su cuidado ("empowered and engaged"), que tenga como apoyo las nuevas tecnologías y las redes sociales.

Este *e-cuidador* representaría una nueva generación de cuidadores proactivos e informados que usan Internet y se mueven en el entorno 2.0 para buscar información médica *on-line* sobre salud (condición médica de sus familiares y de ellos) y servicios, y que se educan a sí mismos sobre la forma de gestionar mejor su propio cuidado, cuidar de otros, ayudar a los profesionales a mejorar la calidad de sus servicios y participar en una amplia variedad de colaboraciones cuidador-profesional beneficiosas. De esta manera, los cuidadores actuarían al más alto nivel ya que:

- 1) Establecerían sus propias agendas de salud siempre que fuera posible.
- 2) Ayudarían a diagnosticar y a tratar más sus propias enfermedades.
- 3) Obtendrían más pruebas y tratamientos por sí mismos.
- 4) Archivarían, organizarían y actualizarían su información médica de un modo más completo y útil.
- 5) Se prepararían para las interacciones con los profesionales de la salud.

En mi opinión, este empoderamiento al cuidador puede alcanzarse a través de una educación que fomente la autogestión de su salud y bienestar, a partir de la adquisición de conductas de autocuidado que busquen alcanzar mejoras sobre el cuerpo y la psique (relajación, respiración, estimulación sensitiva y sensorial, concienciación, sentimientos, emociones, comportamientos, autoconcepto, estrategias de afrontamiento), el espíritu (objetivos en la vida, conexión, fe, esperanza, amor) y también en lo social (comunicación, relación con uno mismo y con los demás).

### **3.3 ACCIONES PROMOTORAS DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIÓN DESDE LA FISIOTERAPIA**

Como elemento que involucra a lo colectivo dentro de la promoción de la salud, nos vamos a encontrar las acciones promotoras, las cuales buscan proporcionar una retroalimentación y/o incentivación a las personas.

Estas acciones promotoras, que van a ocupar un lugar central entre las intervenciones realizadas desde la disciplina de la Fisioterapia, deberían ser diseñadas teniendo en cuenta las necesidades de los que participan en ellas, ya sean estos pacientes (personas con alteraciones y limitaciones funcionales diagnosticadas por un fisioterapeuta) o clientes (personas sin diagnóstico de disfunción) (American Physical Therapy Association, 2003).

En relación a las intervenciones de prevención realizadas por fisioterapeutas, cabe destacar las orientadas desde tres grandes ámbitos (American Physical Therapy Association, 2003):

- Primaria: es la prevención de la enfermedad en una población susceptible o potencialmente susceptible a través de medidas específicas, tales como los esfuerzos de promoción de la salud en general.
- Secundaria: incluye actuaciones para disminuir la duración de la enfermedad, la gravedad y las secuelas derivadas de esta, a través del diagnóstico precoz y de la intervención inmediata.
- Terciaria: incluye los esfuerzos para disminuir la discapacidad y promover la rehabilitación de la función en pacientes con déficits crónicos.

Como ejemplos de actividades de promoción y prevención en las que participan los fisioterapeutas, la misma guía incluye el desarrollo de:

- Escuela de espalda: incluye programas de ejercicios de estiramiento, resistencia y entrenamiento postural.
- Rediseño ergonómico: incluye ejercicios de fortalecimiento, estiramiento y de resistencia así como entrenamiento postural para prevenir discapacidades relacionadas con el trabajo, incluyendo lesiones por estrés repetitivo.
- Programas de entrenamiento con cargas para incrementar la densidad de hueso (especialmente en adultos mayores con osteoporosis).
- Entrenamiento de la marcha, equilibrio y coordinación para reducir el riesgo de caídas y fracturas por caídas en el adulto mayor.
- Programas de ejercicios o instrucción en las actividades de la vida diaria – AVD– (autocuidado, comunicación y movilidad necesarias para la independencia en la vida diaria) y actividades instrumentales de la vida diaria – AIVD– (actividades que son componentes importantes de una vida indepen-

diente, como ir de compras y cocinar), con el fin de disminuir la utilización de los servicios de salud.

- Programas de acondicionamiento cardiovascular, entrenamiento postural, instrucción en las AVD y AIVD para prevenir la discapacidad y la disfunción en las mujeres que están embarazadas.
- Programas de educación de los consumidores para prevenir problemas, por ejemplo, promoviendo el uso de hábitos saludables o enfermedades pulmonares fomentando el abandono del tabaco.
- Programas de ejercicio para prevenir o reducir la aparición de secuelas en personas con trastornos de larga duración.

Hasta ahora, estas intervenciones de prevención aplicadas por los fisioterapeutas han sido desarrolladas fundamentalmente a través de dos tipos de estrategias (French y Swain, 2005): 1) médicas, que valoran las medidas preventivas y el cumplimiento del tratamiento por el paciente, y 2) educativas, que buscan ayudar a obtener la capacidad para tomar decisiones bien informadas y ofrecerles su apoyo.

Sobre el futuro de estas actuaciones en la disciplina, expertos como French y Swain (2009) aconsejan poner en práctica estrategias basadas en cambios de conducta (que busquen modificar actitudes y conductas en las personas) y que, además de centrarse en el cliente/paciente (la autocapacitación es el objetivo central), lo hagan en el ámbito social (se presta atención a problemas de alta prevalencia social).

A propósito de las acciones de prevención y promoción de la salud en el ámbito que nos ocupa, el cuidado informal, Úbeda Bonet (2009) defiende la puesta en marcha de intervenciones de apoyo que tengan como principales objetivos la prevención de la sobrecarga y la promoción de la calidad de vida, de manera que los cuidadores gocen de la máxima buena salud posible y eviten, en la medida de lo posible, el cansancio y la sobrecarga.

Entre las estrategias de apoyo que se pueden incluir dentro de ellas, esta autora sugiere la enseñanza, las técnicas de autocuidado, la movilización de pacientes, la identificación de riesgos, el apoyo instrumental y profesional, la movilización de recursos intra- y extrafamiliares o la prestación de soporte socio-sanitario.

Estas intervenciones socio-sanitarias deberían ser ofrecidas a los cuidadores informales cuanto antes, ya que la impresión, empíricamente no comprobada, de autores como Chu, Edwards, Levin y Thompson (2000), es que los que llevan ocupando este rol durante menos tiempo se ven más beneficiados de ello.

Nosotros también opinamos que, aplicadas de manera temprana, estas intervenciones pueden favorecer efectos beneficiosos sobre estadios previos a la patología, es decir, cuando no se presentan aún pérdidas de funcionalidad importantes, pero si factores de riesgo (estilo de vida, etc) que pueden favorecer el deterioro.

Desde la visión de Verbrugge y Jetle (1994) (Figura 15), estas intervenciones formarían parte, junto con estrategias terapéuticas como la meditación o el ejercicio, de los llamados "factores extra-individuales", los cuales pueden actuar, al igual que los "factores intra-individuales" (estrategias de afrontamiento, etc), sobre el proceso de discapacidad, ya sea acelerándolo o conteniéndolo.

Guccione (1994) también apoya desde su modelo, que surge como expansión del de Nagi, la importancia tanto de la atención médica, rehabilitadora y la prevención, como la de otros aspectos relacionados con el entorno (comorbilidad, hábitos de salud, motivación, atributos psicosociales, apoyo), sobre el proceso de funcionamiento-discapacidad (Figura 23).

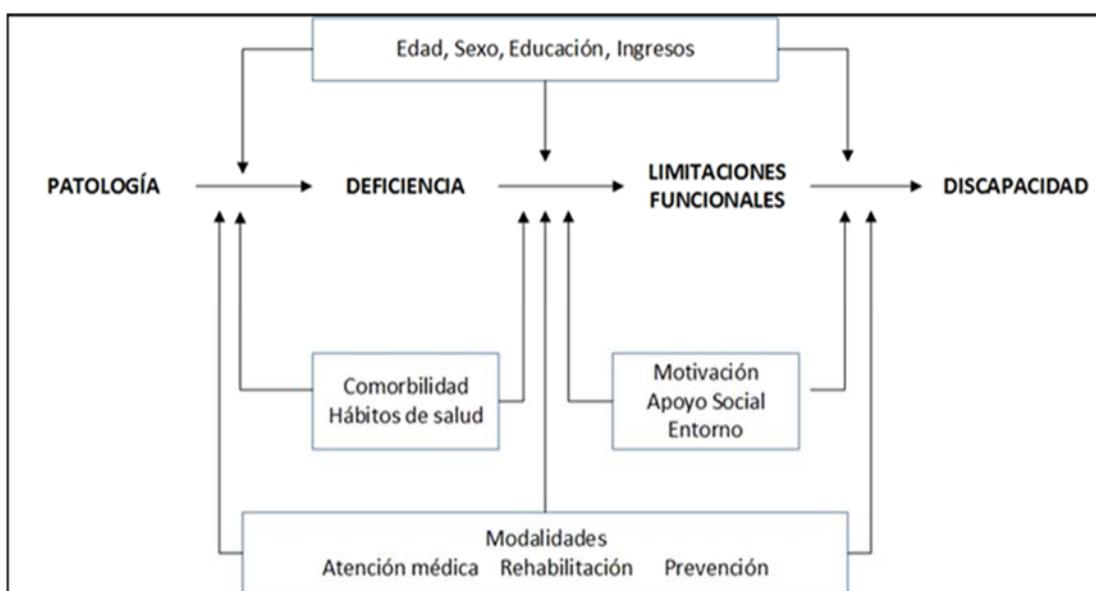


Figura 23. Expansión del modelo de Nagi que muestra los factores que afectan al proceso de discapacidad. Fuente: Modificado de Guccione (1994).

A partir de estas propuestas, la APTA presentó en el año 2001 un enfoque expandido, en el que se reconoce el importante papel de las intervenciones de prevención y de promoción de la salud orientadas por fisioterapeutas sobre el proceso de discapacidad, el cual está a su vez influenciado por factores como la biología (en el que se incluirían las condiciones congénitas y las predisposiciones genéticas) y el entorno, tanto físico como social, a partir de aspectos como el estilo de vida, los comportamientos personales o atributos como el afrontamiento (Figura 24).

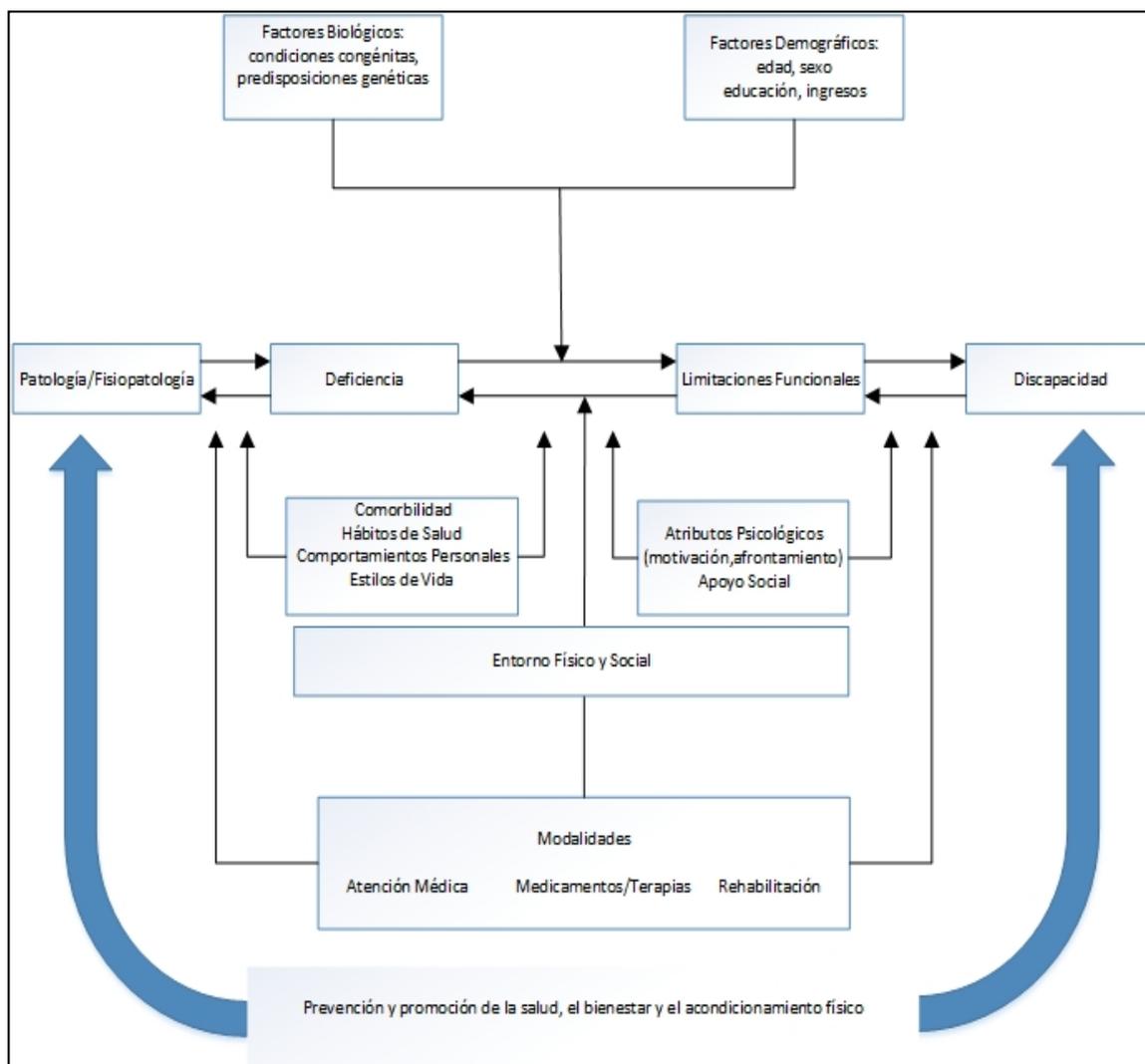


Figura 24. Expansión del modelo de discapacidad que muestra las interacciones entre los factores individuales y del entorno, la prevención y promoción de la salud, el bienestar y la condición física. Fuente: Modificado de la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Fisioterapeutas (2003).

En relación a las intervenciones que se desarrollen en un futuro, nuestra opinión es que, a la par que se desarrollen propuestas centradas en el cliente/paciente y en cambios conductuales que busquen el “empoderamiento”, deberían concretarse los modelos sobre los que se rijan las acciones en ellas incluidas.

### **3.3.1 INTERVENCIONES FISIOTERAPÉUTICAS PARA LA PREVENCIÓN DEL DETERIORO EN CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES**

En relación a las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la discapacidad dentro de la disciplina de la Fisioterapia sobre cuidadores de personas mayores dependientes, hemos observado una importante limitación en cuanto al número de estudios randomizados publicados.

Las investigaciones que se han desarrollado fuera de nuestro país, en número todavía muy limitado, hacen referencia a intervenciones fisioterapéuticas basadas principalmente en aspectos educativos, como por ejemplo la enseñanza de movilizaciones/transferencias seguras, que han ayudado a los cuidadores a mejorar aspectos relacionados con la reducción del estrés y la sobrecarga (Narekuli, Raja y Kumaran, 2011; Hirsch, Leyh, Karch, Ferlings y Schäfer, 2014), y el riesgo/miedo a sufrir caídas (Turner, Seiger y Devine, 2013).

Desde este ámbito también se ha planteado la realización de actividad física adaptada para el tratamiento de un problema de salud de frecuente aparición en cuidadores informales, el dolor de espalda, la cual demostró ser eficaz como medida de control (Manceau, Bourel y Dubus, 2014).

En nuestro país tampoco se han llevado a cabo apenas intervenciones fisioterapéuticas sobre este colectivo, aunque organismos como el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas han reconocido, a raíz de la preocupación surgida por la puesta en marcha de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, la especial importancia de la participación de sus profesiones en actividades dirigidas a cuidadores, personas mayores dependientes y con enfermedades crónicas (COFN)(<http://www.cofn.net/ian>).

A propósito de las actuaciones realizadas en este sentido, solo hemos encontrado información acerca de un programa basado en la combinación de relajación, ejercicios de flexibilidad y automasajes, junto con normas de higiene postural durante las actividades de la vida diaria y movilizaciones/transferencias del familiar, pero del que no se publicaron resultados acerca de su posible eficacia (García Fortes, López Liria, Rodríguez Martín y Sáez Lara, 2006).

A pesar de esta falta importante de estudios randomizados controlados dentro de nuestra disciplina, nos ha parecido adecuado reconocer los esfuerzos realizados por determinados profesionales de la disciplina como Muñoz-Cruzado y Barba (2007), cuyo trabajo ha contribuido a un mayor conocimiento de las alteraciones de salud que afectan a los cuidadores informales, y también lo aportado desde ámbitos colegiales como el de Andalucía, que ha plasmado actuaciones sobre prevención y promoción de la salud de gran interés a través de guías de información de acceso libre (ICPFA) ([http://www.cpficyl.com/descargas/geriatria/guia\\_del\\_cuidador.pdf](http://www.cpficyl.com/descargas/geriatria/guia_del_cuidador.pdf)).

### **3.4 EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La Educación Para la Salud (EPS) es una importante herramienta dentro de la promoción de salud, que representa aquellos conocimientos y prácticas que se transmiten a la población a través de estrategias de enseñanza-aprendizaje para que las personas, por ellas mismas, puedan voluntaria y conscientemente modificar sus conductas, adoptando aquellas que favorezcan su salud (Rivas y Fernández, 1998).

En los últimos tiempos esta educación para la salud ha ido evolucionando desde enfoques centrados en la enfermedad y en información parcelada sobre cada patología en concreto, hacia otro más concentrado en cómo los problemas de salud afectan a la vida del paciente de manera individual y en la manera en que, mediante planes de acción, se pueden aprender las habilidades necesarias para que los pacientes sean capaces de tomar decisiones sobre su propia salud, en colaboración y coordinación directa con los profesionales sanitarios (Griñán Martínez, 2009).

Se trata entonces de enseñar a los individuos unas capacidades generales para gestionar su salud, lo que supone aprender a resolver problemas, iniciar nuevos comportamientos, utilizar los recursos comunitarios de forma eficaz y colaborar todo lo posible con el equipo sanitario que los atiende. Por otra parte, también es básico que los pacientes entiendan la importancia de hacerse responsables de la propia salud y de adquirir una mayor autonomía, y que el terapeuta seleccione estrategias que, además de ayudarlo a adquirir habilidades y destrezas, contribuyan a aumentar su autoeficacia (McGowan et al., 2010).

Para Bodenheimer, Lorig, Holman y Grumbach (2002), otros de los aspectos que debería contemplar este tipo de educación, hacia la que los profesionales de la salud deberíamos ir orientándonos cada vez más, serían:

- Enseñar a los pacientes capacidades acerca de cómo afrontar sus problemas.
- Reflejar los problemas que identifica el paciente, no tanto los problemas habituales relacionados con una enfermedad en concreto.
- Proporcionar habilidades para la resolución de problemas que son relevantes para las consecuencias en general.
- Desarrollar en el paciente la confianza en su capacidad para introducir cambios que mejoren su vida y su repercusión sobre la mejora de los resultados clínicos.

Las intervenciones educativas realizadas bajo este tipo de premisas han recibido diferentes denominaciones como "psicoeducativas", "educación en la autogestión" o "educación terapéutica al paciente". A lo largo de este trabajo se va a utilizar la primera de ellas, por ser la más comúnmente empleada en las investigaciones con cuidadores informales.

Estas intervenciones psicoeducativas han sido presentadas por Losada et al. (2007), junto con las psicoterapéuticas (se presta una especial atención al desarrollo y mantenimiento de una relación terapéutica con los cuidadores) y las multi-componentes (se combinan las intervenciones mencionadas con otro tipo, como grupos de apoyo mutuo, etc.), como las que presentan mayores beneficios o las empíricamente validadas. Esto se cumple especialmente si estas, además de exigir una participación activa de los sujetos, se basan en modelos cognitivo-conductuales o en los de estrés y afrontamiento.

### **3.4.1 EDUCAR DESDE LA FISIOTERAPIA**

Acerca de la educación al paciente/cliente realizada desde la Fisioterapia, Aguililla Liñán y Roura Faja (2012) defienden la capacidad de esta para generar un cambio en la concepción del problema por parte del paciente que contribuya a modificar su autoeficacia, creencias, conductas, expectativas y capacidad de afrontamiento. También destacan que "los tratamientos no solo están constituidos por el efecto específico de una técnica, sino que en ellos también intervienen otros aspectos subjetivos del paciente como las creencias, las expectativas, el conocimiento

sobre la terapia, aspectos culturales (social *learning*) y múltiples estímulos sensoriales del entorno que rodea a los pacientes”.

Esta educación para la salud es una de las herramientas clave dentro de las acciones promotoras de salud orientadas por los profesionales de la disciplina (AP-TA, 2014), ya que va a permitir informar, educar y entrenar al paciente/cliente en diversos aspectos relacionados con:

- La salud, el bienestar y la aptitud/forma física.
- La condición de salud y la patología.
- Los déficits en el funcionamiento, las limitaciones en la actividad y/o las restricciones en la participación.
- Los planes de cuidado.
- Las influencias psicosociales en el tratamiento.
- Los factores de riesgo ligados a la condición de salud y a la patología, a los déficits en el funcionamiento, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación.
- Las transiciones hacia nuevos roles.

Desde la Fisioterapia esta educación para la salud puede orientarse de una manera tradicional, centrándose en informar sobre aspectos como la reducción del dolor o la mejoría de otras deficiencias (movilidad, control motor, etc.), o desde aproximaciones cognitivo-conductuales que fomenten la adquisición de nuevas conductas que engloben los tres componentes implicados en las experiencias de enseñanza-aprendizaje: el cognitivo, el psicomotor y el actitudinal (López Santos, 2000).

El componente cognoscitivo, es decir, los conocimientos, se fundamentan en la comunicación de información, y, aunque estos no predicen por sí mismos la práctica de hábitos de vida saludables, sí sirven para la toma de conciencia, contribuyen a las actitudes y creencias y permiten tomar decisiones informadas (Fox, 1991), por ejemplo, respecto a la importancia del cuidado de la propia salud.

El componente psicomotor busca capacitar al individuo para llevar una vida activa en el cuidado de su propia salud (Almond, 1992), es decir, se dirige especialmente al "saber cómo" realizar actividades con este propósito de una manera

más concreta. En nuestra propuesta este componente se ha fundamentado, por ejemplo, en el entrenamiento en una serie de ejercicios de autocuidado específicos.

El componente actitudinal está relacionado con la implicación de los individuos en las actividades, la cual se verá favorecida si estos las perciben como algo satisfactorio y motivante, ya que, si no es así, dejarán de realizarlas o será menos probable que las hagan. Para que la participación sea una experiencia positiva y no negativa o amenazante, autores como Devís y Peiró (1992) recomiendan que se asegure el realizar una variada gama de ejercicios/actividades.

Esta evolución hacia aproximaciones cognitivo-conductuales dentro de los tratamientos de fisioterapia ha sido apoyada por profesionales como Hengeveld y Banks (2006) (Figura 25), quienes plantean realizarla a partir de medidas como la participación activa, la comprensión de medidas preventivas, el manejo activo, la realización de ejercicios en el momento oportuno y la confianza en la utilización del cuerpo.

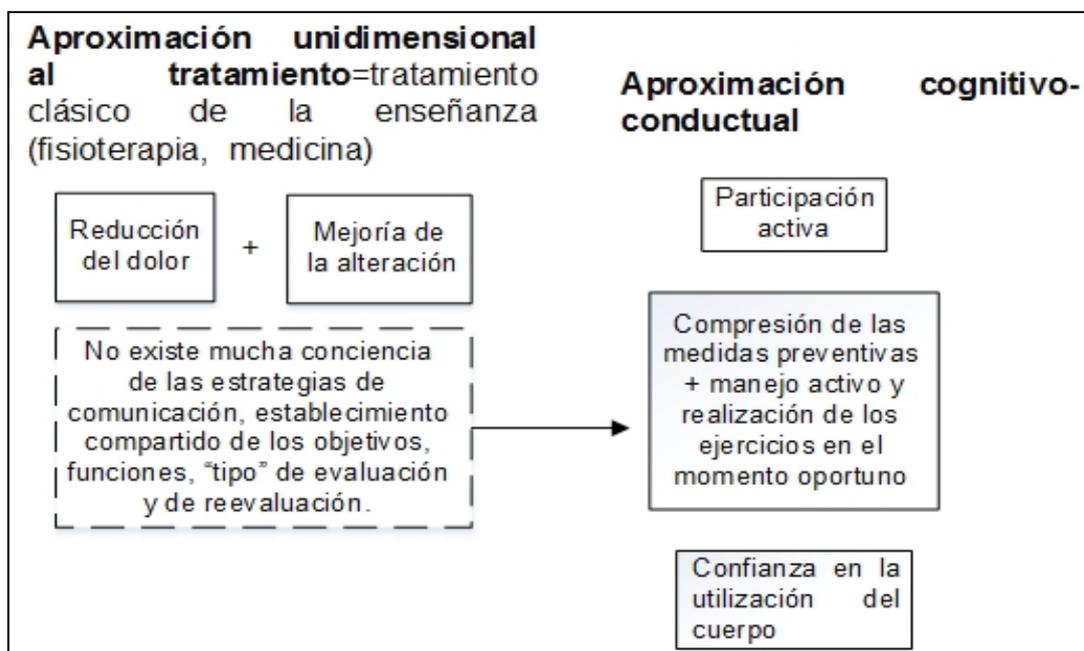


Figura 25. Aproximación unidimensional al tratamiento. Fuente: modificada a partir de Hengeveld y Banks (2006).

# AUTOCUIDADO COMO HERRAMIENTA CLAVE EN EL MANEJO ACTIVO DE LA SALUD 4

## 4.1 AUTOCUIDADO

Como elemento que involucra a lo individual dentro la promoción de la salud, nos vamos a encontrar el autocuidado, al cual se le considera base y origen de la sanidad (Queralt Alcaraz, 2005) y uno de los pilares establecidos por la OMS en su política sanitaria de Ottawa (1986).

El autocuidado de la salud pretende que los individuos sean positivos con su salud y sirvan de promotores de esta en otros mediante su experiencia en la adquisición de hábitos más saludables, suministrando un modelaje.

Autores como Punamäki y Aschan (1994) definen el autocuidado como "la capacidad de los individuos para ejercer control (*mastery*) sobre su salud o enfermedad".

Frente a una actitud pasiva respecto a la enfermedad, nos encontramos la visión del autocuidado de la salud, desde la cual se pretende que el paciente esté informado y preparado para entender cómo su enfermedad y los tratamientos que precisa afectan a su vida cotidiana.

A esto hay que sumarle que el paciente es el máximo responsable de su salud, por lo que tendrá que ser capaz de tomar decisiones acertadas para la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables que lo ayuden a manejarse mejor y controlar su enfermedad (Griñán Martínez, 2009). Para esta autora, "es necesario presentar el cuidado y el autocuidado ante la sociedad como un arma terapéutica y una herramienta útil en la prevención y el fomento de la salud, lo que implica un cambio en la actitud en el cuidar".

En opinión de autores como Tobón Correa y García Espina (2004), para que este autocuidado de la salud se suceda, se requiere un cierto grado de desarrollo

personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación y la resiliencia.

Entre los principales beneficios que supone capacitar a la persona para el automanejo de su problema de salud estarían un uso más eficiente de los recursos, una adecuada implicación en el proceso de su sanación, la actuación más directa sobre las posibles causas del dolor (por ejemplo, incorporando hábitos biomecánicos correctos) y el manejo del problema a largo plazo (Rodríguez Romero et al., 2009).

Este autocuidado se aplica tanto en individuos sanos (para mantener su estado de salud a través de actividades de prevención y promoción), como enfermos (para sobrellevar su enfermedad en su vida cotidiana y para recuperar o mejorar su estado de salud), y con él se favorece el desarrollo de la confianza, la motivación y las habilidades (resolución de problemas, toma de decisiones semanales en salud, etc.).

El autocuidado debe considerarse una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud dirigidos a la población en general y, en particular, a personas que manifiestan factores asociados al riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas (diabetes, obesidad e hipertensión entre otras) o a quienes ya las padecen.

Dean (1989) identifica tres aspectos donde el autocuidado se manifiesta dentro de los estilos de vida y en los cuales se puede intervenir:

- a) Fomento de nuevos hábitos en favor de la salud.
- b) Conductas de mantenimiento conscientes e intencionadas que buscan mantener la salud, como, por ejemplo, hacer ejercicio o acudir a programas de detección temprana.
- c) Conductas de respuestas a síntomas de enfermedad, como, por ejemplo, acudir a los servicios de salud frente a síntomas alarmantes de la enfermedad, monitorizar el nivel de glucosa en sangre (diabetes) o la presión arterial (hipertensión), etc.

Como parte importante del autocuidado nos vamos a encontrar las prácticas de autocuidado, que pueden ser definidas como las actividades que las personas realizan en beneficio de su propia salud y a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas (DeFriese, Woomert, Guild, Steckler y Konrad, 1989).

En general, estas actividades dirigidas al autocuidado de la salud vienen determinadas por una serie de objetivos básicos (Lluch y Novel, 2003):

- 1) Incrementar el nivel de salud actual de la persona, incluso en aquellas situaciones en las que la salud está disminuida por cualquier causa.
- 2) Mantener al máximo el nivel de bienestar de la persona realizando los cambios necesarios en el propio estilo de vida.
- 3) Implicar a la persona en el cuidado de la propia salud desde un punto de vista integral, lo cual mejora el autoconcepto y potencia la autoestima y la autoimagen.
- 4) Incrementar las capacidades de ayuda a los demás, a través de la consecución del propio equilibrio personal, físico y emocional.

Como ejemplo de prácticas de autocuidado cabría destacar aquellas relacionadas con una alimentación adecuada a las necesidades, las medidas higiénicas, el manejo del estrés, las habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, el ejercicio físico a un nivel adecuado, la habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, el seguimiento en prescripciones de salud, los comportamientos seguros, el manejo del tiempo libre y las prácticas de autocuidado (Queralt Alcaraz, 2005).

## **4.2 EJERCICIO TERAPÉUTICO COMO ESTRATEGIA ACTIVA DE AUTOCUIDADO**

Como estrategia de autocuidado que puede ser orientada con gran rigor por los profesionales de la Fisioterapia, cabe destacar el *ejercicio terapéutico*, que es definido como "la ejecución sistemática y planificada de ejercicios corporales, posturas y actividades físicas con el propósito de que el paciente/cliente disponga de

medios para corregir o prevenir alteraciones, mejorar, restablecer o potenciar la función física, prevenir o reducir factores de riesgo para la salud u optimizar el estado general de salud, el acondicionamiento físico o la sensación de bienestar” (APTA, 2003).

Este ejercicio terapéutico desarrolla un importante papel como herramienta de autocuidado en los adultos, ya sean estos jóvenes o mayores (por encima de 65 años), desde sus efectos comprobados sobre el funcionamiento, tanto físico (Chodzko-Zajko et al., 2009; Seco et al., 2013) como psicológico (Salmon, 2001; Guskowska, 2004; Almagro Valverde, Dueñas Guzmán y Tercedor Sánchez, 2014), y sobre otros aspectos con él relacionados como la calidad de vida (Coelho y Araújo, 2000; Rejeski y Mihalko, 2001) y la longevidad (Stessman, Hammerman-Rozenberg, Cohen, Ein-Mor y Jacobs, 2009).

A propósito del papel del *ejercicio terapéutico* en el proceso funcionamiento-discapacidad que sean orientados por fisioterapeutas, nos gustaría destacar la propuesta realizada por Kisner y Colby (2010) (Figura 26), quienes reconocen los beneficios que pueden ser alcanzados gracias a él, desde dos perspectivas que son complementarias:

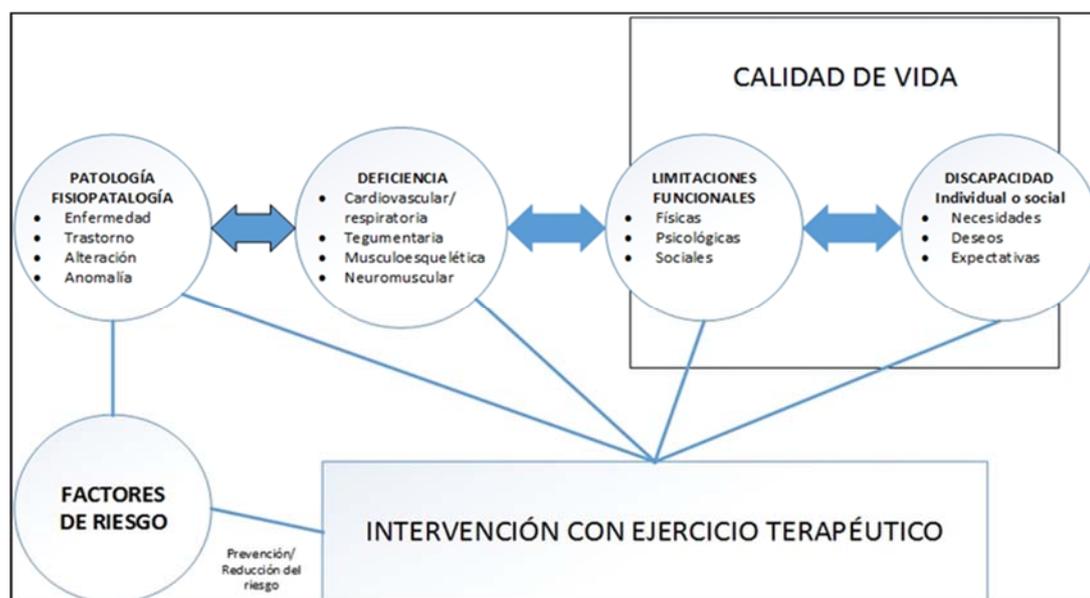


Figura 26. Repercusión del ejercicio físico sobre el proceso de discapacidad. Fuente: modificado a partir de Kisner y Colby (2010).

- 1) Al actuar directamente sobre la patología, la deficiencia, las limitaciones funcionales o la discapacidad.
- 2) Al actuar indirectamente desde los efectos producidos sobre los factores asociados al riesgo.

A este respecto nosotros también pensamos que el ejercicio, así como otros tipos de intervenciones fisioterapéuticas, pueden ayudar a los cuidadores informales en el control/reducción de los efectos negativos del cuidar, ya sea de manera directa o a partir de su influencia sobre determinados factores contextuales, tanto personales (asociados al riesgo, etc) como ambientales (apoyo social, etc.) (Figura 27).

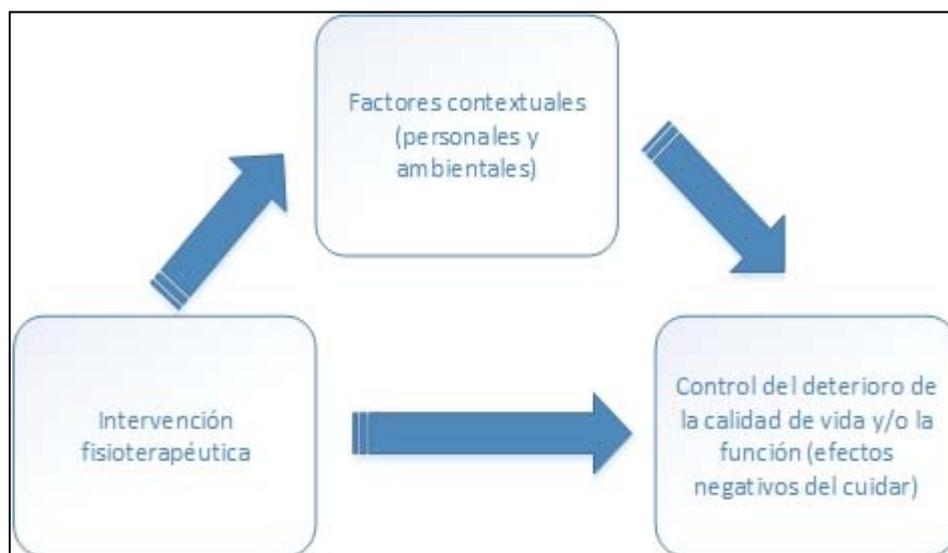


Figura 27. Propuesta acerca de la influencia de las intervenciones fisioterapéuticas sobre los efectos últimos de cuidar. [Fuente: Elaboración propia de los autores.]

La OMS (2010) ha determinado que, en adultos de 65 años en adelante, la actividad física ideal consiste en la práctica de ejercicio durante el tiempo libre o los desplazamientos (por ejemplo, mediante paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona desempeña todavía una actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados, en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, la buena forma muscular y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo, también establece que, aunque conviene adoptar y aplicar recomendaciones distintas para cada caso, este grupo poblacional debería acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien no menos de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad física moderada y vigorosa.

Los cuidadores informales se han visto beneficiados por la puesta en práctica de programas de actividad/ejercicio, que suelen ser realizados de manera grupal bajo la supervisión de un profesional especializado (Orgeta y Claudia Miranda-Castillo, 2013).

Estos programas se han basado sobre todo en la aplicación de modalidades aeróbicas (como, por ejemplo, caminatas o actividades físicas similares, ya sea con intensidad moderada o alta), trabajos de fuerza o la combinación de ambos, habiendo demostrado estos su eficacia sobre la capacidad funcional cardiaca, la presión sanguínea y la expresión de la ira (King y Brassington, 1997), y también sobre el estrés percibido, la depresión y la carga (Castro, Wilcox, O'Sullivan, Baumann y King, 2002).

Entre otros efectos también cabe destacar los efectos positivos sobre la autoeficacia y el nivel de estrés (Connell y Janevic, 2009), la depresión (Madruga Vicente, Gozalo Delgado, Gusi Fuertes y Prieto Prieto, 2009), así como la aparición de fatiga, calidad del sueño y carga subjetiva (Hirano et al., 2011).

A propósito de la práctica de programas de ejercicio, también es posible plantear la realización modalidades basadas en las respuestas que derivan de la interacción cuerpo-mente, como, por ejemplo, la respuesta de relajación, la respiración profunda y calmada, el tacto terapéutico o la conciencia corporal.

Entre las modalidades que conformarían parte de este tipo de enfoque, más próximo a la medicina psicosomática, y que han demostrado su efectividad respecto a muchas de las complicaciones derivadas del estrés (ansiedad, tensión muscular, etc), nos gustaría destacar:

- 1) Los ejercicios de relajación y de respiración (Burish y Jenkins, 1992; Simonton y Sherman, 1998; Slanger y Kushner, 2001).
- 2) Los ejercicios de automasaje basados en maniobras clásicas adaptadas (amasmientos, pases longitudinales, etc.) y en la inhibición de puntos de tensión muscular y/o dolor (Davies y Davis, 2004; Fritz, 2005; Kaoverii Weber, 2005).
- 3) Los ejercicios que combinan la concienciación corporal con trabajo de flexibilidad y tonificación a partir de patrones suaves de movimiento, como, por ejemplo, los desarrollados en los métodos reeducación postural global (Carlson y Cu-

rran, 1994; Cunha, Burke, França y Marques, 2008; Alonso Blanco, Rodríguez López y Fernández de las Peñas, 2009; Bonetti et al., 2010) y Mézières (Valencia et al., 2009).

- 4) Los ejercicios basados en el movimiento lento y consciente como la terapia de la conciencia corporal basal (Wallin, Kronovall y Majewski, 2000; Catalán Matorros, 2007; Hedlund y Gyllensten, 2013) o el método Feldenkrais (Bearman y Shafarman, 1999; Lundblad, Elert y Gerdle, 1999).
- 5) Los ejercicios basados en la coordinación neuromuscular desde una concienciación propioceptiva, como, por ejemplo, los incluidos en el Pilates (Leopoldino et al., 2013).
- 6) Los ejercicios basados en la combinación de posturas suaves y mantenidas de estiramiento, respiración, atención consciente y aquietamiento mental, abordados desde el yoga (Woolery, Myers, Sternlieb y Zeltzer, 2004; Michalsen, Grossman y Acil, 2005).

Este tipo de enfoque, más centrado en la interacción psico-corporal, es el que sustenta el trabajo realizado en uno de los grupos incluidos en la intervención (experimental), el cual fué entrenado en tres modalidades de ejercicio: 1) de relajación, 2) automasajes, y 3) autoposturas.

#### **4.2.1 EJERCICIO TERAPEÚTICO PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIAS.**

El manejo del estrés hace referencia a un planteamiento general que ofrece a las personas habilidades o estrategias para reducir, eliminar o manejar el estrés, las cuales pueden ir dirigidas a provocar cambios en el medio estresante, o bien a modificar la forma en la que la persona percibe la situación.

Existen numerosas técnicas y métodos para el manejo y control del estrés, todas ellas dirigidas a fomentar la independencia y el autocontrol de la persona sobre sí misma y sobre la situación. Estos diversos métodos contienen rasgos comunes esbozados por Lichstein (1988), para quien siempre debería haber algún elemento relacionado con los siguientes puntos:

- Relajación, para reducir la activación fisiológica.

- Reestructuración cognitiva, para modificar patrones de pensamiento consciente con el fin de fomentar conductas más favorables.
- Habilidades sociales y prácticas de la asertividad, para mejorar la comunicación interpersonal.
- Autoseguimiento: consiste en reconocer los factores que desencadenan el estrés, registrar cuándo ocurren y anotar el nivel que generan.

Según Buceta (2000), este control del estrés (que incluye la modificación de situaciones potencialmente estresantes y de respuestas de afrontamiento habituales) es una de las de tres grandes áreas en las que debe basarse las intervenciones sanitarias en los desórdenes o enfermedades psicosomáticas. Las otras dos serían el aprendizaje o eliminación de comportamientos habituales que favorecen o perjudican la salud y la modificación de respuestas concretas y/o condiciones ambientales relevantes y específicas de cada trastorno.

Aunque estas estrategias para el manejo del estrés han estado dirigidas desde el campo de la psicología, algunas de ellas, como los ejercicios de relajación, son cada vez más utilizadas por otros profesionales socio-sanitarios, como enfermeros o fisioterapeutas.

Estos ejercicios de relajación pueden ser una poderosa estrategia de autocuidado ya que proporcionan al cuidador una herramienta para poder hacer frente a ciertas situaciones estresantes de su vida cotidiana de una forma más eficaz y relajada, pudiendo ser empleadas como medida protectora y preventiva (protegiendo los órganos de un desgaste innecesario, en particular aquellos afectados por enfermedades asociadas con el estrés), de tratamiento (ayudando a aliviar el estrés de quienes sufren dolencias como cefaleas tensionales, insomnio, asma, inmunodeficiencia y otras) o como habilidad de afrontamiento, ya que ayudan a calmar la mente y contribuyen a que el pensamiento sea más claro y eficaz (Titlebaum, 1988).

Gran mayor parte de los ejercicios de relajación incluidos en este trabajo están basados en la *respuesta de relajación*, caracterizada por un patrón reducido de activación central, autonómica y muscular, sensaciones subjetivas agradables de tranquilidad, calma, sosiego y bienestar y quietud motora (Vera y Vila, 1998).

Dicha respuesta fue descrita por Benson como una respuesta fisiológica innata y automática a la respuesta de lucha o huida (estudiada por Cannon), en la que el cuerpo se calma y se recupera fisiológicamente del estrés.

Esta *respuesta de relajación* es capaz de provocar en el organismo cambios fisiológicos importantes, entre los que cabría destacar la disminución de la activación simpática general (disminución de los niveles de adrenalina y noradrenalina), un tono muscular más relajado, la reducción de la intensidad y frecuencia cardíaca, el aumento de la regularidad del ritmo cardíaco y la disminución de la presión sanguínea y el enlentecimiento de la respiración (más profunda, lenta y de mejor calidad) (Godoy Izquierdo, 2009).

Esta *respuesta de relajación* puede aprenderse, aunque, para que el organismo pueda llegar a alcanzar beneficios, se requiere de un cierto entrenamiento, habiéndose observado cambios no solo durante el tiempo en que las técnicas se practican, sino también a largo plazo (Hoffman et al., 1982).

Como beneficios de la práctica regular de ejercicios de relajación se han determinado los siguientes (Lluch, 2003):

- 1) Restablecimiento tanto físico como mental, comparable y en ocasiones superior al que se obtiene a través del sueño.
- 2) Control emocional o autocontrol. La relajación proporciona a la persona la capacidad de ejercer un control emocional sobre determinadas situaciones o eventos. Puede servir para suprimir reacciones emocionales perturbadoras y amortiguar choques emocionales imprevistos. También sirve como profilaxis ante situaciones consideradas estresantes de antemano. Como resultado de este control o «amortiguación de la resonancia emocional» (como lo denomina Schultz), aumenta el nivel de competencia y eficacia frente a las situaciones.
- 3) Regulación de funciones involuntarias. Algunas de las funciones reguladas por el sistema nervioso autónomo y, por tanto, consideradas como involuntarias (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, etc.), pueden ser modificadas a través de la relajación.
- 4) Control del dolor. A través de la relajación, la persona puede conseguir controlar tanto los efectos físicos que acompañan al dolor (rigidez muscular, espas-

mos, etc.) como la carga emocional y afectiva que acompaña a la sensación dolorosa, a través del control emocional que ejerce sobre ella.

- 5) Aumento del rendimiento físico. Con la relajación se consigue el uso correcto de los músculos y la relajación de aquellos que no son necesarios para la actividad que se está realizando. Todo ello supone una reducción del gasto energético del organismo y, por lo tanto, una mayor capacidad para rendir.
- 6) Aumento del rendimiento intelectual, principalmente en los aspectos de memoria y aprendizaje. Por un lado, en estado relajado es más fácil recordar, y, por otro, a través de la relajación es más fácil focalizar la atención en un tema o aspecto concreto, potenciando así el aprendizaje.
- 7) Aumento de la capacidad de autodeterminación y autodominio. La relajación potencia la resolución de problemas, facilitando tanto la búsqueda de alternativas como la toma de decisiones y dirigiendo todas las energías hacia la consecución de estas.
- 8) Aumento del autoconocimiento. La relajación proporciona un estado de calma y tranquilidad que facilita una reflexión más objetiva de la vida y de uno mismo. Por otro lado, aumenta la conciencia del cuerpo y la vivencia de emociones y sensaciones íntimas y personales.

Otro efecto beneficioso de este tipo de ejercicio sería la mejoría de la ansiedad (Eppley, Abrams y Shear, 1989), las cefaleas tensionales (Blanchard et al., 1991), el insomnio (Jacobs, Benson y Friedman, 1996), la presión arterial (Alexander et al., 1996), la arritmia cardíaca (Benson, Alexander y Feldman, 1975) y una mayor longevidad y función cognitiva en personas de edad avanzada (Alexander, Chandler y Langer, 1989).

Las modalidades de relajación que son seleccionadas para un uso regular y autónomo deberían individualizarse en su elección según las preferencias del paciente, ya que así se utilizarán con mayor frecuencia y se tendrá más éxito en inducir resultados (Rakel y Weil, 2009).

Estas técnicas también se han incluido dentro de los abordajes terapéuticos en pacientes con condiciones crónicas, habiéndose evidenciado su eficacia en la disminución de la intensidad del dolor y en la mejora del estado funcional en lumbalgias crónicas (Van Tulder et al., 2001) y síntomas de ansiedad, dolor, fatiga, tos, vómitos y náuseas asociados al cáncer (Arathuzik, 1994; Fawzy et al., 1990).

La escasez de efectos secundarios, su bajo coste y la fácil disponibilidad hacen de los ejercicios de relajación un componente crucial dentro de los programas de intervención para la salud y el bienestar de todo tipo de personas que sufran situaciones de estrés.

En este sentido, los ejercicios de relajación han sido incluidos, combinados con otras estrategias, en algunas intervenciones de promoción de salud en cuidadores, como la realizada por López Martínez (2005), la cual obtuvo una reducción en diversos aspectos relacionados con el malestar emocional.

Dentro de las modalidades de ejercicio para el manejo del estrés y sus consecuencias planteadas en el grupo experimental, se incluyen: 1) de relajación (técnica de Jacobson, relajación pasiva y respiraciones), 2) automasajes y 3) autoposturas.

#### **4.2.1.1 EJERCICIOS DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA**

La relajación muscular progresiva, también denominada tensión-distensión o técnica de Jacobson, trata de alcanzar una reducción de la sensación subjetiva de estrés o ansiedad mediante la disminución de la activación fisiológica central (Davis, Mc Kay y Eshelman, 1985).

Esta técnica de relajación, que es quizás la más utilizada en el mundo occidental (Smith, 1999), fue desarrollada por Jacobson (1938), quien comenzó a trabajar en este área impulsado por el deseo de curar su propio insomnio.

En sus investigaciones, Jacobson señaló la existencia de una interacción recíproca entre el cerebro y las estructuras periféricas del cuerpo, en especial el sistema muscular, y afirmó que el nivel de activación en una de estas partes está controlado, y puede ser modificado, por el presente en otras.

Este control recíproco central-muscular supone que las aferencias periféricas, en especial las que provienen de los músculos (p. ej., la tensión muscular), son capaces de facilitar niveles de activación neurológica central, de igual modo que la activación fundamentalmente de tipo cognitivo puede generar señales eferentes que producen un aumento de la tensión muscular. Por otro lado, el cerebro también puede disminuir su activación si se reducen las entradas sensoriales, en especial las provenientes de los músculos, cesando asimismo la activación cognitiva. Al

desactivarse el cerebro, disminuirá a su vez la activación del sistema nervioso autónomo, produciéndose un estado de relajación (Godoy Izquierdo, 2009).

Partiendo de las premisas de que la forma más eficaz de disminuir la excesiva activación central es reducir la activación muscular, Jacobson diseñó una técnica que consistía en trabajar sistemáticamente los principales grupos musculares del cuerpo (un total de 40), creando y liberando tensión.

En cada sesión se llevaba a cabo una o dos acciones musculares, que se repetían dos veces, y el resto del tiempo se dedicaba a liberar tensión.

La idea central de su trabajo se basa en la distensión más que en la tensión, buscando una contracción que no sea incómoda (cuanto más leve más útil).

El procedimiento ideado por Jacobson requería un amplio período de tiempo para empezar a relajarse y resultaba demasiado largo y costoso, razón por la que se desarrollaron modificaciones más abreviadas y fáciles de este procedimiento, las cuales han sido englobadas bajo el término de *entrenamiento en relajación muscular progresiva* (Tabla 2).

Características	Relajación progresiva	Entrenamiento en relajación progresiva
<b>Posición de relajación</b>	Tumbado o sentado	Recostado
<b>Número total grupos musculares trabajados</b>	Más de 40	16
<b>Énfasis de la técnica</b>	Liberar la tensión	Producir relajación por medio de ciclos de tensión-distensión
<b>Valor percibido de la contracción</b>	Para que el individuo sea consciente de la sensación de tensión	Para que la relajación sea más profunda, se emplea como ayuda; una intensa contracción lleva a una relajación profunda
<b>Papel desempeñado por la sugestión</b>	Se emplea sugestión indirecta para aumentar el efecto	Ninguno: la técnica es una habilidad puramente muscular
<b>Uso de grabaciones</b>	No se usan	No se recomiendan
<b>Número sesiones</b>	Más de 50	8-12

Tabla 2 Diferencias entre el método de relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento de la relajación progresiva de Bernstein y Borkovec. Fuente: Modificado a partir de Payne (2009).

La primera de las versiones abreviadas de la relajación progresiva fue la desarrollada en 1958 por Joseph Wolpe (1958), quien redujo el entrenamiento diseñado por Jacobson a seis sesiones en un primer momento, condensándolo más tarde en una sola sesión.

En 1973, Bernstein y Borkovec diseñaron otra versión, que es quizás la variante más utilizada en la actualidad, que consta de una serie de fases. En la primera, el paciente/alumno trabaja la secuencia de tensión y distensión de dieciséis grupos musculares y se emplean frases como "apretar el puño" (dando a entender que se debe alcanzar un alto grado de tensión). En la siguiente fase los grupos son siete y en la siguiente cuatro. Después se prescinde del elemento tensión y se procede a lo que se ha llamado "relajación por evocación" o "relajación diferencial", en la que los grupos musculares se relajan por medio de la evocación de las sensaciones relacionadas con la liberación de tensión. La fase final consiste en un resumen de lo aprendido anteriormente.

Además de la versión de Jacobson y las adaptaciones de Wolpe y Bernstein y Borkovec, existen otras variantes de la técnica que se diferencian únicamente en introducir un mayor o menor número de ejercicios para tensar los músculos, un mayor o menor número de repeticiones de los ejercicios, el orden de la secuencia que siguen los ejercicios o el uso de instrucciones dadas por el terapeuta. Ninguna de estas variaciones ha demostrado ser superior a otra.

Los ejercicios de *relajación muscular progresiva* han resultado favorables para reducir, entre otros, el dolor reumático (Stenstrom, Arge y Sundbom, 1996), el dolor y la fatiga (Van Tulder et al., 2001), la ansiedad (Rasid y Parish, 1998), el insomnio (Bootzin y Perlis, 1992) o la disnea y la ansiedad asociadas a patología pulmonar obstructiva crónica (Gift, Moore y Soeken, 1992).

Kerr (2000) cita en su estudio reducciones de los indicadores de estrés (tanto fisiológicos como psicológicos) tras seguir una formación en *relajación muscular progresiva*, no observando diferencias al comparar esta técnica con otros planteamientos como la relajación por visualización (Crist y Rickard, 1993) o la técnica de Mitchell (Salt y Kerr, 1997).

Revisando estudios que comparaban la *relajación muscular progresiva* y el *entrenamiento en relajación progresiva*, Lichstein (1988) destacó que las pruebas sobre la mayor eficacia de una u otra no eran concluyentes.

#### **4.2.1.2 EJERCICIOS DE RELAJACIÓN PASIVA**

Los ejercicios de *relajación pasiva* (también llamados de inducción directa) fueron desarrollados por Schwartz y Haynes (1974).

Estos ejercicios, al igual que los incluidos en la *relajación muscular progresiva*, han sido utilizados ampliamente en la práctica clínica y son básicamente los mismos, con la diferencia de que en la *relajación pasiva* no se introduce una tensión preliminar a la distensión/relajación.

Durante los ejercicios se va a hacer un repaso sistemático de los grupos musculares, de manera que, a medida que se presta atención a cada uno, el individuo detecta su posible tensión y la libera, pero relajándose exclusivamente.

Estos ejercicios presentan una serie de ventajas prácticas (Payne, 2009) con respecto a otros como los de relajación muscular progresiva porque:

- 1) Las secuencias pueden llevarse a cabo sin que el individuo que las ejecute llame la atención. Por consiguiente, son potencialmente útiles para emplearse en lugares donde pudiera aflorar el estrés.
- 2) Llevan menos tiempo que las secuencias de tensión-distensión, por lo que son útiles para ser practicadas en circunstancias cotidianas.

Como aspecto importante en relación a su entrenamiento cabe destacar que estos ejercicios requieren un conocimiento previo de la técnica de *relajación muscular progresiva* para que el individuo se haga consciente de las sensaciones relacionadas con el estado muscular, las cuales van a serle de ayuda para identificar y liberar tensión (Payne, 2009).

En este sentido, Smith (1999) recomienda una experiencia de 3-4 semanas en la práctica de la *relajación muscular progresiva* antes de iniciarse en variantes pasivas, a las que también denomina "procedimientos encubiertos".

De forma parecida, Godoy Izquierdo (2009) comenta la utilidad de la *relajación pasiva* como fase final del *entrenamiento en relajación muscular progresiva* de Jacobson ya que ayudan a facilitar su generalización a la vida cotidiana.

Las pruebas respecto a su utilidad las ofrecen Lucic, Steffen, Harrigan y Stueding (1991), cuyo trabajo respalda la opinión de que los músculos se relajan más fácilmente cuando el proceso no está precedido de una contracción intensa.

### **4.2.1.3 EJERCICIOS RESPIRATORIOS**

Todos sabemos que la respiración es básica para la vida y que gracias a ella el organismo obtiene el oxígeno necesario para las combustiones y se deshace de los gases producidos en las actividades químicas internas.

La respiración es una función hegemónica sobre la que podemos tener una cierta intervención consciente a pesar de estar regulada por el sistema vegetativo, pudiendo aumentar o disminuir a voluntad la frecuencia y volumen de nuestra inspiración y espiración.

La respiración está directamente relacionada con el sistema que controla la activación fisiológica, lo que aumenta su potencial como medio de inducir relajación (Lichstein, 1988).

El tipo de respiración que acompaña a la activación simpática (rápida y entrecortada) es bastante diferente a la parasimpática (pausada y suave), siendo esta conexión la que ha dado lugar a la percepción de que la respiración pausada tiene propiedades que alivian el estrés, lo que ha llevado a su adopción como técnica de relajación (Sudsuang, Chentanez y Veluvan, 1991).

Con todo, el mecanismo por el que la respiración pausada ayuda a reducir el estrés no está claro.

Para Pal, Velkumary y Madanmohan (2004), la eficacia de los *ejercicios respiratorios* está relacionada con la mejora del estado funcional del sistema nervioso vegetativo, mientras que Lum (1981) defiende su efecto corrector sobre patrones anormales de ventilación.

Garssen, De Ruitter y Van Dyke (1992) opinan, sin embargo, que la respiración pausada puede reducir el estrés por razones como la distracción.

Los ejercicios respiratorios han demostrado ser eficaces en pacientes con problemas de ansiedad, depresión e hiperventilación (Han et al., 2004; Tweeddale, Rowbottom y McHardy, 1994), ansiedad con retención de la respiración debido a disnea médicamente no explicable (Han et al., 2004), ataques de pánico (Hibbert y Chan, 1989) e insomnio (Choliz, 1995).

La práctica regular de ejercicios de respiración, además de ayudar al alivio del estrés y la ansiedad, puede contribuir a mejorar otros aspectos de gran interés para la disciplina de la Fisioterapia.

En este sentido, existen pruebas convincentes de que el aumento de la función respiratoria es un medio útil para mejorar el equilibrio postural a lo largo del tiempo (Aust y Fischer, 1997), así como el dolor y la función en pacientes con dolor lumbar crónico (Mehling, Hamel, Acree, Byl y Hecht, 2005).

Los protocolos de ejercicios respiratorios incluyen un variado número de técnicas como la respiración abdómino-diafragmática, la conciencia de la respiración o la respiración consciente (concentrar la atención en el patrón de respiración), el suspiro, la bolsa de aire (respiración abdominal que incorpora un elemento de visualización), el "expirar tensión, inspirar paz", la meditación por respiración o la respiración condicionada (Godoy Izquierdo, 2009).

#### **4.2.1.4 EJERCICIOS DE AUTOMASAJE**

Las estrategias psico-corporales de relajación anteriormente comentadas estimulan la mente (a través de aspectos como la respuesta de relajación) para que se transforme a sí misma y, a su vez, al cuerpo. El tacto también afecta al mismo sistema integrado mente-cuerpo, pero lo hace a través del cuerpo físico.

Esta intervención manual sobre el cuerpo es un elemento fundamental de los tratamientos realizados por los fisioterapeutas, los cuales lo van a emplear, ya sea a nivel preventivo o paliativo, en ámbitos muy variados, entre los que cabría destacar los relacionados con el sistema neuromúsculo-esquelético, como, por ejemplo, el deportivo (Córdova Martínez, Garcés Enrique y Seco Calvo, 2012).

El masaje, una de las terapias táctiles más conocidas, es un tipo de estrategia corporal que ha sido integrada dentro de las denominadas técnicas mente-cuerpo por su capacidad de influir desde el cuerpo en las funciones psicológicas.

A este efecto terapéutico del masaje sobre la esfera psicológica se añaden otros como el mecánico, fisiológico y reflejo (Andrade y Clifford, 2004) (Tabla 3) e incluso, el energético, reconocido por autores como Tappan y Benjamin (1998).

<b>Efecto</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Mecánico	Los efectos se deben al movimiento físico de los tejidos por compresión, tensión, separación.	Aumento retorno linfático. Movilización secreciones bronquiales.
Reflejo	El cambio funcional está mediado por el sistema nervioso.	Sedación o activación. Facilitación de la contracción del músculoesquelético.
Fisiológico	Implica un cambio de los procesos bioquímicos del cuerpo.	Mejora la remodelación del tejido conjuntivo.
Psicológico	El efecto se produce en la mente, las emociones o la conducta.	Mejora de la interacción social. Mejora la imagen física de uno mismo.
Psiconeuro inmunológico	La alteración del estado sensitivo se acompaña de cambios en las concentraciones hormonales o de la función inmunitaria	Reducción de la ansiedad y las concentraciones de cortisol. Mejora de la función de los linfocitos T.

Tabla 3. Efectos terapéuticos generales de los resultados de las técnicas de masaje. Fuente: modificado a partir de Andrade y Clifford (2004).

Existen bastantes evidencias sobre la eficacia de la masoterapia sobre gran cantidad de trastornos (músculo-esqueléticos, psiconeuroinmunológicos, neurológicos, cardiopulmonares, gastrointestinales, etc.). Una de las revisiones más interesantes sobre los resultados de la aplicación de la masoterapia es la realizada por Field en 1998, en la cual se recogen datos de los efectos en diferentes alteraciones, como la lumbalgia (con efectos de relajación muscular, reducción del dolor y de la ansiedad y depresión al aumentar los niveles de serotonina y dopamina), la cefalea migrañosa (con efectos de analgesia, reducción de los trastornos del sueño y menor distrés al aumentar los niveles de serotonina) o la fibromialgia (con efectos de disminución de la ansiedad, depresión y dolor al disminuir los efectos del cortisol).

Otros estudios también han demostrado que el masaje regular puede contribuir a aliviar el dolor de espalda (Weintraub, 1992), mitigar la respuesta de estrés (Byass, 1988; Turton, 1989), controlar síntomas de ansiedad y dolor de los enfermos de cáncer (Ferrell-Tory y Glick, 1993) y de depresión y ansiedad de adultos ingresados en unidades de cuidados coronarios (Heidt, 1981), así como disminuir la presión arterial y la frecuencia cardíaca de personas mayores (Fakouri y Jones, 1987).

El automasaje es una variante de la masoterapia que permite la aplicación sobre uno mismo de una serie de maniobras, que buscan, según la intensidad de

su aplicación, suavizar la rigidez general y dar calor (masaje suave de relajación) o disminuir las tensiones en distintas partes del cuerpo (masaje fuerte y profundo).

Este automasaje debe realizarse con precisión y mucha atención, con un estado mental relajado y concentrado: estar “presente” en cada movimiento e imaginar los efectos positivos resultantes (por ejemplo, la relajación de las bandas tensas en el músculo que el paciente siente contracturado).

Además de las maniobras tradicionales del masaje como el deslizamiento, el amasamiento o la fricción, los protocolos de automasaje suelen incluir la aplicación de presiones derivadas de la fisioterapia conservador, como por ejemplo las aplicadas en el abordaje de puntos gatillo, del *do-in* (antiguo método chino de automasaje) o de la reflexoterapia.

Para aplicar los ejercicios de automasaje es útil emplear instrumentos de masaje –pelotas, etc– (Fritz, 2005; Kaoverii Weber, 2005; Prouzet, 2001) y otros dispositivos diseñados para tal fin, como el Thera Cane (Davies y Davis, 2004), ya que se eliminan las sensaciones percibidas por las manos y permite al cerebro concentrarse en el área que recibe el masaje.

En una revisión Cochrane (Furlan, Brosseau, Imamura y Irvin, 2002), se llegó a la conclusión de que estas maniobras de acupresión podrían ser más eficaces que las técnicas de masaje sueco generalizado (deslizamiento, amasamiento, etc), aunque recomiendan la realización de nuevas investigaciones que ayuden a apoyar más dicho resultado.

La aplicación de automasajes diarios ha resultado beneficioso en la reducción del dolor y mejoría de pacientes con síndrome del túnel carpiano (Field et al., 2004), aunque no se sabe si los efectos beneficiosos se debieron a la acción directa del masaje sobre el túnel carpiano y los tejidos circundantes, o bien a la liberación de neurotransmisores en el sistema nervioso central.

#### **4.2.1.5 EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD/CONTROL POSTURAL**

Las autoposturas son la variante de ejercicio autónomo del método *reeducción postural global*, en la que, partiendo de una posición determinada en función de las diferentes cadenas musculares que se quiere trabajar, el paciente/cliente debe ir progresando mediante la combinación de fases estáticas (en las que se

deben evitar compensaciones) y dinámicas (en las que realizan movimientos de corta amplitud, suaves y progresivos), asociadas a una respiración basada en espiraciones lentas y relajadas (Souchart, 2002).

Dentro de estas autoposturas, va a ser especialmente importante el trabajo de conciencia corporal que se realiza a través de aspectos como el saber "cómo se está colocado" (el paciente partirá de la posición de salida más correcta posible) y "cómo se está respirando", y también por medio de descubrir las zonas y posiciones que ofrecen una sensación de cierta restricción o de ligera "molestia".

Este método ha demostrado su eficacia en el tratamiento de dolores crónicos en la columna lumbar (Bonetti et al., 2010) y cervical (Cunha et al., 2008), así como en la mejora de aspectos asociados a patologías crónicas como la fibromialgia (Marques, Mendonça y Cossermelli, 1994) o la espondilitis anquilopoyética (Alonso Blanco et al., 2009), contribuyendo también a la disminución de dolor y a la mejora del estado funcional de pacientes con dolor miofascial al ser combinado con relajación (Nicolakis et al., 2002) o con terapias conductistas (Komiyama, Kawara, Arai, Asano y Kobayashi, 1999).

La aplicación autónoma del trabajo contemplado en dicho método, englobado bajo la denominación *stretching global activo*, es una alternativa clara de ejercicio suave, poco agresivo (y por ello muy recomendable en todas las franjas de edad), y su práctica permite, entre otros efectos, suprimir los dolores ligados a la rigidez muscular y articular y corregir anomalías posturales ligeras (p. ej., la cabeza adelantada), así como ayudar a prevenir la aparición de deformidades, dolores o patología articular (Souchart, 1997).

Estos efectos estarían relacionados con las influencias de las autoposturas sobre diferentes aparatos y sistemas del organismo, como el músculo-esquelético, el respiratorio, el cardiovascular y el nervioso.

Los beneficios sobre el sistema músculo-esquelético están asociados principalmente a la mejora de la postura y a la liberación miofascial que se produce durante los estiramientos estáticos, la cual conduce a la relajación y liberación de los tejidos contraídos y tensos (Chaitow, 2007).

A nivel respiratorio, las autoposturas (que insisten en la espiración) van a ayudar a flexibilizar músculos como el diafragma (bloqueado en la inspiración con bastante frecuencia) y a ejercitar tanto la musculatura respiratoria profunda (serrato posterior, triangular del esternón) como la superficial (serrato anterior y abdominales), logrando producir mejoras de las presiones respiratorias máximas, en la expansión torácica y en la movilidad abdominal (Moreno et al., 2007).

Los beneficios de las autoposturas sobre la circulación están ligados al hecho de que muchas de ellas se realizan en decúbito supino con los miembros inferiores en elevación, así como a la provocación de respuestas como el aumento de la presión arterial sistólica, de la diastólica y de la presión arterial media (Mota, Barreto, Bin, Simões y Campbell, 2008).

El trabajo realizado en las autoposturas también parece producir efectos en el sistema nervioso, vinculados a cambios en determinadas áreas corticales motoras y reorganización del mapa corporal (Oliveri et al., 2012).

Este método también podría provocar otros efectos beneficiosos sobre el sistema nervioso a propósito de la apertura de la parte superior del tórax, cuyo "cierre" se ha relacionado con síntomas como la ansiedad o el insomnio (Overmyer, 2012).

Por otra parte, la práctica regular de estiramientos, ya sea a partir de esta modalidad o de otras de carácter más analítico, contribuye a la consecución de cierta relajación (González Montesinos, 2006), siendo sus efectos superiores a los de la técnica de relajación muscular progresiva en casos de tensión muscular cervical crónica (Kay y Carlson, 1992).

Entre los mecanismos por los que estas autoposturas pueden fomentar la relajación estarían:

- 1) La reducción en la excitabilidad de motoneuronas (Scholz y Campbell, 1980), lo que, como consecuencia, produce un descenso de los niveles de tensión muscular, dolor e isquemia.
- 2) La activación de receptores sensibles a la longitud (Anderson, 1983). Este efecto puede hacer que al individuo le resulte más fácil liberar tensión al realizar estiramientos.

3) La elevación de la temperatura corporal, lo cual contribuye a una reducción de la activación del sistema nervioso autónomo (Carlson y Curran, 1994).

Por otra parte, basándose en el solapamiento entre los meridianos de la medicina tradicional oriental, las cadenas musculares y los meridianos miofasciales defendidos por Bertherat y Bernstein (2006) y Myers (2010), creemos que también sería posible teorizar acerca de una posible influencia a nivel energético mediante la práctica de autoposturas.

A nivel de la práctica clínica existen diversas autoposturas, que permiten responder a la retracción de las diferentes cadenas musculares (Tabla 4).

Cada autopostura insistirá en mayor o menor medida en el trabajo de una u otra una cadena muscular, pero, al ser necesario mantener en todas ellas tres *puntos claves* (situados a nivel del occipucio, hombros/cintura escapular y sacro), se va a ver favorecido, el estiramiento/flexibilización de ciertas estructuras con tendencia al acortamiento (p. ej., el pectoral mayor y menor) y la tonificación de otras (p. ej., fijadores de la escápula).

<b>Cadenas estiradas</b>	<b>Familias posturales</b>
Cadena inspiratoria. Cadena maestra anterior. Cadera anterointerna del hombro. Cadena anterior del brazo. Cadena lateral de la cadera.	Autopostura de rana en el suelo, brazos separados.
Cadena inspiratoria. Cadena maestra anterior. Cadera superior del hombro. Cadena anterior del brazo. Cadena lateral de la cadera.	Autopostura de rana en el suelo, brazos juntos.
Cadena principal posterior. Músculos espinosos. Músculos aductores del brazo. Músculos anteriores del brazo, antebrazo y la mano. Músculos inspiratorios.	Autopostura de rana al aire, brazos separados.
Cadena principal posterior. Músculos paravertebrales. Músculos profundos de la pelvis. Músculos isquiotibiales. Gemelos. Músculos aductores. Músculo tensor de la fascia lata.	Autopostura de rana al aire con insistencia sobre los miembros inferiores.

Tabla 4. Autoposturas en descarga y cadenas estiradas. Fuente: *Stretching* global activo. De la perfección muscular al éxito deportivo II. Souchart (2002).

En el caso de personas mayores o con problemas de dolor o fragilidad, Souchart (1997) recomienda la elección de autoposturas en descarga (Figura 28), de-

biéndose combinar en cada sesión la práctica de dos ejercicios, en los que se complemente el trabajo de diferentes cadenas musculares (p. ej., cadena principal anterior y posterior).



Figura 28. Autopostura rana al aire con insistencia en miembros inferiores. [Fuente: Elaboración propia de los autores.]

La progresión en las autoposturas debe ser muy lenta, al ritmo de cada paciente/cliente y en la medida que se vayan alargando los músculos tensos.

En las afecciones crónicas la temporalización ideal debe ser una sesión por semana, mientras que para los casos agudos serán necesarias dos sesiones semanales.

# ENFOQUE INTEGRADOR

# 5

## 5.1 INTRODUCCIÓN

Pese a que muchas de las investigaciones realizadas por fisioterapeutas cumplen gran parte de los requisitos recomendados sobre eficacia de los tratamientos (Seligman, 1995), como la evaluación detallada, la fijación de un número determinado de sesiones o el seguimiento de los participantes a largo plazo, son todavía muy escasas las que explicitan los modelos que rigen las actuaciones que en ellas se llevan a cabo.

Estos modelos, que deberían mantenerse lo más próximo posible al paradigma biopsicosocial, van ser de gran ayuda a los profesionales, tanto a la hora de analizar los mecanismos de acción a través de los cuales las intervenciones van a influir sobre los fenómenos de salud-enfermedad de las personas, como para la generalización de los resultados surgidos a diferentes contextos.

El enfoque que presentamos en este artículo, que hemos denominado "Enfoque integrador para evaluar la eficacia de intervenciones fisioterapéuticas sobre la calidad de vida relacionada con la función", pretende aunar dentro de un único marco teórico, algunos de los postulados planteados en los cuatro capítulos anteriores, entre los que cabe destacar:

- 1) El modelo de Pearlin et al. (1990).
- 2) El modelo de discapacidad de Nagi (1965).
- 3) El modelo de discapacidad de Verbrugge y Jette (1994).
- 4) La Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (2001).
- 5) Los modelos de Wilson y Cleary (1995) y Valderas y Alonso (2008) sobre categorización de medidas de resultado.
- 6) La expansión creada por la APTA (2003), a propósito del alcance de las intervenciones fisioterapéuticas de promoción de la salud sobre el proceso de funcionamiento-discapacidad.

- 7) La propuesta planteada por los fisioterapeutas Hengeveld y Banks (2006) sobre educación al paciente basada en aproximaciones cognitivo-conductuales.
- 8) Las propuestas de Hall y Brody (2006) y Kisner y Colby (2010) sobre el papel de las intervenciones realizadas desde fisioterapia sobre el proceso de funcionamiento-discapacidad y la calidad de vida.

## 5.2 DESARROLLO DEL ENFOQUE

El enfoque que aquí presentamos, denominado "*Enfoque integrador para evaluar la eficacia de intervenciones fisioterapéuticas sobre la calidad de vida relacionada con la función*", pretende mostrar un marco conceptual de utilidad a los fisioterapeutas que quieran desarrollar intervenciones de control/reducción del deterioro de la CV y la función.

Este enfoque combina una primera parte, que incluye una propuesta de categorización de las variables/medidas de resultado que hacen referencia a los efectos negativos de las tareas de cuidado continuado, y una segunda, en la que se plantea el papel de las intervenciones socio-sanitarias (educativas, terapéuticas, etc) sobre el control/atenuación de este deterioro de la calidad de vida y/o la función (Figura 29).

En relación a la primera parte, que incluye las medidas de resultado sobre las que sustentar la eficacia de las acciones promotoras a realizar desde la Fisioterapia, nuestro enfoque plantea mantener la clasificación propuesta por Valderas y Alonso (2008), basada en cuatro categorías:

- 1) Una primera, centrada en el funcionamiento y que incluye medidas ligadas a las *estructuras y funciones corporales* (factores biológicos-fisiológicos y estado de síntomas) y a las *actividades y participación* (estado funcional).
- 2) Una segunda que hace referencia a la *percepción general de salud*, medida a través de una sola pregunta.
- 3) Otra tercera relativa a la calidad de vida, en sus diferentes dimensiones (física, mental, etc.)
- 4) Una cuarta ligada a otros resultados de salud, que incluye medidas como la satisfacción con el tratamiento o la resiliencia..

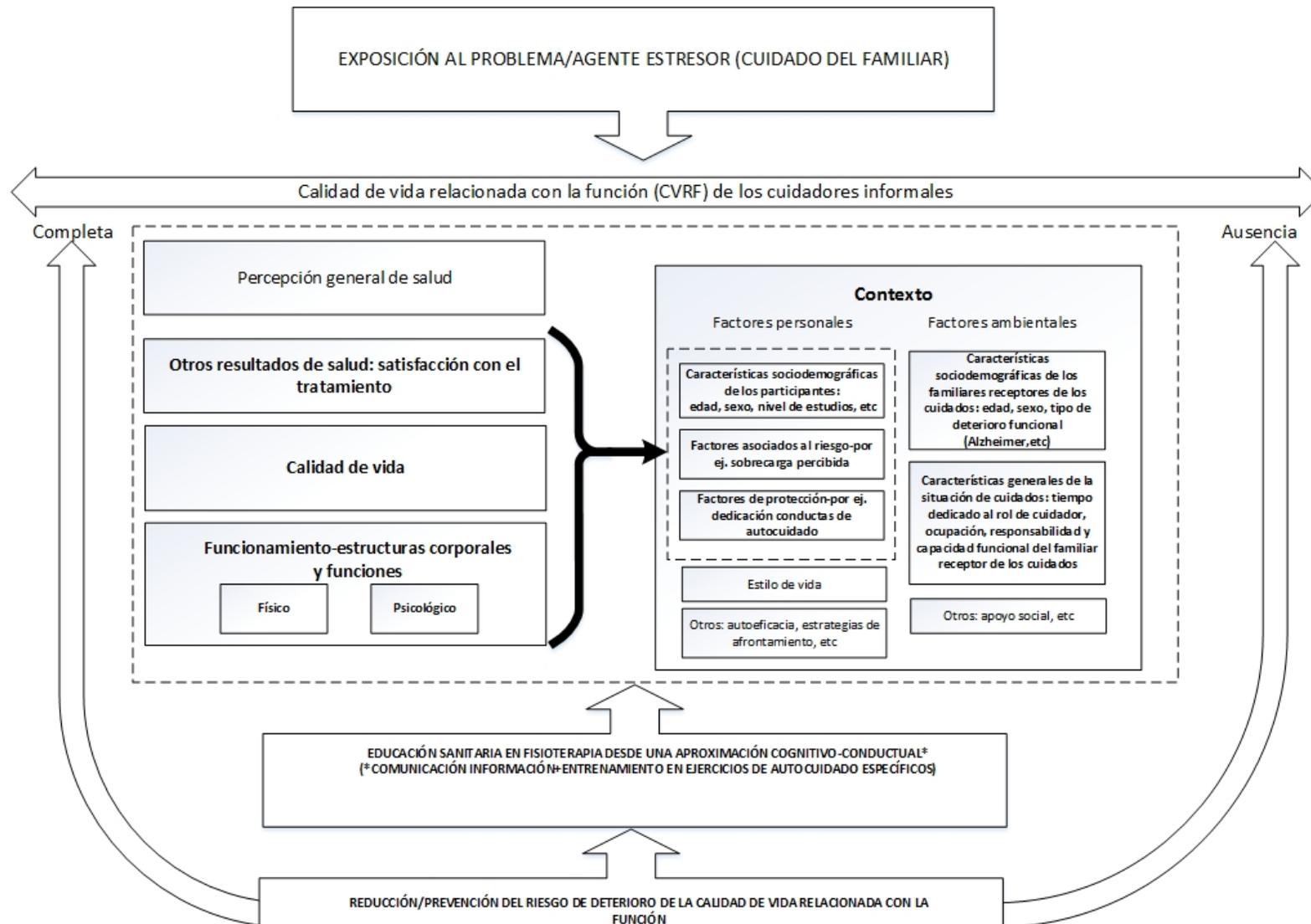


Figura 29. Enfoque integrador para evaluar la eficacia de intervenciones fisioterapéuticas sobre la calidad de vida relacionada con la función (CVRF). [Fuente: Elaboración propia de los autores.]

A propósito de las variables relativas a la primera categoría, centrada en la función, nuestro modelo contempla, al igual que el de Valderas y Alonso, la inclusión de aquellas medidas de resultado que hacen referencia a *factores biológicos-fisiológicos, estado sintomático y estado funcional*.

Sobre los *factores biológicos-fisiológicos* resulta de especial interés la inclusión de medidas relativas a la condición de salud general, como son la talla y el peso, los perímetros musculares, los pliegues cutáneos, la presión arterial o la alineación postural, a las que se añadirían específicas en función de la problemática particular del individuo.

En el caso de que estos se encuentren sometidos a condiciones similares a los cuidadores informales, es decir, una elevada/mantenida exposición al estrés, creemos que sería muy indicado asociar mediciones que permitan determinar, de una manera objetiva, la reactividad fisiológica a él asociada, como el nivel de cortisol en sangre o el tono muscular de determinadas estructuras "diana" (trapecio fibras superiores, etc.).

En esta primera categoría de medidas de resultados ligadas al funcionamiento, también se encontraría el *estado sintomático*, que representa el intento del cuerpo por defenderse de un progresivo deterioro de su funcionamiento normal (O'Sullivan, 2013).

Dentro de este indicador debería evaluarse la existencia de determinados indicadores, como, por ejemplo, el dolor, la fatiga, la ansiedad o la depresión, los cuales pueden contribuir a crear sensaciones de "malestar" en los pacientes/clientes.

También pensamos que, en estas medidas relativas a la presencia de síntomas, resulta de gran interés determinar un posible detrimento del bienestar, tanto emocional como psicológico.

El análisis de esta última variable, ligada al desarrollo del potencial humano, resulta especialmente interesante en el caso de intervenciones que sean planteadas sobre población adulta mayor (mayores de 65 años), ya que incluye escalas, como el *propósito en la vida* o el *crecimiento personal*, con tendencia a disminuir progresivamente desde la edad mediana hasta la vejez (Ryff, 1989; Triadó, Villar,

Solé y Osuna, 2005). La consecución de efectos beneficiosos sobre ellas, gracias a las intervenciones fisioterapéuticas, sería un hecho especialmente relevante, que permitiría confirmar su eficacia sobre un envejecimiento más satisfactorio.

En esta primera categoría de medidas de resultado ligadas al funcionamiento, se incluirían además las relativas al *estado funcional*, que estaría asociado a su vez, según los niveles de detalle de la CIF, a las *actividades y participación*.

Este *estado funcional* abarca las tareas, actividades y roles que identifican a una persona como adulto independiente y tiene gran importancia en la vida diaria, ya que exige integrar destrezas motrices, además de capacidades cognitivas y afectivas (O'Sullivan, 2013).

A propósito de este *estado funcional*, pensamos que resulta de especial relevancia analizar aquellos indicadores que hacen referencia al grado de *capacidad funcional* (índice de Barthel) de los pacientes/clientes y nivel de *condición física funcional*, cuya pérdida está asociada a un riesgo de aparición de enfermedades hipocinéticas (Garatachea Vallejo, 2006).

Dentro de esta *condición física funcional*, que está relacionada con la habilidad para desarrollar diariamente actividades diarias con vigor (Pate, 1988), se deberían observar al menos los componentes de flexibilidad, agilidad, resistencia cardiorrespiratoria y fuerza-resistencia muscular, los cuales pueden verse influenciados positivamente por el entrenamiento.

El conocimiento de la integridad/deterioro del funcionamiento de los pacientes/clientes a partir de estas medidas de resultado relativas a las *estructuras y funciones corporales* y de las *actividades y participación*, va a ser de gran ayuda a la hora de determinar la eficacia de las intervenciones socio-sanitarias, pero no representa la totalidad de los aspectos que sería adecuado analizar si se desea llevar a cabo enfoques que sean realmente integradores.

Es por ello por lo que nuestro enfoque propone la inclusión de medidas de resultado que hagan referencia a perspectivas "filosóficas" o más próximas a lo esencial humano, como por ejemplo la calidad de vida.

Esta conceptualización, que es evaluada a partir de informes autocumplimentados principalmente, constituye una parte fundamental dentro de nuestro

enfoque ya que, además de prestar atención a la perspectiva más sociológica de los fenómenos de salud-enfermedad, puede resultar una *expectativa de resultado* cercana y estimulante para los participantes en las intervenciones.

Otra de las categorías de medidas de resultado incluidas dentro del enfoque que aquí se presenta, es la que hace referencia al *contexto* en el que se sucede la vida de los individuos, constituido por dos tipos de factores: *ambientales y personales*.

A propósito de los *factores ambientales*, planteamos que, en la medida en que sea posible, se dedique una especial consideración hacia los que, en mayor medida, puedan favorecer/acelerar el deterioro de la calidad de vida y/o la función.

En este sentido y dentro de la intervención fisioterapéutica realizada con cuidadores informales, sobre la que se aplicó el enfoque teórico aquí presentado, se analizaron dos agrupaciones de factores ambientales, que fueron contempladas como "estresores":

-Las *características sociodemográficas del familiar receptor de los cuidados*, que incluyó la edad, género y tipo de deterioro funcional

-Las *características generales de la situación de cuidados*, con el tiempo dedicado al rol de cuidador, la ocupación de cuidador, responsabilidad en el cuidado y grado de capacidad funcional del receptor de los cuidados.

En relación a los *factores personales*, que simbolizan lo particular que está detrás de la apariencia o intención de vida de una persona, nuestro enfoque propone dedicar especial atención a aquellos, derivados de las propuestas de Daza Lesmes y Torres Narváez (2007), que son "potencialmente" modificables mediante fisioterapia y entre los cuales se incluirían:

- 1) *El estilo de vida.*
- 2) *Los factores asociados al riesgo*, como por ejemplo, un elevado nivel de estrés/sobrecarga.
- 3) *Los factores protectores*, como por ejemplo, una alta implicación en actividades de autocuidado.
- 4) Otras experiencias ligadas, en una gran parte, al "empoderamiento", como las creencias en las propias capacidades (autoeficacia) o las estrategias de afrontamiento.

Desde este enfoque, se propone además el uso del concepto *calidad de vida relacionada con la función* (CVRF), que se plantea como un constructo conformado por una agrupación de variables, cada una de las cuales va a contribuir a cuantificar un rasgo o aspecto de la calidad de vida y la función, entre los anteriormente comentados (estado de síntomas, etc).

Este constructo también va a ser contemplado en esta investigación desde postulados que, derivados de la gestión frente a desastres, ya han sido utilizados en el ámbito del cuidado informal (Vitaliano, Russo, Young, Teri y Maiuro, 1991).

Al respecto de la aplicación de estos postulados en contextos de *prevención primaria*, es decir, en individuos que todavía no presentan diagnósticos claros de disfunción, se plantearía el concepto de "riesgo" de deterioro de la CVRF (R), siendo este el resultado ( $R=E*Vu/Re$ ) del afrontamiento, por parte de los individuos, del *estresor* (por ej. cuidado del familiar-E), desde sus *vulnerabilidades* (Vu) y *recursos* (Re).

Dentro de este enfoque, se entiende la *vulnerabilidad* (Vu) como un indicador ligado a determinadas características del contexto, entre las cuales se encontrarían las de carácter "fijo" (edad, nivel de estudios, etc) y las "potencialmente" modificables desde intervenciones socio-sanitarias. Entre las medidas relativas a esta vulnerabilidad, se encontrarían los *factores asociados al riesgo*, como, por ejemplo, la percepción de un elevado nivel de estrés/sobrecarga.

Se considerarían recursos (Re) aquellos factores, tanto personales (creencias de autoeficacia, estrategias de afrontamiento, etc.), como ambientales (apoyo social percibido, etc.), que, según la evidencia disponible, contribuyen a "proteger" a los individuos frente al riesgo de deterioro.

Cuando este deterioro ya se encuentra presente, es decir, en contextos de prevención secundaria o terciaria, se plantearía entonces la visión de un "riesgo" ya materializado, como consecuencia de la existencia de uno o varios de los anteriores indicadores (alta vulnerabilidad, escasos recursos, etc).

Dentro de la segunda parte de este enfoque, que se centra en la terapéutica, se abordan los efectos de las intervenciones fisioterapéuticas sobre el riesgo de

deterioro de la CVRF (prevención primaria) o sobre su "tratamiento" (prevención secundaria y terciaria).

Como estrategias terapéuticas que pueden ser orientadas en este sentido por los profesionales de la Fisioterapia, se encontrarían la *comunicación de información* y el *ejercicio terapéutico*, las cuales pretenden favorecer en los pacientes/clientes aspectos como el aumento de conocimientos y de experiencias.

En relación al efecto de estas estrategias fisioterapéuticas, nuestro enfoque propone una adaptación de la propuesta de Kisner y Colby (2010) (Figura 30), acerca de las principales vías por las que algunas de ellas, como por ejemplo el ejercicio, actuarían sobre el deterioro de la CVRF o sobre su riesgo de aparición:

- 1) Actuando de manera directa, a través de los efectos provocados sobre las variables que plasman los diferentes rasgos de la CVRF, de entre los anteriormente comentados.
- 2) Actuando de manera indirecta, a través de la influencia sobre determinados factores contextuales susceptibles de ser modificados (asociados al riesgo, etc.).

En relación a este último punto y conectando con los postulados derivados de la gestión de riesgo frente a desastres ya presentados, pensamos que es importante analizar las relaciones existentes entre las mejorías alcanzadas gracias a las intervenciones fisioterapéuticas sobre las variables que determinan la CVRF (ansiedad, etc.) y los efectos producidos sobre los indicadores que muestran la vulnerabilidad y los recursos de los pacientes/clientes.

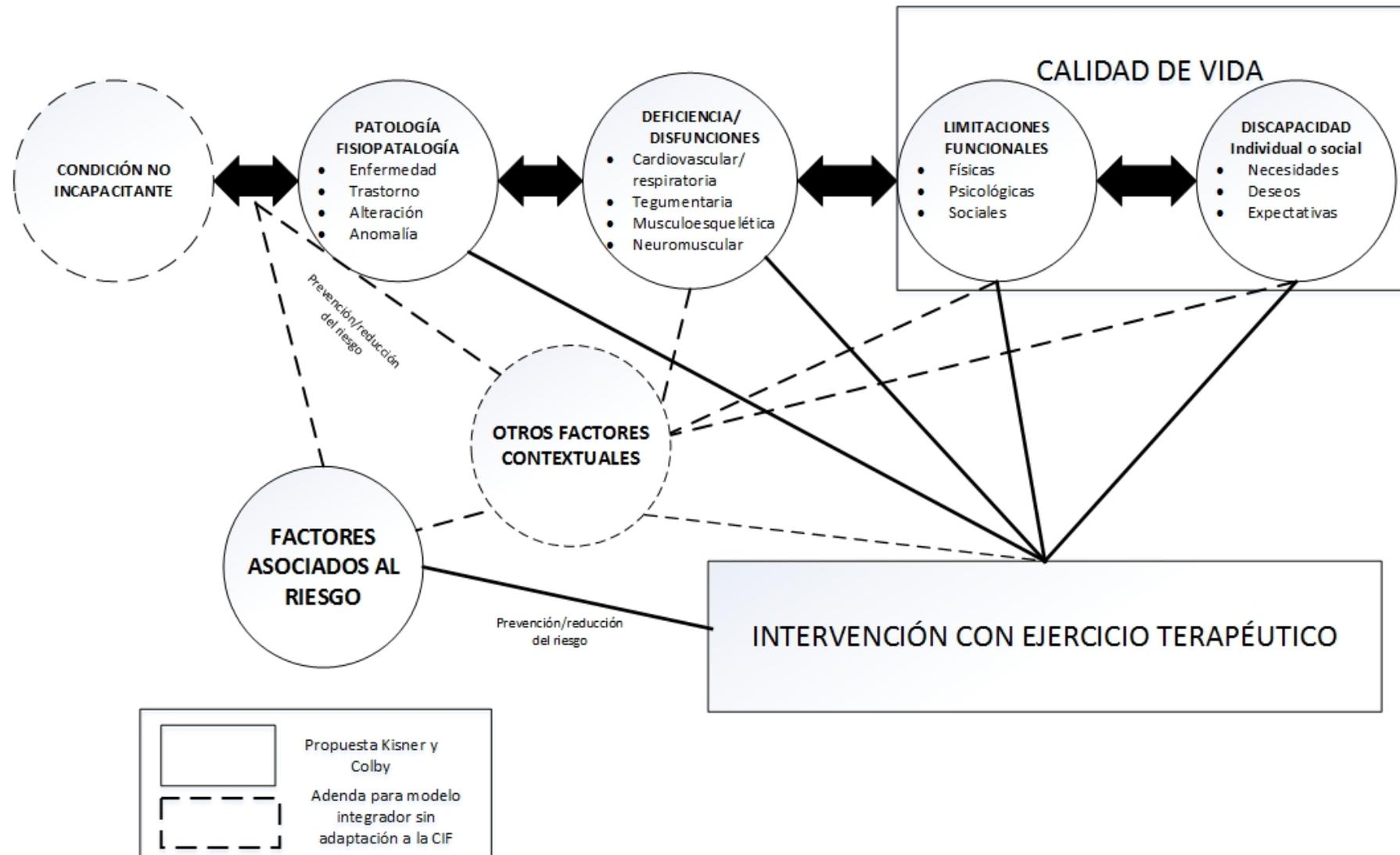


Figura 30. Repercusión del ejercicio físico sobre el proceso de discapacidad. Fuente: modificado de Kisser y Colby, 2010.



## OBJETIVOS

## 6

Dentro de esta tesis doctoral hemos planteado un objetivo principal y otros secundarios.

Como objetivo principal nos hemos propuesto conocer los efectos producidos sobre la calidad de vida relacionada con la función de un grupo de cuidadores informales, a partir de dos intervenciones formativas basadas en el autocuidado, orientadas desde la disciplina de la Fisioterapia.

Como objetivos secundarios se han planteado los siguientes:

- 1) Determinar los *factores contextuales* de la muestra objeto de estudio y compararlos con las de otras poblaciones descritas en investigaciones ya existentes.
- 2) Conocer la *calidad de vida* y el *estado funcional* de la muestra objeto de estudio y compararla con las de otras poblaciones descritas en investigaciones ya existentes.
- 3) Analizar las relaciones entre los *factores contextuales*, tanto personales como ambientales, y las variables asociadas a la *calidad de vida relacionada con la función*, en dicha muestra de estudio.
- 4) Conocer las mejoras alcanzadas tras las intervenciones, tanto a corto como a largo plazo, sobre los factores personales (asociado al riesgo y protector), en los dos grupos objeto de estudio (control y experimental).
- 5) Determinar las relaciones entre las mejoras que se alcancen tras las intervenciones, tanto a corto como a largo plazo, sobre el factor protector (tiempo dedicado al autocuidado) y sobre las variables relativas a la *calidad de vida relacionada con la función*, en los dos grupos objeto de estudio (control y experimental).
- 6) Conocer las relaciones entre las mejoras que se alcancen tras las intervenciones, tanto a corto como a largo plazo, sobre el factor protector (tiempo dedicado al autocuidado) y sobre el *factor asociado al riesgo* (sobrecarga percibida) en los dos grupos objeto de estudio (control y experimental).

- 7) Determinar el grado de satisfacción de los cuidadores informales participantes en el estudio en relación a las intervenciones efectuadas.
- 8) Analizar la regularidad en la asistencia a las sesiones efectuadas de los cuidadores informales participantes en el estudio.
- 9) Estudiar las preferencias en torno a las diferentes estrategias de autocuidado específicas enseñadas a los cuidadores participantes en el grupo experimental.

# HIPÓTESIS

# 7

Basándonos en el enfoque integrador propuesto, hemos formulado nuestras hipótesis de investigación.

Afirmamos que los cuidadores de nuestra muestra mostrarían peor calidad de vida y función, tanto en el ámbito psicológico como físico, que la población general de referencia.

Afirmamos que los cuidadores que se percibieran más sobrecargados (factor asociado al riesgo), mostrarían peor calidad de vida y niveles de funcionamiento, tanto psicológico como físico, más desfavorables.

Afirmamos, además, que los cuidadores que dedicaban más tiempo a su propio cuidado (factor protector) antes de iniciar el programa, presentarían mayor calidad de vida y mejor función, tanto psicológica como física, y también se percibirían menos sobrecargados.

En cuarto lugar, afirmamos que los cuidadores que fueran entrenados en ejercicios de autocuidado basados en estrategias psico-corporales específicas, verían aumentada su calidad de vida y mostrarían niveles de funcionamiento, tanto psicológico como físico, más elevados.

Finalmente, afirmamos que dichas mejoras estarían relacionadas con la menor sobrecarga percibida por los participantes y con el mayor tiempo dedicado al autocuidado.



# METODOLOGÍA

# 8

## 8.1 TIPO DE DISEÑO

Se realizó un diseño piloto de tres medidas repetidas (preintervención, postintervención y seguimiento) sobre una muestra de conveniencia que fue dividida en dos grupos: uno, de control, con los cuidadores principales informales pertenecientes a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFA) de Astorga y La Bañeza y Comarca, y otro, experimental, con los pertenecientes a AFA León y Bierzo.

Dado que se obtuvo información en tres momentos diferentes, este estudio tiene un diseño cuasi experimental, que incluye una evaluación pretest, una posttest, realizada a las 18 semanas, y una final de seguimiento, a las 36.

Nuestra investigación se enmarca en el ámbito de la promoción de la salud, donde se enfoca la resolución de un problema de carácter práctico asumiendo las premisas y requerimientos de la investigación con un enfoque principalmente cuantitativo.

## 8.2 DOMINIOS, INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y VARIABLES

La cuantificación del impacto de las intervenciones fisioterapéuticas presentadas en esta tesis doctoral se ha realizado a partir de una serie de variables que han sido clasificados dentro de cuatro dominios: factores contextuales, calidad de vida relacionada con la función (CVRF), otros resultados de salud e implementación de la intervención (Tabla 5).

El primer dominio de esta investigación hace referencia a los *factores contextuales*, que incluye a los *personales*, con las características sociodemográficas de los participantes (edad, sexo, estudios, parentesco), factores asociados al riesgo (sobrecarga percibida) y protectores (tiempo dedicado al autocuidado), y los *ambientales*, con las características del familiar receptor de los cuidados (sexo, edad y tipo de deterioro de la persona cuidada) y las características generales de la situa-

ción de cuidados (responsabilidad, ocupación, tiempo dedicado al rol de cuidado y grado de deterioro funcional de la persona cuidada).

ASPECTOS EVALUADOS				
Dominios y factores		Instrumento de medida	Variables/Categorías	
FACTORES CONTEXTUALES	PERSONALES	<b>Características sociodemográficas de los participantes</b>	Entrevista de cuidadores diseñada a partir de la Pauta de Entrevista Inicial para Cuidadores (López y Crespo, 2007)*.	Sexo. Edad. Parentesco. Nivel de estudios.
		<b>Factor asociado al riesgo</b>	Escala de carga del cuidador-Zarit.	Sobrecarga percibida.
		<b>Factor de protección</b>	Cuestionario diseñado a partir del aplicado en el programa Paciente Experto de la Universidad de Stanford*.	Implicación en conductas de autocuidado (ejercicio).
	AMBIENTALES	<b>Características del familiar receptor de los cuidados</b>	Entrevista de cuidadores diseñada a partir de la Pauta de Entrevista Inicial para Cuidadores (López y Crespo, 2007)*.	Sexo. Edad. Tipo de deterioro de la persona cuidada.
		<b>Características generales de la situación de cuidados</b>	Entrevista de cuidadores diseñada a partir de la Pauta de Entrevista Inicial para Cuidadores (López y Crespo, 2007)*.	Responsabilidad en el cuidado. Ocupación del cuidador. Tiempo dedicado al rol de cuidador.
			Índice de Barthel.	Grado de deterioro funcional de la persona cuidada
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA FUNCIÓN	FUNCIONAMIENTO	<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Cuestionario SF-12.	Perfil de salud física (PCS) y mental (MCS).
		<b>PSICOLÓGICO</b>	Cuestionario bienestar psicológico de Ryff.	Bienestar psicológico.
	<b>FÍSICO</b>		Cuestionario STAI.	Ansiedad.
		Test de alcanzar las manos tras la espalda.	Flexibilidad.	Tren superior.
		Test del cajón.		Tren inferior y tronco.
		Flecha cervical-C7.	Alineación postural	Cervical.
		Flecha lumbar-L3.		Lumbar.
<b>OTROS RESULTADOS DE SALUD</b>	Cuestionario CSQ-8.	Satisfacción con el tratamiento.		
<b>IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b>	Cuestionario diseñado para esta investigación*.	Preferencia sobre tratamientos (grupo experimental).		
	Control de asistencia.	Implicación tratamiento.		

Tabla 5. Dominios/factores, instrumentos de medida y variables empleadas en la investigación. [Fuente: Elaboración propia.]

\*Se utilizarán estos datos para validar el cuestionario correspondiente para este tipo de poblaciones.

El segundo dominio hace referencia a la *calidad de vida relacionada con la función* (CVRF), e incluye dos dimensiones, la calidad de vida, conformada a su vez por las puntuaciones sumario físico (PCS) y mental (MCS), y el funcionamiento, del que se contempla la dimensión psicológica y física.

Dentro de la investigación también se han considerado una serie de variables ligadas a otros dos dominios: *resultados de salud*, que incluye la satisfacción de los participantes con el tratamiento y la *implementación de la intervención*, con aspectos relacionados con el grado en que las intervenciones se pusieron en práctica (asistencia a las sesiones, etc.)

### **8.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS DOMINIOS Y VARIABLES**

En este apartado se describen los dominios y las variables que han sido contemplados a lo largo de esta investigación.

#### **A. FACTORES CONTEXTUALES**

**A.1 FACTORES PERSONALES:** constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Está compuesto por las características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud (CIF, 2001).

##### **A.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES:**

- Edad: en años.
- Sexo: mujer/varón.
- Parentesco: con el fin de facilitar su procesamiento estadístico, esta variable se clasificó en cuatro categorías: primer grado (cónyuge), segundo grado (hijo/a) o tercer grado (hermanos, sobrinos, etc.).
- Nivel de estudios: esta variable se desglosó en cuatro niveles (sin estudios o primarios incompletos, estudios de primer grado, estudios de segundo grado y estudios de tercer grado-universitarios), de menor a mayor grado de capacitación.

**A.1.2 FACTOR ASOCIADO AL RIESGO (sobrecarga percibida):** está considerada una concepción multidimensional que procede de varios factores independientes, como la carga física que supone el cuidado, la carga emocional generada, el tiempo dedicado al cuidado del familiar, el sentimiento de proyecto vital interrumpido y el conflicto social derivado de este (Novak y Guest, 1989). Dentro de esta

investigación ha sido entendida desde una posición ciertamente “mediadora” (Figura 2), entre el estresor (cuidado del familiar) y los efectos últimos del cuidar, siendo estos el resultado de un mejor o peor o ajuste según la percepción más o menos negativa y en función de las habilidades y recursos con los que cuenta el cuidador (Montorio Cerrato et al., 1998).

**A.1.3 FACTOR PROTECTOR (dedicación al autocuidado):** esta variable hace referencia a la implicación de los cuidadores en actividades de autocuidado (ejercicio), a partir de la cuantificación del tiempo empleado (minutos/semana). Dentro de esta investigación se ha planteado que actuará presumiblemente como “protectora” frente al deterioro de la calidad de vida relacionada con la función.

**A.2 FACTORES AMBIENTALES:** constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en que los cuidadores viven y desarrollan sus vidas. Pueden tener una influencia negativa o positiva en sus vidas, al actuar como una barrera o un incentivo del proceso de funcionamiento-discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2001).

### **A.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL FAMILIAR RECEPTOR DE LOS CUIDADOS**

- Edad: en años.
- Sexo: mujer/varón.
- Tipo de deterioro funcional de la persona cuidada: los cuidadores fueron interrogados sobre el diagnóstico médico de su familiar, del que habían sido informados por el facultativo especialista. Esta variable se desglosó en tres niveles (1.-Alzhéimer, 2.-Otro tipo de demencia, 3.-Otro tipo de enfermedad), teniendo en cuenta el tipo de pacientes que atienden las asociaciones que conformaban el estudio.

### **A.2.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS**

- Responsabilidad en el cuidado: esta variable se dividió en dos categorías que especifican si el cuidador entrevistado asumía la responsabilidad solo o la compartía con otras personas (profesionales o no).
- Ocupación del cuidador: esta variable fue desglosada en dos categorías, determinando el cuidador si se dedicaba exclusivamente al cuidado del familiar o si realizaba además alguna actividad remunerada.
- Tiempo en el rol de cuidador: en meses.

- Grado de deterioro funcional de la persona cuidada: esta variable hace referencia al nivel de limitación de los familiares receptores de los cuidados, es decir, la necesidad de realizar las actividades de la vida diaria con supervisión, dirección o asistencia activa de otra persona, como caminar dentro del hogar, comer, bañarse, acostarse, utilizar el sanitario y levantarse de la cama.

**B. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA FUNCIÓN (CVRF):** se plantea como un constructo conformado por una serie de variables relativas a la calidad de vida y al funcionamiento, siendo expresado este último desde dimensiones equiparables a las de la CIF.

**B.1. CALIDAD DE VIDA:** esta dimensión hace referencia al perfil general del estado de salud percibida de los cuidadores, es decir, la percepción subjetiva de su capacidad para realizar actividades importantes (Naughton et al., 1996).

**B.2. FUNCIONAMIENTO:** esta dimensión hace referencia a la condición de funcionalidad de los cuidadores, tanto psicológica como física.

**B.2.1 FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO:** incluye a variables que hacen referencia a indicadores positivos (bienestar) y negativos (ansiedad) de la funcionalidad psicológica.

**B.2.1.1 Bienestar psicológico:** incluye la visión que, estando próxima a la tradición eudaimónica, contempla el bienestar que está ligado al desarrollo de capacidades y crecimiento personal (1989).

**B.2.1.2 Ansiedad:** en esta investigación nos basamos en la idea desarrollada por Spielberg (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) de distinguir, conceptual y operacionalmente, entre la ansiedad como una condición o estado emocional transitorio que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo (ansiedad estado), y como rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad rasgo).

**B.2.2 FUNCIONAMIENTO FÍSICO:** incluye la movilidad/flexibilidad y la alineación postural.

**B.2.2.1 Movilidad/flexibilidad:** hace referencia a la capacidad que tienen las estructuras o segmentos del cuerpo de moverse o ser movidos para permitir que se produzca la amplitud de movimiento durante las actividades funcionales. En los

adultos mayores su pérdida gradual y acusada conlleva una pérdida de capacidades funcionales y, a largo plazo, de la calidad de vida (Garatachea Vallejo, 2006).

**B.2.2.2 Alineación postural:** la postura bípeda ideal suele estar alterada debido a un elevado número de factores que influyen en ella. De mantenerse un largo tiempo, esta modificación puede ocasionar deficiencias en diferentes sistemas corporales, especialmente en el sistema músculo-esquelético, que podrían llegar a producir limitaciones en la actividad y, en muchos casos, considerables restricciones en la participación del individuo (Daza Lesmes y Torres Narváez, 2007).

**C. OTROS RESULTADOS DE SALUD:** incluye la *satisfacción con el tratamiento*, que hace referencia a la experiencia del individuo con la asistencia recibida, comparada con sus expectativas (Pecci, 2013).

**D. IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:** la valoración del grado de implementación de la intervención permite generalizar los resultados de esta a otros contextos (esto es, poder ser realizada por otros terapeutas en entornos similares o distintos a aquellos en que los que se realiza esta intervención). En esta investigación recoge la información relativa a la asistencia de los participantes a las sesiones, así como las preferencias sobre las estrategias terapéuticas enseñadas por el grupo experimental.

## 8.2.2 DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE RESULTADOS

Los datos sobre las variables de estudio fueron obtenidos a través de tres tipos de medida de resultado:

- 1) Entrevista diseñada a partir de pautas propuestas en otras investigaciones realizadas en cuidadores,
- 2) Cuestionarios de resultados percibidos por los pacientes (PRO en sus siglas en inglés),
- 3) Cuestionario de diseño propio sobre la preferencia en los tratamientos (grupo experimental),
- 4) Exploración física.

### 8.2.2.1 ENTREVISTA DE DISEÑO PROPIO

Aunque las evaluaciones a los cuidadores que participan en intervenciones de promoción de la salud incluyan instrumentos estructurados, resulta vital escuchar

cuidadosamente los problemas que estos presentan a través de la realización de entrevistas (Fuentelsaz Gallego et al., 2001; López y Crespo, 2007; Losada Baltar, Montorio Cerrato, Fernández de Trocóniz y Márquez González, 2006).

Dentro del formato de nuestra entrevista se incluyeron dos elementos, la *Pauta de entrevista a cuidadores* y el *Índice de dependencia de Barthel*, los cuales pretendían obtener información sobre el contexto en que se desenvolvían las vidas de los participantes en el estudio.

#### **8.2.2.1.1 Pauta de entrevista a cuidadores.**

Para esta investigación se diseñó específicamente una entrevista dividida en una serie de apartados:

- a) El primero, dirigido a obtener información sobre los factores sociodemográficos de los cuidadores (sexo, edad, parentesco, nivel educativo y asociación de familiares a la que se encuentra vinculado).
- b) El segundo apartado está dirigido a obtener información sobre las conductas de autocuidado que realizaban.
- c) El tercero, dirigido a obtener información sobre el ambiente en el que realiza su vida cotidiana de prestación de cuidados y que incluyó las características de los familiares receptores de los cuidados (sexo, edad y tipo de deterioro funcional) y las relativas a la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación del cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar receptor de los cuidados).

Las preguntas realizadas a propósito del primero y tercer punto de la entrevista, en los que se incluyen datos relativos al contexto, están basadas en otras cuestiones ya diseñadas, incluidas en la Pauta de Entrevista Inicial para Cuidadores (López y Crespo, 2007), en el Cuestionario de Calidad de Vida de los Cuidadores Informales ICUB97© (Fuentelsaz Gallego et al., 2001) y en otros estudios realizados en cuidadores informales (Losada Baltar et al., 2006).

El segundo apartado incluyó una pregunta sobre la frecuencia/implicación en la realización de conductas de autocuidado ligadas al ejercicio, basada en las diseñadas dentro del Programa Paciente Experto (PPE) de la Universidad de Stanford (<http://patienteducation.stanford.edu/research/>).

Respecto a las preguntas incluidas en él, se realizó una modificación respecto a lo contemplado dentro del PPE, de manera que indagamos sobre el tiempo total empleado en la práctica de ejercicio, sin distinguir entre el dedicado a flexibilidad y fuerza, aeróbico o de relajación/manejo del estrés. De esta manera los cuidadores debían indicar una sola respuesta de entre las siguientes cinco categorías: 1-Nada de tiempo, 2-Menos de 30 minutos/semana, 3- 30-60 minutos/semana, 4-Entre 1-3 horas/semana, 5-Más de 3 horas/semana.

Los cuidadores que indicaban la categoría 1-Nada de tiempo, también debían indicar el motivo por el que no se dedicaban al autocuidado: 1-Falta de tiempo, 2-Falta de interés, 3-Falta de formación.

En el caso de los cuidadores que sí dedicaban tiempo a su propio cuidado, se contabilizó, tal y como contempla el PPE, una puntuación diferente para cada una de las respuestas. De este manera, la categoría *Nada de tiempo* se cuantificó con 0 minutos, *Menos de 30 minutos/semana* con 15 minutos, *Entre 30-60 minutos/semana* con 45 minutos, *Entre 1-3 horas/semana* con 60 minutos, *Más de 3 horas/semana* con 180 minutos.

#### **8.2.2.1.2 Índice de dependencia de Barthel. (Anexo 2).**

La parte final de la entrevista incluyó las preguntas que conforman el índice de dependencia según Barthel (IB), con el fin de determinar el grado de dependencia funcional del familiar cuidado.

Este índice fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel (1965) y está conformado por una escala que tiene por objeto registrar la situación personal del paciente respecto a sus actividades básicas de la vida diaria.

El IB evalúa el nivel de dependencia funcional en diez actividades de la vida diaria (AVD): alimentación, empleo de ducha o baño, vestirse, aseo personal, control anal y vesical (valoradas respecto a la semana previa), uso del retrete, capacidad para trasladarse, desplazamientos y subida/bajada de escaleras.

El IB se puntúa de 0 a 100 aunque las puntuaciones no son las mismas para cada actividad. Los resultados globales se agrupan en las siguientes categorías:

- Entre 0 y 20 puntos-dependencia total.
- De 21 a 60-dependencia severa.

- De 61 a 90-dependencia moderada.
- De 91 a 99-dependencia escasa.
- 100-independencia.

El IB orienta las tareas del personal encargado de asistir al paciente en el progreso de su capacidad funcional y debe ser tenido en consideración por su utilidad en determinados estudios epidemiológicos, sobre todo, en población anciana y población institucionalizada.

En España es uno de los instrumentos más utilizado en los centros de salud, siendo aprobado por disposiciones sanitarias para evaluar niveles de dependencia funcional de los pacientes.

Aunque en nuestro medio no disponemos de validación de la escala, la versión de Baztán y colaboradores (Baztán et al., 1993) ha contribuido sustancialmente a su difusión y uso en nuestro país.

La ventaja principal de este instrumento es la facilidad y rapidez en su aplicación (menos de 5 minutos) y es más fácil de explotar estadísticamente que el índice de Katz, siendo igualmente superior en la sensibilidad para detectar cambios pequeños en la situación funcional y en los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, cabe comentar que presenta un Alpha de Cronbach de 0.86-0.92 para la versión original (Mahoney y Barthel, 1965) y de 0.90-0.92 para la versión propuesta por Shah, Vanclay y Cooper (1989).

En cuanto a la validez, se han obtenido correlaciones de entre 0.73 y 0.77 y su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación Kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador (Baztán et al., 1993).

En cuanto a la capacidad de la escala para detectar cambios, la evidencia empírica ha demostrado que el índice de Barthel tiene capacidad de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional. Sin embargo, su capacidad para determinar cambios en situaciones extremas es limitada. Dichas limitaciones son conocidas como "floor effect" y "ceiling effect" (efecto suelo y efecto techo), respectivamente.

Estos inconvenientes no son especialmente problemáticos en la práctica clínica, mientras que en el ámbito de la investigación conviene tenerlos en cuenta. Sin embargo, para aquellas personas con puntuaciones intermedias los cambios son fácilmente detectados.

### **8.2.2.2 CUESTIONARIOS DE RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES**

Los cuestionarios de *resultados percibidos por los pacientes* (PRO en sus siglas en inglés) seleccionados para esta investigación buscaban determinar información relevante de los participantes, como su percepción de sobrecarga (cuestionario Zarit), calidad de vida (SF-12), bienestar psicológico (cuestionario de Ryff), ansiedad (cuestionario STAI) y satisfacción con el tratamiento (cuestionario CSQ-8).

Los cuestionarios seleccionados para tal fin, fueron limitados a un total de cinco, con el fin de reducir el esfuerzo de los participantes en la investigación, llegándose a utilizar por este motivo un formato abreviado (SF-12), aun a riesgo de ser este una versión menos precisa y sensible que la versión expandida (SF-36).

#### **8.2.2.2.1 Escala de Sobrecarga del Cuidador. (Anexo 3).**

La percepción de carga de los cuidadores familiares se midió con la *Escala de Sobrecarga del Cuidador*, que es la versión española del cuestionario *Caregiver Burden Interview* (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980).

Esta escala es un instrumento que permite evaluar la percepción de carga asociada al cuidado, teniendo en cuenta no solo las repercusiones sobre la salud, el ocio, las relaciones sociolaborales y relaciones sociales, sino también la interacción con la persona cuidada.

De este instrumento existen dos versiones traducidas al español:

- 1) La presentada por Montorio Cerrato et al. (1998).
- 2) La validada por Martín et al, sobre una muestra de 92 cuidadores (Martín et al., 1996).

En esta tesis se ha optado por esta última versión, dado que dispone de datos sobre su adaptación y validación a nuestro medio. No obstante, de la escala de Montorio Cerrato hemos utilizado su estructura factorial, que presentaremos más adelante.

El instrumento elegido consta de 22 ítems cuyas respuestas se puntúan en un gradiente de frecuencia que incluye el 0 ("nunca"), 1 ("rara vez"), 2 ("algunas veces"), 3 ("bastantes veces"), 4 ("frecuentemente") hasta 5 ("casi siempre"). La puntuación total es la suma de todos los ítems, oscilando el rango entre 22 (puntuación mínima) y 110 (puntuación máxima).

La interpretación de los valores alcanzados puede hacerse de acuerdo a dos criterios:

- a) La puntuación global de carga a partir de la puntuación total obtenida en el instrumento. Esta determina que cuanto mayor es la puntuación total, mayor es el nivel de carga.
- b) Los tres niveles de sobrecarga que se recomiendan en función de los siguientes puntos de corte respecto a la puntuación total. En este sentido se considera "no sobrecarga" si los valores se encuentran entre 22 y 46, "sobrecarga leve" con valores entre 46/47 y 55/56 o "sobrecarga intensa" por encima de éstos.

Estos puntos de corte han sido utilizados en la mayoría de estudios con cuidadores y probablemente deriven de los estudios de validación realizados por Martín et al. (1996).

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, se ha señalado una elevada consistencia interna, con valores Alpha de Cronbach de 0.91 en la de Martín et al. (1996), 0.88 en la de Montorio Cerrato et al. (1998), y entre 0.79 y 0.92 en la de Neary (1993).

En cuanto a la validez de la escala, hemos encontrado estudios que indican correlaciones entre la sobrecarga del cuidador y otras variables como la ansiedad rasgo ( $r: 0.57$ ,  $p: 0.031$ ), el tiempo de cuidado del familiar enfermo ( $r:-0.53$ ,  $p: 0.054$ ), el nivel de estrés ( $r: 0.49$ ;  $p: 0.072$ ) y depresión ( $r:0.403$ ;  $p: 0.152$ ) (Méndez et al., 2010) o la dependencia para las actividades de la vida diaria ( $r: 0.32$ ) (Poulshock y Deimling, 1984).

Con respecto a la estructura factorial de la escala de Zarit, hemos elegido los factores propuestos por Montorio Cerrato (Montorio Cerrato et al., 1998), con un contenido similar al propuesto por Martín. La consistencia interna de los tres factores es de 0.90 para el factor 1, 0.71 para el factor 2 y 0.69 para el factor 3.

A continuación se detallan los contenidos de cada factor o dimensión.

• **Factor 1-Impacto del cuidado:** está relacionado con todas aquellas cuestiones asociadas con los efectos que tiene para el cuidador la prestación de cuidados a un familiar mayor: disminución de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre la vida y deterioro de salud. Este factor explica el 33.2 % de la varianza e incluye los ítems 2, 12, 22, 8, 3, 10, 11, 13, 1, 14, 17 y 7:

2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo? Nunca (1), casi siempre (5).

12.- ¿Cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar? Nunca (1), casi siempre (5)

22.- En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar a su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

8.- ¿Siente que su familiar depende de usted? Nunca (1), casi siempre (5).

3.- ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades? Nunca (1), casi siempre (5).

10.- ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

11.- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

13.- ¿Se siente incómoda/o por invitar a amigos a casa, a causa de su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

1.- ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita? Nunca (1), casi siempre (5).

14.- ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar? Nunca (1), casi siempre (5).

17.- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? Nunca (1), casi siempre (5).

7.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

• **Factor 2-Interpersonal:** este factor hace referencia a la percepción que el cuidador tiene acerca de su relación con el receptor de cuidados: deseo de delegar el cuidado en otros, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar,

o sentimientos de indecisión acerca del cuidado. Explica el 11.4 % de la varianza e incluye los ítems 19, 9, 5, 4, 18 y 6.

19.- ¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

9.- ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

5.- ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

4.- ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

18.- ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otra persona? Nunca (1), casi siempre (5).

6.- ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa? Nunca (1), casi siempre (5).

• **Factor 3-Incompetencia/expectativas de autoeficacia:** este factor se refiere a las creencias y expectativas del cuidador sobre su propia capacidad para atender a la persona cuidada, el deber de hacerlo, la falta de recursos económicos para poder cuidar a su familiar de una manera adecuada, o la expectativa de no poder seguir prestando los cuidados por mucho más tiempo. Explica el 9.7 % de la varianza y está formado por los ítems 21, 20, 15 y 16.

21.- ¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace? Nunca (1), casi siempre (5).

20.- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar? Nunca (1), casi siempre (5).

15.- ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? Nunca (1), casi siempre (5).

16.- ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo? Nunca (1), casi siempre (5).

#### **8.2.2.2.2 Cuestionario SF-12. (Anexo 4).**

La calidad de vida de los cuidadores participantes en nuestro estudio fue cuantificada mediante el cuestionario SF-12, que es la adaptación realizada para España (Alonso et al., 1998; Vilagut, et al, 2005) del SF-12 HealthSurvey (Gandek et al., 1998; Ware, Kosinski y Keller, 1996).

Este cuestionario es la versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 y está formado por un subconjunto de ítems, seleccionados mediante regresión múltiple, a partir de los cuales se construyen los componentes sumarios físico (PCS) y mental (MCS).

Las puntuaciones para ambos componentes oscilan entre 0 y 100 y están construidas de forma que 50 sea la media de la población general estadounidense.

Puntuaciones altas indican una mejor valoración del propio estado de salud por parte del sujeto, siendo para población adulta unas buenas puntuaciones todas aquellas que se encuentren por encima de 50 (Gandek et al., 1998).

Proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años.

Es un instrumento recomendado para el estudio de la calidad de vida general (Úbeda Bonet, 2009) y ha sido empleado en algunos estudios experimentales sobre cuidadores realizados en España (Bonet Simó, Rosell Murphy, Solé Sancho, Belleirino Serrano y Baena Escamilla, 2012; López Martínez, 2005); ya se dispone de normas poblacionales para nuestro país (Vilagut et al., 2008).

Al ser un instrumento corto, autoadministrado, de manejo sencillo y adecuado y que puede contestarse en un tiempo reducido (aproximadamente 2 minutos), también ha sido propuesto para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en contextos con limitaciones importantes de tiempo, como, por ejemplo, en Atención Primaria (Valderas Martínez y Alonso Caballero, 2014).

Consta de 12 ítems que recogen una valoración personal de la salud, el grado en que la salud limita actividades físicas tales como el subir escaleras o el realizar esfuerzos moderados, el tiempo que el sujeto se ha encontrado calmado y tranquilo, lleno de energía, desanimado y triste y, por último, el grado en que la salud física, los problemas emocionales y el dolor interfieren en el trabajo, las actividades sociales y cotidianas.

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres-seis, dependiendo del ítem.

A continuación se muestran los 12 ítems y sus opciones de respuesta:

**Función física (2 preguntas):**

2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?: 1. Sí, me limita mucho. 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada.

3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?: 1. Sí, me limita mucho. 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada.

**Función social (1 pregunta):**

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?: 1. Siempre. 2. Casi siempre. 3. Algunas veces. 4. Solo alguna vez. 5. Nunca.

**Rol físico (2 preguntas):**

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?: 1. Sí. 2. No.

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?: 1. Sí. 2. No.

**Rol emocional (2 preguntas):**

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? 1. Sí. 2. No.

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)? 1. Sí. 2. No.

**Salud mental (2 preguntas):**

9. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió calmado y tranquilo?: 1. Siempre. 2. Casi siempre. 3. Muchas veces. 4. Algunas veces. 5. Solo alguna vez. 6. Nunca.

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió desanimado y triste?: 1. Siempre. 2. Casi siempre. 3. Algunas veces. 4. Solo alguna vez. 5. Nunca.

**Vitalidad (1 pregunta):**

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia tuvo mucha energía?: 1. Siempre. 2. Casi siempre. 3. Muchas veces. 4. Algunas veces. 5. Solo alguna vez. 6. Nunca.

**Dolor corporal (1 pregunta):**

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? 1. Nada. 2. Un poco. 3. Regular. 4. Bastante. 5. Mucho.

**Salud general (1 pregunta):**

1. En general, usted diría que su salud es: 1. Excelente. 2. Muy buena. 3. Buena. 4. Regular. 5. Mala.

Los componentes del SF-12 muestran una fiabilidad test-retest de 0.89 (escala salud física) y de 0.76 (escala salud mental) y una validez convergente de 0.67 (escala salud física) y 0.97 (escala salud mental) (López y Crespo, 2007).

**8.2.2.2.3 Escalas de bienestar psicológico de Ryff. (Anexo 5).**

El bienestar psicológico de los cuidadores participantes en el estudio fue cuantificado mediante las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, las cuales plantean una estructura de seis factores propios del bienestar (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal), obtenidos mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995).

Para nuestra investigación hemos utilizado la versión de 39 ítems, propuesta por Van Dierendonck (2004) y adaptada a España por Díaz (Díaz et al, 2006).

Esta versión incluye preguntas distribuidas en seis escalas, con un formato de respuestas en un gradiente de frecuencia que comprende entre 1-6 y que se puntúan de manera diferente en función de que el ítem sea directo (preguntas 1, 3, 6,

7, 10, 11, 12, 14, 16,17, 18, 19, 21, 23, 24, 27, 28, 31, 32 y 35) o inverso (preguntas 2, 4, 5, 8, 9, 13, 15, 20, 22, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 34 y 36) (Tabla 6):

Ítems directos	Ítems inversos
1. Totalmente en desacuerdo.	1. Totalmente de acuerdo.
2. Muy en desacuerdo.	2. Muy de acuerdo.
3. En desacuerdo.	3. De acuerdo.
4. De acuerdo.	4. En desacuerdo.
5. Muy de acuerdo.	5. Muy en desacuerdo.
6. Totalmente de acuerdo.	6. Totalmente en desacuerdo.

Tabla 6. Respuestas de los diferentes ítems del cuestionario de bienestar psicológico de Ryff. [Fuente: Elaboración propia.].

Para obtener la puntuación correspondiente a cada una de las seis escalas, se han de sumar las respuestas de los ítems directos e indirectos que conforman cada una de ellas. A continuación se presentan las preguntas correspondientes a cada una de las seis escalas:

- Autoaceptación (6 ítems): está formada por las respuestas a las preguntas 1, 7, 13, 19, 25 y 31.

1- Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.

7- En general me siento seguro y positivo conmigo mismo.

13- Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.

19- Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.

25- En muchos aspectos, me siento decepcionado con mis logros en la vida.

31- En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.

- Relaciones positivas (6 ítems): está formada por las respuestas a las preguntas 2, 8, 14, 20, 26 y 32.

2- A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.

8- No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.

14- Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.

20- Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.

26- No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.

32- Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.

- Autonomía (8 ítems): está formada por las respuestas a las preguntas 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27 y 33.

3- No tengo tiempo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.

4- Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.

9- Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.

10- Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.

15- Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.

21- Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.

27- Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.

33- A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.

- Dominio del entorno (6 ítems): está formada por las respuestas a las preguntas 5, 11, 16, 22, 28 y 39.

5- Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.

11- He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.

16- En general, me siento que soy responsable de la situación en la que vivo.

22- Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.

28- Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.

39- Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.

- Propósito en la vida (6 ítems): está formada por las respuestas a las preguntas 6, 12, 17, 18, 23 y 29.

6- Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad.

12- Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.

17- Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.

18- Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.

23- Tengo clara la dirección y objetivo de mi vida.

29- No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.

- Crecimiento personal (7 ítems): está formada por las respuestas a las preguntas 24, 30, 34, 35, 36, 37 y 38.

24- En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.

30- Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.

34- No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.

35- Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.

36- Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.

37- Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.

38- Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.

Este instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas y su fiabilidad y validez factorial han sido comprobadas en diferentes estudios (Díaz et al, 2006; Van Dierendonck, 2004).

En la versión reducida de 29 ítems se reduce la longitud de las escalas originales, mejorando las propiedades psicométricas de la mayor parte de versiones existentes en inglés y facilitando su aplicación en diferentes ámbitos como la intervención social o la promoción de la salud. En esta versión, la totalidad de las escalas presentaron una buena consistencia interna, con valores del Alfa de Cronbach mayores o iguales que 0.070 (Díaz et al, 2006).

#### 8.2.2.2.4 Inventario de ansiedad rasgo-estado

El inventario de ansiedad rasgo-estado-rasgo, descrito en 1970 (Spielberger et al., 1970), es un inventario psicométrico, que incluye escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad: el estado (A/E) y el rasgo (A/R).

Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos "normales" (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos, tanto en escolares de estudios medios y superiores, como en pacientes de diversos grupos clínicos.

A propósito de la investigación que nos ocupa, cabe destacar que este instrumento ha sido empleado anteriormente en estudios experimentales sobre cuidadores (Gandoy Crego et al., 1999; Méndez et al., 2010).

En este estudio hemos utilizado la versión española adaptada por Seisdedos (2008), del cuestionario realizado por Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970), la cual presenta una fiabilidad/consistencia interna de 0.90 y 0.93 para la ansiedad estado, y entre de 0.84 y 0.87 para la ansiedad rasgo.

El cuestionario STAI ha sido diseñado para ser autoaplicado, pudiendo ser administrado de manera individual o colectivamente. El cuestionario no tiene tiempo limitado, aunque se calcula se tarda unos 15 minutos en completarlo.

Su validez descansa en el supuesto de que el sujeto evaluado entiende claramente las instrucciones referidas al "estado" y refleja sus impresiones sobre lo que siente "*en ese momento*", mientras que en la parte referida al "rasgo" anota lo que siente "*en general*".

Este cuestionario está conformado por 40 frases, divididas a su vez en dos subapartados de 20 cada uno.

Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60; los sujetos mismos se evalúan en una escala que va desde 0 a 3 puntos en cada elemento.

En cada parte, las categorías de las respuestas se señalan en la tabla 7:

STAI A/E	STAI A/R
0 Nada	0 Casi nunca
1 Algo	1 A veces
2 Bastante	2 A menudo
3 Mucho	3 Casi siempre

Tabla 7. Respuestas de las subescalas del STAI. [Fuente: Elaboración propia.].

Algunos elementos (como "Estoy tenso") se han redactado de forma que el punto 3 de la escala señala un elevado nivel de ansiedad, mientras que en otros (como "Me siento seguro") el mismo punto 3 indica un bajo nivel de ansiedad.

En la elaboración del STAI, y para soslayar el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto, se introdujeron 10 elementos positivos y 10 negativos para A/E y 13 positivos y 7 negativos para A/R. Para la corrección del cuestionario se cuentan los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos.

Para obtener la puntuación positiva de ansiedad de cada escala se han de sumar las respuestas de los ítems siguientes:

- A/E (+): 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18.
  - 3- Estoy tenso. Nada (0), Mucho (3).
  - 4- Estoy contrariado. Nada (0), Mucho (3).
  - 6- Me siento alterado. Nada (0), Mucho (3).
  - 7- Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras. Nada (0), Mucho (3).
  - 9- Me siento angustiado. Nada (0), Mucho (3).
  - 12- Me siento nervioso. Nada (0), Mucho (3).
  - 13- Estoy desasosegado. Nada (0), Mucho (3).
  - 14- Me siento muy atado (como oprimido). Nada (0), Mucho (3).
  - 17- Estoy preocupado. Nada (0), Mucho (3).
  - 18- Me siento aturdido y sobreexcitado. Nada (0), Mucho (3).
- A/R (+): 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40.
  - 22- Me canso rápidamente. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
  - 23- Siento ganas de llorar. Casi nunca (0), Casi siempre (3).

- 24- Me gustaría ser tan feliz como otros. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 25- Pierdo oportunidades por no decidirme pronto. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 28- Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 29- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 31- Suelo tomar las cosas demasiado seriamente. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 32- Me falta confianza en mí misma. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 34- Evito enfrentarme a las crisis o dificultades. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 35- Me siento triste (melancólico). Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 37- Me rondan y molestan pensamientos sin importancia. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 38- Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos. Casi nunca (0), Casi siempre (3).
- 40- Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado. Casi nunca (0), Casi siempre (3).

Para obtener las puntuaciones negativas de ansiedad de cada escala se han de sumar las respuestas de los ítems siguientes:

- A/E (-): 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

1- Me siento calmado. Nada (0), Mucho (3).

2- Me siento seguro. Nada (0), Mucho (3).

5- Me siento cómodo (estoy a gusto). Nada (0), Mucho (3).

8- Me siento descansado. Nada (0), Mucho (3).

10- Me siento confortable. Nada (0), Mucho (3).

11- Tengo confianza en mí mismo. Nada (0), Mucho (3).

15- Estoy relajado. Nada (0), Mucho (3).

16- Me siento satisfecho. Nada (0), Mucho (3).

19- Me siento alegre. Nada (0), Mucho (3).

20- En este momento me siento bien. Nada (0), Mucho (3).

- A/R (-): 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

21- Me siento bien. Casi nunca (0), Casi siempre (3).

26- Me siento descansado. Casi nunca (0), Casi siempre (3).

27- Soy una persona tranquila, serena y sosegada Casi nunca (0), Casi siempre (3).

30- Soy feliz. Casi nunca (0), Casi siempre (3).

33- Me siento seguro. Casi nunca (0), Casi siempre (3).

36- Estoy satisfecho. Casi nunca (0), Casi siempre (3).

39- Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos. Casi nunca (0), Casi siempre (3).

Algunos investigadores españoles (Bermúdez Moreno, 1978; Iglesias Balboa, 1982) han estudiado la correlación de las dos escalas del STAI, señalando que el grado de esta depende del nivel de tensión existente cuando se aplique el AE; en condiciones normales de aplicación y en muestras de mujeres se han encontrado índices que varían entre 0.44 y 0.55, mientras que entre los varones se han encontrado índices que van de 0.51 a 0.57; esta elevación entre los varones parece mostrar que, cuando estos presentan un elevado grado de A/R, suelen tener también un elevado A/E con mayor frecuencia que las mujeres. También se ha observado que entre los varones (sean adolescentes o adultos) existe una mayor interrelación entre A/R que entre las mujeres.

Los primeros análisis factoriales en la adaptación española fueron realizados por Bermúdez Moreno (1978), quien, a partir de una versión experimental de los 40 elementos del STAI, obtuvo cuatro dimensiones que explicaban entre el 61 % y el 68 % de la varianza común.

Utilizando la versión del STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982) obtuvieron también cuatro dimensiones, similares a las de Bermúdez, que han quedado así definidas:

- *Factor I*: Ansiedad Estado Afirmativo (EA)-hace referencia al nerviosismo, tensión, preocupación e intranquilidad. Está formado por las respuestas que puntúan positivo de ansiedad estado, es decir: 3, 6, 7, 9, 12, 13, 14,17 y 18.

- *Factor II*: Ansiedad Estado Negativo (EN)-hace referencia a la activación positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza en sí mismo. Está formado por las respuestas que puntúan negativo de ansiedad estado, es decir: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.
- *Factor III*: Ansiedad Rasgo Afirmativo (RA)-hace referencia a la melancolía, desesperanza y sentimientos de incapacidad. Está formado por las respuestas que puntúan positivo de ansiedad rasgo, es decir: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40.
- *Factor IV*: Ansiedad Rasgo Negativo (RN)-hace referencia a la estabilidad y ausencia de cambios de humor. Está formado por las respuestas que puntúan negativo de ansiedad rasgo, es decir: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Valores mayores de EA y RA contribuyen a más altos niveles de A/E y de A/R y valores mayores de EN y RN contribuyen a más altos niveles de A/E y A/R.

#### **8.2.2.2.5 Cuestionario de satisfacción con el tratamiento. (Anexo 6).**

Una vez finalizada la fase experimental del estudio, se entregó a los cuidadores el *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* de Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen (1979), con el fin de evaluar su grado de satisfacción con las intervenciones realizadas.

Este cuestionario consta de 8 ítems formulados en una escala tipo *Likert* (de 1 a 4 puntos), siendo mayor el grado de satisfacción cuanto mayor es la puntuación alcanzada (hasta un máximo de 32 puntos).

Presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, con un Alfa de Cronbach de consistencia interna de entre 0.86 y 0.94 (López y Crespo, 2007).

Como prueba de su validez concurrente se ha comprobado que presenta altas correlaciones con la percepción global que los pacientes tienen de la mejoría de su sintomatología y con las valoraciones de los terapeutas sobre sus progresos.

#### **8.2.2.2.6 Cuestionario de diseño propio sobre la preferencia de los tratamientos. (Anexo 7).**

Se realizó un cuestionario de diseño propio con el fin de evaluar la preferencia de los cuidadores del grupo experimental sobre los ejercicios de autocuidado específicos enseñados.

### 8.2.2.3 EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física planteada en esta investigación incluyó la realización de una serie de pruebas relacionadas con la flexibilidad y la alineación postural.

Esta se diseñó de tal forma que no requiriese un excesivo espacio ni equipamiento (debía realizarse, en una gran parte, en las instalaciones de las asociaciones participantes), ni un excesivo tiempo, con el fin de no dilatar las tres valoraciones planeadas (pre-post-seguimiento).

A la hora de seleccionar las pruebas que conformaron dicha exploración se primaron los siguientes criterios:

- 1) El que estas tuvieran un aceptable rigor en relación a su fiabilidad y validez.
- 2) Que fueran de fácil aplicación en los lugares en los que iban a desarrollarse.
- 3) Que fueran seguras de realizar sin previo informe médico.
- 4) Que no se requirieran equipos especializados.

Durante la exploración física los cuidadores fueron examinados descalzos y en ropa interior (valoración de la postura) u holgada (chándal o pantalón corto).

En la realización completa de la exploración física se tardó aproximadamente unos 30 minutos por cada participante y para su desarrollo se contó con la ayuda de dos fisioterapeutas asistentes.

#### 8.2.2.3.1 Flexibilidad/movilidad.

La flexibilidad puede medirse de forma indirecta, es decir, a partir de determinadas posiciones o gestos funcionales (Garatachea, 2010), o directa, a través de la cuantificación de asimetrías y disminución de los parámetros estándares respecto a la normalidad (Sahrmann, 2005).

El estudio de movilidad diseñado en esta tesis incluyó la realización de dos pruebas de movilidad aplicadas regularmente en las baterías de pruebas sobre condición física en personas mayores: el *test de alcanzar las manos tras la espalda* y el *test del cajón*.

#### 8.2.2.3.2 Test de alcanzar las manos tras la espalda. (Tren superior).

La evaluación de la flexibilidad del tren superior incluyó la realización de una sola prueba, el test de alcanzar las manos tras la espalda.

Este test es considerado una valoración válida del rango total de la flexibilidad de los hombros (Gross, Fetto y Rosen, 1996; Starkey y Ryan, 1996), cuya limitación puede producir dolor o incrementar las posibilidades de lesión/incapacidad en los últimos años de vida (Chakravarty y Webley, 1993; Magee, 1992).

Es una versión modificada del *apleyscratch test* y está incluido en algunas de las baterías de pruebas que evalúan la condición física funcional de poblaciones de personas mayores, como el *Senior Fitness Test* (Rikli y Jones, 2001), que ha sido traducido y adaptado en dos protocolos de condición física (corto y largo) (<http://www.spanishexernet.com/>).

En relación al empleo de esta prueba en el adulto mayor, cabe destacar el estudio realizado en el año 1999 por Rikli y Jones, quienes detectaron una disminución de la flexibilidad de hombros en grupos de diferentes edades (60, 70 y 80 años), y el publicado por Miotto, Chodzko-Zajko, Reich y Supler (1999), que encontró una flexibilidad de hombros ligeramente peor en las personas más sedentarias.

En esta prueba se pide a los sujetos que suban un brazo por encima del mismo hombro y que el otro, rodeando la cadera, suba a tocar o sobrepasar la otra mano tanto como sea posible (Figura 31).



Figura 31. Prueba de alcanzar las manos tras la espalda realizada por un participante. [Fuente: Elaboración propia.].

El participante debe realizar el ejercicio para determinar en qué posición lo hace mejor. Después de que ha realizado dos intentos en la posición preferida se le permiten dos intentos para puntuar en el test.

El participante debe realizar el ejercicio para determinar en qué posición lo hace mejor. Después de que ha realizado dos intentos en la posición preferida, se le dan dos intentos para puntuar. La puntuación es la distancia en centímetros, positiva o negativa, entre los dedos corazones de las manos (Garatachea, 2010).

En relación a la fiabilidad del test, cabe destacar el elevado coeficiente de correlación, con valores de Pearson de 0,99 (Garatachea Vallejo, 2006).

#### **8.2.2.3.3 Test del cajón. (Tren inferior).**

La flexibilidad de la zona lumbar y de la parte posterior del tren inferior se evaluó mediante el *test del cajón* o "sit and reach test" (SR), incluido en algunas de las baterías de pruebas como la EUROFIT, desarrolladas específicamente para evaluar la condición física en grandes poblaciones (<http://www3.ubu.es/blogubuabierta/wp-content/uploads/2014/07/protocolosEUROFIT-1.pdf>).

En su versión clásica, esta prueba se realiza desde la posición de sentado con las piernas juntas y extendidas y utiliza un banco o tarima de madera sobre la cual está fijada una escala de graduación numérica en centímetros (Figura 32).



Figura 32. Prueba del cajón realizada por un participante. [Fuente: Elaboración propia.]

El cero de esta coincide exactamente con el punto de la tarima donde se apoyan los pies de la persona que se evalúa, quien, flexionando el tronco, procura lograr la mayor distancia posible con ambas manos. Conforme el ejecutante se aleja de cero, se consideran los centímetros logrados con signo positivo. Si, por el contrario, la persona no alcanza la punta de los pies, se marcan los centímetros que faltan.

El SR posee una elevada fiabilidad relativa intraexaminador en relación a la flexibilidad isquiosural, con valores en adultos mayores en torno a 0.74-0.71 (Jones, Rikli, Max y Noffa, 1998).

Esta prueba constituye un recurso verdaderamente ágil y dinámico cuando la intención es evaluar masivamente a una persona. Sin embargo, presenta una serie de desventajas, que podrían resumirse brevemente de la siguiente manera:

- a) No neutraliza las variables individuales. Así, sujetos de tronco y brazos largos y piernas cortas se ven notablemente favorecidos.
- b) No permite identificar el efecto limitante de cada músculo por separado sobre la amplitud de movimiento alcanzada.
- c) No se puede definir con claridad hasta qué punto se evalúa la flexibilidad asistida respecto a la no asistida. Así, algunas personas, para lograr una mayor valoración, recurren a una fuerte contracción de los músculos abdominales mientras que otras, por el contrario, simplemente se dejan caer y permiten que el peso corporal favorezca una mayor amplitud de recorrido articular.

A pesar de estas notorias desventajas, no se debe dejar de lado esta propuesta, puesto que resulta de implementación ágil, dinámica y efectiva a la hora de evaluar a un elevado número de personas. Se diferencia de la prueba de distancia dedos-suelo en que esta se realiza desde la posición de pie en lugar de la de sentado, de manera que la fuerza de la gravedad puede, eventualmente, ejercer un efecto favorecedor.

#### **8.2.2.3.4 Alineación postural.**

El estudio de la postura corporal incluyó la medición de dos flechas sagitales, la cervical y la lumbar.

Dichas pruebas de valoración de la postura presentan una buena reproducibilidad y validez (Chopin y David, 1989; Kapandji, 1983; Santonja y Martínez, 1992; Santonja, 1993), atribuyendo Dimeglio (1991) los márgenes de error en ambas (que determina en 5 mm) a las modificaciones de la postura, como también sucede en cualquier otro tipo de medición de estas curvas.

Esta prueba debe realizarse en bipedestación, con el individuo relajado y desprovisto de la parte superior de la ropa para dejar visible el tórax, con los pies separados la distancia de los hombros y el peso similarmente repartido.

A nivel cervical se realiza la toma de datos de la flecha cervical, la cual permite dos posibilidades: 1) la medición de la distancia entre la apófisis espinosa de la vértebra C7 y la plomada (Serna García, Santonja Medina y Pastor Clemente, 1996), 2) la medición de la distancia entre la apófisis espinosa de la vértebra C3 y la plomada (Gouilly, Petitdant, Braun, Royer y Cordier, 2009; Simons et al., 2004).

De entre estas dos posibilidades, en esta investigación se seleccionó la medición de la distancia entre la apófisis espinosa de la vértebra C7 y la plomada, descrita por Serna García, Santonja Medina y Pastor Clemente (1996).



Figura 33. Prueba de la plomada. Fuente: Músculos. Pruebas, funciones y dolor postural. Kendall, Kendall y Provance (2005).

A nivel lumbar y con el fin de medir la existencia de un posible aumento o disminución de la curva lumbar, se realiza la toma de datos de la flecha lumbar a partir del cálculo de distancia de la apófisis espinosa de la tercera vértebra lumbar

y la plomada (Figura 33) (Génot et al., 1988), la cual presenta una confiabilidad del 95 % y un índice Kappa de 0.88 con la evaluación radiológica para dicha curvatura.

En ambos casos y con la finalidad de facilitar la exploración y ganar en fiabilidad, la doctoranda decidió fijar la plomada, con la finalidad de evitar el balanceo del hilo, y adosó un medidor de nivel (inclinómetro) a la regla.

Troisier (1989) informa de valores de normalidad para la flecha lumbar de entre 3-4 cm, diferenciando a nivel cervical entre 2-3 cm, en el caso de espaldas planas, y de 6-12 cm, en redondeadas/cifóticas.

Para Chopin y David (1989), los datos para curvas se sitúan en valores medios de 45 mm para C7 y de 35 mm en L3, reconociendo la posibilidad de oscilaciones en sus valores según la edad y talla del individuo.

El aumento de los valores de la flecha cervical y lumbar determinará respectivamente dos de las alteraciones posturales más frecuentes en el adulto mayor, la posición de cabeza adelantada y la hiperlordosis lumbar, las cuales pueden ser causa de dolor por varios mecanismos, como compresión del disco intervertebral en su parte posterior, sobrecarga en las articulaciones interapofisiarias, estrechamiento del foramen de conjunción y compresión radicular (Adams y Hutton, 1985).

### **8.3 PROCEDIMIENTO**

La parte empírica de este trabajo dio comienzo con la captación de los participantes, entre los meses de septiembre y octubre del año 2008.

Previa a dicha captación se realizaron una serie de entrevistas con los gerentes de las Asociaciones de Familiares de Alzheimer (AFA) de El Bierzo, León, Astorga, La Bañeza y Comarca y Laciana, a los cuales se les presentó por escrito una propuesta de participación que incluyó los diferentes pasos del proyecto. En el caso de la Asociación de Familiares de Alzheimer de El Bierzo (AFA Bierzo), dicha invitación de colaboración contó además con el amparo del Convenio Marco firmado con la Universidad de León, con fecha 7 de Abril de 2004.

Una vez estudiada la propuesta, todas las directivas de las mencionadas asociaciones, a excepción de la de AFA Laciana, dieron la conformidad a su participación en el programa.

La directiva de AFA Laciana rechazó su participación debido a la dificultad que creía supondría para los cuidadores el acudir a las sesiones de formación (no tener nadie a quien dejar a cargo el familiar, problemas de transporte, etc.), así como la falta de lugar adecuado donde realizarlas.

En acuerdo con los gerentes de cada una de las asociaciones, se fijaron los días de celebración de una serie de charlas informativas dirigidas a los socios, con el fin de presentar las actividades a realizar y fomentar su participación en las mismas. Las asociaciones informaron a sus miembros de la realización de estas sesiones informativas a través de una carta o vía telefónica, unas semanas previas a su celebración.

Las charlas informativas tuvieron lugar a lo largo de los meses de noviembre y diciembre de 2008 en las sedes de las asociaciones, y en ellas se informó a los asistentes sobre los objetivos del programa, el desarrollo y el cronograma, así como de los criterios de inclusión y exclusión.

Entre los criterios de inclusión para formar parte del estudio se determinaron:

- 1) Ser mayor de edad, es decir, tener más de 18 años.
- 2) Identificarse a sí mismos como cuidadores primarios de una persona con dependencia: se define al cuidador primario como el familiar que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario al paciente; y la dependencia como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, han derivado en la falta, parcial o total, de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisando, por tanto, de la asistencia de otras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- 3) Tener relación de parentesco directo con el paciente.
- 4) Llevar cuidando al familiar un mínimo de un año.
- 5) Cumplimentar y entregar el consentimiento informado otorgado por escrito. De conformidad con el art. 10 de la Ley 42/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información, se informó debida y comprensivamente a todos los cuidadores acerca del objeto de este estudio y del deber de la doctoranda acerca de los datos faci-

litados, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14-12-1999) (Anexo 8).

- 6) Aceptación de la realización de las entrevistas, la cumplimentación de los cuestionarios y la realización de una exploración física.

Como criterios de exclusión de los cuidadores se establecieron:

- 1) Estar asistido a jornada completa por un cuidador formal.
- 2) Percibir remuneración económica habitualmente por la asistencia prestada a la persona asistida.
- 3) Fallecimiento del paciente receptor de los cuidados antes de la finalización del estudio.

Una vez el sujeto aceptaba participar en el programa y cumplía los criterios de inclusión, se procedió a la firma del consentimiento informado y se le informó de la fecha y lugar de celebración de la evaluación inicial.

Esta consistió en la realización de una entrevista personal, la cumplimentación de una serie de autoinformes y una exploración física.

De esta manera se recogió información tanto de manera autoaplicada como heteroaplicada, siendo los datos más numerosos los aportados por el propio cuidador a través de los diversos autoinformes.

Estos procesos de evaluación fueron realizados por la doctoranda y dos fisioterapeutas colaboradores (que no eran ciegos a la intervención), durante las dos últimas semanas de enero de 2009 en las instalaciones de las Asociaciones de Familiares de Alzheimer (AFA) de León, Astorga y La Bañeza y Comarca y en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León (Campus de Ponferrada).

Las pruebas que conformaron las evaluaciones fueron llevadas a cabo para cada grupo en la misma localización, siguiendo el mismo orden y por los mismos fisioterapeutas colaboradores en todos los casos.

La evaluación dio comienzo con la entrevista personal, la cual fue realizada en un ámbito cálido y relajado, y para la cual se empleó un tiempo aproximado de 40 minutos por participante.

Una vez finalizada la entrevista, los cuidadores cumplimentaron una batería de cuestionarios PRO seleccionados para esta investigación y cuyas instrucciones de cumplimentación fueron detalladas previamente a su comienzo (lectura detallada de cada uno de los encabezados, etc.).

Los cuestionarios fueron cumplimentados siguiendo un mismo orden de realización y bajo el control y supervisión de la doctoranda.

Tras la cumplimentación de los instrumentos de autoinforme se llevó a cabo la exploración física de los participantes. Con el fin de respetar la privacidad de los participantes, esta se realizó en una sala anexa y en un ámbito cálido y relajado, empleándose por participante un tiempo aproximado de 30 minutos.

Para la exploración física los sujetos fueron examinados en ropa interior o de deporte (bañador o pantalón corto) y descalzos.

La temperatura y humedad de la sala de medición se mantuvo controlada y constante (26 °C) para evitar posibles alteraciones en los resultados.

La exploración física incluyó la realización de una serie de pruebas vinculadas con los dos componentes del funcionamiento físico que fueron objeto de estudio, *la movilidad/flexibilidad y alineación postural*.

En primer lugar, se realizaron las dos pruebas relacionadas con la flexibilidad: *el test de alcanzar las manos tras la espalda y el test del cajón*.

Las mediciones de longitud se anotaron en una hoja de registro y entre cada una de las pruebas se permitieron unos minutos de descanso.

La primera prueba de flexibilidad que se realizó fue el test de *alcanzar las manos tras la espalda*.

Para el procedimiento de medición se pidió a los sujetos que subieran un brazo por encima del mismo hombro y que el otro, rodeando la cadera, subiera a tocar o sobrepasar la otra mano tanto como fuera posible.

El participante debía realizar el ejercicio para determinar en qué posición lo hacía mejor. Después de que el individuo había realizado dos intentos en la posición preferida se le dieron dos intentos para puntuar en el test. Como puntuación

del test se marcó la distancia en centímetros, positiva o negativa, entre los dedos corazones (Garatachea, 2010).

La segunda prueba que se realizó fue el *test del cajón*.

Para dicho procedimiento de medición se pidió al participante que se sentara en el suelo sobre una colchoneta y que se situara frente al cajón con las piernas juntas y extendidas, los talones apoyados en el suelo y los pies flexionados aproximadamente 90° de manera que las plantas de estos quedaran apoyadas en el cajón.

A continuación se dieron instrucciones para que colocara las manos una sobre la otra de manera que los dedos más largos coincidieran uno encima del otro y que se doblase lo más posible hacia delante a la vez que expulsaba el aire, evitando movimientos con rebotes, rápidos o enérgicos. Para medir la distancia alcanzada con los dedos más largos, esta debía mantenerse al menos durante dos segundos.

El sujeto realizó dos repeticiones, mediando entre ellas un periodo de un minuto de descanso. De las dos repeticiones se utilizó la mejor marca para el análisis estadístico, tal como Canda Moreno, Gómez Martín y Heras Gómez (2004) recomiendan.

A continuación se tomaron los datos en relación a la postura mediante la medición de la distancia de la plomada a las espinosas de C7 y L3.

Una vez finalizadas las evaluaciones preintervención, dieron comienzo las sesiones formativas, las cuales se desarrollaron a lo largo de los meses de febrero, marzo, abril y mayo.

En el grupo control se celebró una sesión al mes y en el grupo experimental, entre tres-cuatro.

En el mes de junio de 2009, una vez finalizadas las sesiones formativas en ambos grupos, se llevó a cabo la evaluación postintervención, siguiendo el siguiente protocolo:

- Pregunta acerca de la frecuencia semanal empleada en actividades de autocuidado (ejercicio).
- Cumplimentación de cuestionarios PRO.

- Exploración física.

Una vez finalizada la fase de mantenimiento (verano 2009), se llevó a cabo la evaluación de seguimiento (a las 36 semanas de la inicial), siguiendo el mismo protocolo que el realizado en la de postintervención (dedicación al autocuidado, cumplimentación de cuestionarios PRO y exploración física) y las condiciones de aplicación (orden de cumplimentación de los cuestionarios, etc.) descritas.

Durante esta última evaluación también se entregó el cuestionario sobre la satisfacción del programa (CSQ) y uno de diseño propio para los participantes del grupo experimental con preguntas sobre la preferencia en las actividades específicas de autocuidado enseñadas.

En relación a los 50 sujetos que solicitaron formar parte del presente estudio, cabe destacar que 5 tuvieron que ser eliminados al no cumplir alguno de los criterios de inclusión (2 sujetos no eran el cuidador principal) o al no poder compatibilizar el programa con su trabajo (3).

De los 45 sujetos que comenzaron con el programa, 26 fueron asignados al grupo experimental y 19 al grupo de control, continuando hasta su finalización 36, es decir, el 80 % del total.

De los nueve participantes que causaron baja en el programa, cuatro pertenecían al grupo experimental y cinco al de control.

Todas las bajas del grupo experimental se produjeron entre los miembros de la sede de AFA Bierzo, mientras que las del grupo de control se distribuyeron entre las sedes de AFA La Bañeza y Comarca (n=3) y AFA Astorga (n=2).

Como causa de estas bajas, se refirieron: el empeoramiento de la salud del familiar receptor de los cuidados (n=1) o su fallecimiento (n=3), problemas de salud propios (n=2) o actividad laboral incompatible con la asistencia a la formación (n=3).

La Figura 34 resume esta evolución sufrida por la muestra a lo largo de la investigación.

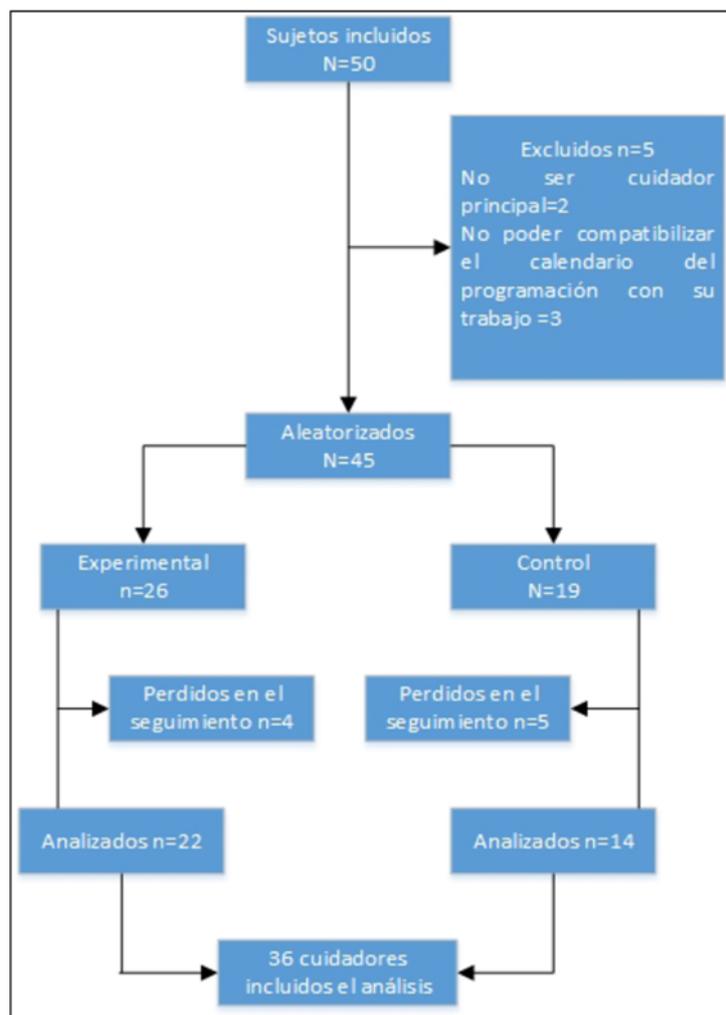


Figura 34. Diagrama de flujo. [Fuente: Elaboración propia.].

## 8.4 IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS TERAPÉUTICOS EN CUIDADORES INFORMALES DESDE LA FISIOTERAPIA

El proyecto terapéutico desarrollado en esta tesis doctoral ha tenido como uno de sus propósitos fundamentales el formar a los cuidadores en actividades de autocuidado que pretendían ayudarle a controlar/reducir el deterioro de su calidad de vida y función y/o prevenir su riesgo de aparición.

### 8.4.1 MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

En esta tesis doctoral se han llevado a cabo dos modalidades de intervención que buscan alcanzar algunos de los principales objetivos de las actividades de promoción de la salud, según Buceta, Bueno y Mas (2000): el conocimiento y la experiencia.

Una de las modalidades se basó en la *comunicación de información* (grupo control), mientras que la otra se fundamentó en el *entrenamiento en ejercicios de autocuidado específicos* (grupo experimental).

#### 8.4.1.1 INTERVENCIÓN BASADA EN LA COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN (GRUPO CONTROL)

Los sujetos del grupo de control (n=22) participaron en un tipo de intervención formativa basada en la *comunicación de información* (Tabla 8)

INTERVENCIÓN BASADA EN EL COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN	
Nº sesión y duración	Contenidos de las sesiones
1 (60 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación.</li> <li>• Efectos y consecuencias de las tareas de apoyo informal de larga duración en la salud de los cuidadores.</li> <li>• Importancia de un estilo de vida activa relacionado con la salud: aprendiendo a ser un cuidador proactivo.</li> <li>• Búsqueda del bienestar (físico y psíquico): conductas saludables.</li> <li>• Entrega de material-apuntes.</li> </ul>
2 (90 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de autocuidado favorecedoras del bienestar.</li> <li>• Modalidades terapéuticas adecuadas como parte de un plan de acción de autocuidado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ejercicio terapéutico para la mejora de la condición física (estiramientos, fuerza, aeróbico).</li> <li>○ Ejercicio terapéutico de relajación/manejo del estrés (relajación, respiración, automasajes).</li> </ul> </li> <li>• Entrega de material-apuntes.</li> </ul>
3 (90 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anatomía y biomecánica de la columna vertebral.</li> <li>• Etiopatogenia de lumbalgias y ciáticas.</li> <li>• Protección frente a alteraciones neuromúsculo-esqueléticas en la columna: escuela de espalda-técnicas de movilización de pacientes.</li> <li>• Medidas fisioterapéuticas de autocuidado en casos de lumbalgia/lumbago leve (relajación, respiración, automasajes).</li> <li>• Entrega de material-apuntes.</li> </ul>
4 (90 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección y tratamiento de otras alteraciones neuromúsculo-esqueléticas de carácter leve de frecuente aparición en cuidadores: cervicalgias/cefaleas tensionales, dolor de hombro, calambres musculares, túnel carpiano.</li> <li>• Entrega de material-apuntes.</li> </ul>

Tabla 8. Resumen de los contenidos de las sesiones que conformaron la fase de comunicación de información. [Fuente: Elaboración propia.].

Esta formación incluyó la realización de cuatro charlas (Tabla 8) sobre aspectos relativos a las tareas de cuidado continuado realizadas por los cuidadores (estrés del cuidador, efectos y consecuencias de las tareas de apoyo informal en su salud, etc.), a la importancia de asumir un papel activo hacia el cuidado de la propia salud, sobre actividades de autocuidado favorecedoras del bienestar como aspecto fundamental de un estilo de vida activo/saludable, actividades/estrategias

terapéuticas adecuadas como parte de un plan de acción general de autocuidado (estiramientos, etc.) y propuestas preventivas y de tratamiento frente a algunas de las problemáticas de carácter leve más frecuentes en el cuidador, como contracturas o lumbalgias.

Estas charlas, que tuvieron una duración entre 60-90 minutos, tuvieron lugar en las instalaciones de AFA Astorga y de La Bañeza y Comarca, con una periodicidad de una sesión al mes durante febrero, marzo, abril y mayo de 2009. A la finalización de estas se entregó a los cuidadores diverso material escrito/apuntes con los aspectos tratados durante la sesión.

También se realizaron recomendaciones a los cuidadores sobre la necesidad de establecer un plan de acción semanal con algunas de las actividades de autocuidado recomendadas y se les informó sobre la posibilidad de contactar con la formadora cuando les fuera necesario, a través de un número de teléfono que les proporcionó. Una vez finalizada la fase de comunicación de información, se realizó una segunda evaluación en el mes de junio (a las 18 semanas de la primera).

Tras esa evaluación dio comienzo la fase de seguimiento, en la cual se dio la misma recomendación acerca de lo adecuado de dedicar un tiempo semanal al autocuidado a partir de las enseñanzas realizadas. Dicha fase finalizó en el mes de octubre (a las 36 semanas de la primera) con la evaluación de seguimiento, con la cual se dio también por concluida la intervención.

#### **8.4.1.2 INTERVENCIÓN BASADA EN EL ENTRENAMIENTO EN EJERCICIOS DE AUTOCUIDADO ESPECÍFICOS**

Los sujetos del grupo experimental ( $n=22$ ) participaron en otra modalidad de intervención que combinó la misma información recibida por el control (Tabla 8), junto con una segunda fase de entrenamiento una serie de ejercicios de autocuidado específicos bajo la supervisión/ayuda del fisioterapeuta.

Esta segunda fase se desarrolló a lo largo de 10 sesiones de formación, de entre 60-90 minutos de duración cada una, con una periodicidad de una sesión semanal durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 2009 (mediando un periodo vacacional de dos semanas correspondiente a la Semana Santa) (Tablas 9 y 10).

<b>INTERVENCIÓN BASADA EN EL ENTRENAMIENTO EN AUTOCUIDADO ESPECÍFICOS</b>	
<b>FASE DE ENTRENAMIENTO</b>	
<b>Sesión y duración</b>	<b>Contenidos de las sesiones</b>
5 (90 minutos)	<p><b>Taller de relajación/manejo estrés-I (tensión-relajación).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de la práctica regular de relajación.</li> <li>• Normas para conseguir un mejor estado de relajación.</li> <li>• Tensión y distensión muscular.</li> <li>• Práctica de concienciación de la tensión muscular.</li> <li>• Entrenamiento en la técnica de tensión-distensión.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material. Tareas: ejercitar trabajo personal.</li> </ul>
6 (90 minutos)	<p><b>Taller de flexibilidad/postura - I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Streching global activo: bases, indicaciones etc.</li> <li>• Consideraciones en la aplicación de autoposturas.</li> <li>• Práctica de concienciación postural en decúbito supino.</li> <li>• Entrenamiento de la autopostura rana al suelo con insistencia en miembros superiores.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material.</li> </ul> <p>Tareas: ejercitar trabajo personal.</p>
7 (60 minutos)	<p><b>Taller de flexibilidad/postura-II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Re-entrenamiento de la autopostura rana al aire con insistencia en miembros superiores.</li> <li>• Entrenamiento de la autopostura rana al aire con insistencia en miembros inferiores.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material</li> </ul> <p>Tareas: ejercitar trabajo personal.</p>
8 (90 minutos)	<p><b>Taller de relajación/manejo estrés-II (automasaje general).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Efectos fisiológicos del masaje en el organismo.</li> <li>• Maniobras básicas en masoterapia.</li> <li>• Entrenamiento de un protocolo de automasaje para cara-cuello y columna dorsal/lumbar.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material.</li> </ul> <p>Tareas: ejercitar trabajo personal.</p>
9 (60 minutos)	<p><b>Taller de relajación/manejo estrés- III (relajación pasiva).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Técnica de relajación pasiva: bases; diferencias con la técnica de relajación progresiva.</li> <li>• Entrenamiento en la técnica de relajación pasiva.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material.</li> </ul> <p>Tareas: ejercitar trabajo personal.</p>
10 (60 minutos)	<p><b>Taller de flexibilidad/postura- III.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Reentrenamiento de la autopostura rana al suelo con insistencia en miembros inferiores.</li> <li>• Entrenamiento de autopostura complementaria: rana al aire con insistencia en miembros superiores.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material.</li> </ul> <p>Tareas: ejercitar trabajo personal.</p>
11 (60 minutos)	<p><b>Taller de relajación/manejo estrés- IV (automasaje MMSS).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Entrenamiento de un protocolo de automasaje para miembros superiores.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material.</li> </ul> <p>Tareas: ejercitar trabajo personal.</p>

Tabla 9. Resumen de los contenidos de sesiones 5, 6,7, 8, 9, 10 y 11. Fuente: Elaboración propia de los autores.

<b>INTERVENCIÓN BASADA EN EL ENTRENAMIENTO EN AUTOCUIDADO ESPECÍFICOS</b>	
<b>FASE DE ENTRENAMIENTO</b>	
<b>Sesión y duración</b>	<b>Contenidos de las sesiones</b>
12 (60 minutos)	<p><b>Taller de flexibilidad/postura- IV.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Reentrenamiento de la autopostura rana al aire con insistencia en miembros superiores.</li> <li>• Entrenamiento de la autopostura rana al suelo con insistencia en miembros inferiores.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material.</li> </ul> <p>Tareas: ejercitar trabajo personal.</p>
13 (60 minutos)	<p><b>Taller de relajación/manejo estrés- V (respiración).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Mecanismo de la respiración: músculos, fases.</li> <li>• Trastornos del patrón respiratorio.</li> <li>• Entrenamiento de un protocolo de técnicas respiratorias.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material.</li> </ul> <p>Tareas: ejercitar trabajo personal.</p>
14 (60 minutos)	<p><b>Taller de relajación/manejo estrés- VI (automasaje MMII).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas.</li> <li>• Entrenamiento de un protocolo de automasaje para miembros inferiores.</li> <li>• Resumen de la sesión y entrega de material.</li> </ul> <p>Tareas: ejercitar trabajo personal.</p>

Tabla 10. Resumen de los contenidos de sesiones 12, 13 y 14. Fuente: Elaboración propia de los autores.

A la finalización de las sesiones se entregaron a los cuidadores apuntes y material de audio con los contenidos de las diferentes sesiones, con el fin de facilitar la práctica de lo ya enseñado.

Así mismo, se dieron instrucciones a los cuidadores sobre la idoneidad de realizar la actividad aprendida hasta el aprendizaje de una nueva, incentivándolos al terminar cada taller a establecer una propuesta sobre los autocuidados que se podrían realizar como parte de un plan de acción que incluyese, al menos, una sesión semanal de autoposturas y dos-tres sesiones de ejercicios de relajación y de automasaje.

Al igual que al grupo de control, se proporcionó a los cuidadores un número de teléfono con la finalidad de que pudieran contactar con la formadora ante cualquier duda que pudiera surgirles durante la ejecución en el domicilio.

A continuación se detallan los talleres desarrollados en el grupo experimental.

### **A. TALLERES DE EJERCICIOS DE RELAJACIÓN**

El entrenamiento en relajación incluyó la realización de tres modalidades de ejercicios: relajación muscular progresiva, relajación pasiva y respiraciones.

La enseñanza de los diferentes tipos de ejercicios se planteó siguiendo recomendaciones realizadas por diferentes autores (Payne, 2009; Smith, 1999), de manera que el cuidador fuera adquiriendo un conocimiento progresivo de dichos ejercicios en función de su dificultad.

Antes de comenzar cada una de las sesiones prácticas, se presentaron y explicaron a los cuidadores las razones por las que se aconsejaba su práctica (por ejemplo, manejo de la ansiedad, alivio de la tensión muscular o dolor, etc.), los beneficios esperados, los fundamentos teóricos de cada una de ellas y la forma adecuada de realización.

### **A.1 RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA (RMP)**

El entrenamiento en relajación progresiva incluyó una variante de la relajación muscular progresiva de Jacobson diseñada por Escudero (1998), de 40 minutos de duración, que incluía la realización de tres repeticiones de ejercicios de tensión-distensión para diversos grupos musculares (mano-antebrazo, brazo, hombro, pecho, espalda, etc.).

### **A.2 RELAJACIÓN PASIVA**

La relajación muscular pasiva, también denominada inducción directa, se presentó a los cuidadores como un paso más en su entrenamiento en ejercicios de relajación.

Con ella se pretende que, sirviéndose exclusivamente de una orden mental, el individuo sea capaz de relajar las tensiones que perciba en los músculos de su cuerpo, con lo que podrá disfrutar de sensaciones de relajación en cualquier situación, facilitándose una generalización de ésta.

El entrenamiento en relajación pasiva o inducción directa se basó en una grabación de aproximadamente 40 minutos de duración realizada también por Escudero (1998), que incluye instrucciones acerca de la distensión (sin previa tensión) de los grupos musculares de la zona de la mano-antebrazo, brazo (bíceps), etc.

### **A.3 EJERCICIOS RESPIRATORIOS**

El objetivo de los autocuidados relacionados con ejercicios de respiración era ayudar a los cuidadores a alcanzar un cierto control voluntario de esta para que

podrían automatizarla después en otras situaciones, incluso en las más problemáticas.

Estas técnicas pretenden conseguir una utilización más amplia de los pulmones, facilitando una respiración más completa, un ritmo más lento pero más profundo y una mejor calidad de la respiración (Labrador, de la Puente y Crespo, 2001).

Las técnicas incluidas siguieron el protocolo diseñado por Escudero (1998), de 40 minutos de duración, que incluía la realización de ejercicios de concienciación ventilatoria o del patrón ventilatorio (4:30 minutos), reeducación diafragmática (11:30 minutos), control de la frecuencia respiratoria o desensibilización de la disnea (3:55 minutos), control de la relación inspiración/respiración (10:02 minutos), ventilación abdómino-diafragmática o reeducación diafragmática (2:30 minutos), espiración con labios fruncidos (3 minutos) y suspiro dirigido (4 s).

Las instrucciones dadas durante la *reeducación diafragmática* incluían la orden de no mover los hombros y de olvidar el movimiento habitual de los pulmones para concentrarse solo en el abdomen.

Para ello el individuo debe colocar una mano en el tórax y otra en el abdomen. A continuación debe inspirar lenta y profundamente, imaginando que está "aspirando" todo el aire posible. Al hacerlo, la mano en el abdomen debe elevarse más que la del tórax. Se retiene la respiración y se cuenta unos segundos antes de espirar. La espiración debe durar dos veces más que la aspiración, de forma que con estos ejercicios el número de respiraciones se reduce a la mitad: unas ocho respiraciones por minuto.

## **B. TALLERES DE EJERCICIOS DE AUTOMASAJE**

El entrenamiento en ejercicios de automasaje incluyó la realización de tres talleres que incluyeron diferentes protocolos de trabajo: uno para cara-cuello-columna, otro para miembros superiores y otro para miembros inferiores.

Estos protocolos incluyeron maniobras, como, por ejemplo, roce superficial y profundo, amasamientos (con pulgares, nudillos, etc.), deslizamientos, fricciones y presión estática y circular sobre los puntos dolorosos.

Todas estas técnicas fueron realizadas con la ayuda de las manos, así como diferentes instrumentos, como toallas, pelotas y calcetines.

En el anexo 9 se presentan los contenidos de uno de los tres protocolos de automasaje comentados, con los diferentes ejercicios incluidos en cada uno de ellos.

### C. TALLERES DE FLEXIBILIDAD/POSTURA

Los talleres sobre flexibilidad/postura incluyeron la formación en cuatro posturas de estiramiento global en descarga (decúbito supino), de manera que, siguiendo las recomendaciones del autor del método, se dedicó una sesión para el aprendizaje de cada postura.

Las primeras autoposturas enseñadas fueron la de *rana en el suelo con insistencia en miembros superiores* (sesión 6) y *rana en el suelo con insistencia en miembros inferiores* (sesión 7), seguida de la *de rana al aire con insistencia en los miembros inferiores* (sesión 10) y *de rana al aire con insistencia en los miembros superiores* (sesión 12).

### D. FASE DE MANTENIMIENTO

Una vez finalizada la fase de entrenamiento y tras la realización de una evaluación postintervención (mes de junio), se recomendó a los cuidadores del grupo experimental que continuaran aplicando los diferentes tipos de ejercicios de manera autónoma y sin supervisión directa del fisioterapeuta, dentro de planes semanales de autocuidado.

## 8.5 CRONOGRAMA

CAPTACIÓN DE LA MUESTRA	2008			
	S	O	N	D
1. Reuniones directivas	X	X		
2. Charlas captación de muestra			X	X

Tabla 11. Captación de la muestra. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].

GRUPO CONTROL										
TAREAS	2009									
	E	F	M	A	My	Jn	Jl	Ag	S	O
1. Evaluaciones	X					X				X
2. Fase presencial		X	X	X	X					
3. Fase mantenimiento						X	X	X	X	

Tabla 12. Cronograma actividades grupo de control. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].

GRUPO EXPERIMENTAL										
TAREAS	2009									
	E	F	M	A	My	Jn	Jl	Ag	S	O
1. Evaluaciones	X					X				X
2. Fase presencial		XXXX	XXXX	XXX	XXX					
3. Fase mantenimiento						X	X	X	X	X

Tabla 13. Cronograma actividades grupo experimental. [Fuente: Elaboración propia de los autores.].

## 8.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para la sistematización y análisis estadístico de los datos recogidos, se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS *Statistics* 19.0s, tomándose como referencia del nivel de significación estadística un valor de alfa (p) de 0.05.

Este análisis incluyó las siguientes partes:

- a) Análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los participantes, factores contextuales, tanto ambientales como personales, así como de las variables relacionadas con la calidad de vida y el funcionamiento (psicológico y físico). Este análisis incluyó la determinación de rangos, medias y desviaciones estándares (D.S) o el recuento, expresado en porcentajes. Los resultados de los instrumentos de evaluación utilizados (cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, cuestionario STAI, etc.) incluyeron puntuaciones directas.
- b) Prueba de *Shapiro-Wilk* para contrastar la normalidad de las variables objeto de estudio (Anexo 10). Su uso se justifica en el tamaño de la muestra ( $n < 50$ ).
- c) Prueba no paramétrica de Mann-Whitney, indicada en el texto como [U] para el estudio de la homogeneidad entre grupos (control y experimental) en las principales variables estudiadas. Su uso se justifica por la falta de normalidad de

muchas de las variables que se han de estudiar y al tamaño de la muestra ( $n < 50$ ).

- d) Pruebas no paramétricas de *Mann-Whitney*, indicada en el texto como [U] y la de *Kruskal-Wallis*, indicada como [H], para la comparación de las medias relativas a los factores contextuales y las variables relacionadas con la calidad de vida y el funcionamiento. Su uso se justifica por la falta de normalidad de muchas de las variables que se han de estudiar y al tamaño de la muestra ( $n < 50$ ).
- e) Prueba de *Wilcoxon* para el estudio de las diferencias en cada grupo a lo largo de las sucesivas evaluaciones realizadas (preintervención, postintervención y de seguimiento). Su uso se justifica por la falta de normalidad de algunas de las variables a estudio y al tamaño de la muestra ( $n < 50$ ).
- f) Pruebas de correlación de Pearson, indicado en el texto como [r], para las variables con distribución normal y de Spearman, indicado en el texto como [s], en el caso de variables ordinales o que no presentaban una distribución normal.

Para la notación numérica o estadística se han seguido las normas APA, que se resumen a continuación:

- Los decimales se ponen con punto, siendo suficientes dos decimales.
- En unidades de millar no se pone punto ni coma.
- Se usa un cero antes del punto decimal cuando el número sea menor que 1. Esta situación ocurre, por ejemplo, en las correlaciones, las probabilidades, los niveles de significación, etc.



# RESULTADOS

# 9

## 9.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Los datos que se describen a continuación hacen referencia a los porcentajes, medias y desviaciones estándares de las variables contempladas a lo largo de la investigación, tanto para la muestra de estudio (n= 36), como para los grupos control (n=14) y experimental (n=22).

Para la muestra de estudio también se muestran las comparaciones de medias realizadas mediante pruebas no paramétricas, debido a la falta de normalidad de muchas de las variables (Anexo 10) y al pequeño tamaño de la misma (n<50).

### 9.1.1 FACTORES CONTEXTUALES

En este apartado se presentan los resultados de los factores contextuales que han sido objeto de estudio en esta investigación, y que fueron a su vez subdivididos en dos dimensiones: factores personales y ambientales.

#### 9.1.1.1 FACTORES PERSONALES

En este apartado se presentan los datos relativos a los tres factores personales que han sido objeto de estudio en esta investigación: las características socio-demográficas de los participantes, los factores asociados al riesgo y los factores protectores.

##### 9.1.1.1.1 Características sociodemográficas de los participantes

En la tabla 14 se expone la información más relevante de las características sociodemográficas de los participantes en esta investigación: sexo, edad, parentesco, nivel de estudios y asociación de procedencia.

Respecto a la muestra de estudio (n=36) y en relación al sexo, se observa una mayoría de mujeres (86.1 %) frente hombres (13.9 %).

La edad media de los participantes fue de 60.89 años (DS=10.63), teniendo el cuidador de menos edad 43 años y 82 años el que más.

Factor	Categoría	Muestra (n=36)	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	31 (86.1%)	12 (85.7%)	19 (86.4%)
	Varón	5 (13.9%)	2 (14.3%)	3 (13.6%)
<b>Edad<sup>i,ii</sup></b>	Mujeres	58.55±9.41	58.67±9.46	58.47±9.64
	Varones	75.40±4.33	76.00±8.48	75.00±1.00
	<b>Global-rangos</b>	60.89±10.63,43-82	61.14±10.99,44-82	60.73±10.65,43-76
	Menos 65 años	21 (58.3)%	8 (57.1)%	13 (59.1)%
	65 años o más	15 (41.7)%	6 (42.9)%	9 (40.9)%
<b>Parentesco<sup>i</sup></b>	Cónyuge	15 (41.7)%	6 (42.9%)	9 (40.9%)
	Hijo/hija	17 (47.2)%	7 (86.4%)	10 (45.5%)
	Otros	4 (11.1)%	1 (7.1%)	3 (13.6%)
<b>Nivel de estudios<sup>i</sup></b>	Sin estudios	6 (16.7)%	2 (14.3%)	4 (18.2%)
	Primer grado	8 (22.2)%	1 (7.1%)	7 (31.8%)
	Segundo grado	19(52.8)%	11 (78.6%)	8 (36.4%)
	Universitarios	3 (8.3)%	0 (0%)	3 (13.6)%
<b>Asociación de procedencia<sup>i</sup></b>	León	16 (44.4%)	0 (0%)	16 (72.7)%
	El Bierzo	6 (16.7)%	0 (0%)	6 (27.3)%
	La Bañeza	8 (22.2)%	8 (57.1%)	0 (0%)
	Astorga	6 (16.7)%	6 (42.9%)	0 (0%)

<sup>i</sup> Resultados expresados en n(%); <sup>ii</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 14. Porcentajes, medias y desviaciones estándares relativos a las diferentes categorías de las características sociodemográficas (sexo, edad, parentesco, nivel de estudios y asociación de procedencia) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental.

Realizando la comparación de medias respecto a las diferentes categorías para estas características de sociodemográficas (Tabla 15), se encontraron diferencias significativas en relación al sexo (p: 0.001), el parentesco (p: 0.000) y el nivel de estudios (p: 0.005).

Factor	Categoría	Medias/DS	Sig
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	58.55±9.41	0.001** [U]
	Varón	75.40±4.33	
<b>Parentesco<sup>i</sup></b>	Cónyuge	69.93±5.87	0.000** [H]
	Hijo/hija	54.06±8.15	
	Otros	56.00±9.89	
<b>Nivel de estudios<sup>i</sup></b>	Sin estudios	70.00±5.83	0.005** [H]
	Primer grado	66.38±4.59	
	Segundo grado	57.68±10.95	
	Universitarios	48.33±6.11	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney, [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01.

Tabla 15. Comparación de las medias de la edad del cuidador según las diferentes categorías de las características sociodemográficas (sexo, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36).

A propósito de las diferencias respecto a la edad según sexo, se observó que los hombres eran más mayores (75.40±4.33 años) que las mujeres (Figura 35).

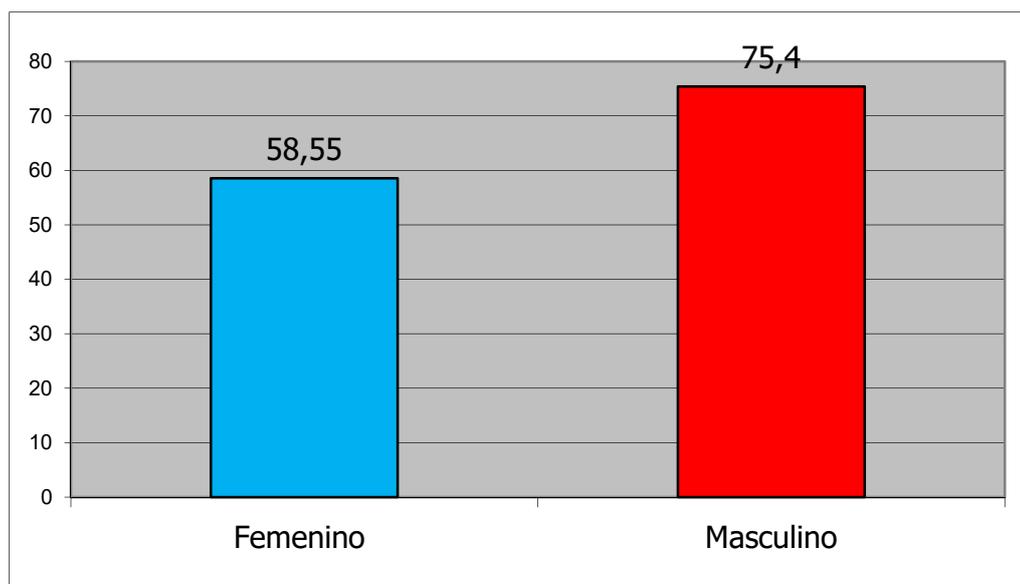


Figura 35. Edad media de los cuidadores según sexo.

Respecto al grado de parentesco del cuidador según la edad y una vez realizadas las comparaciones por pares (Tabla 16), se encontraron diferencias significativas entre el cónyuge y la hija ( $p: 0.000$ ) y entre el cónyuge y los otros familiares ( $p: 0.012$ ), teniendo en cuenta el nivel de significación al aplicar la corrección de Bonferroni<sup>1</sup>:

Factor	Categoría	Sig [U]
Edad del cuidador	Cónyuge-Hijo/hija	0.000*
	Cónyuge-Otros	0.012*
	Hijo/hija-Otros	0.686

[U] Prueba U de Mann-Whitney.

\*Significativa al nivel 0.016 (ajuste de Bonferroni).

Tabla 16. Comparación de las medias de la edad del cuidador entre las diferentes categorías del grado del parentesco para la muestra de estudio ( $n=36$ ). [Fuente: Elaboración propia.]

Para el nivel de estudios según edad (Tabla 17), no se observaron diferencias significativas entre las medias de las diferentes categorías analizadas (cónyuge, hijo/a y otros), teniendo en cuenta el nivel de significación al aplicar la corrección de Bonferroni<sup>2</sup>.

En relación al parentesco, se observó que la mayor parte de los cuidadores eran familiares de primer grado del receptor de los cuidados, ya fueran éstos cónyuge (41.7 %) o hijo/a (47.2 %).

<sup>1 y 2</sup> El ajuste de Bonferroni determina que en una variable con tres rangos hay significatividad al alcanzar el valor 0.016.

Factor	Categoría	Sig [U]
Edad del cuidador	Sin estudios-Primer grado	0.239
	Sin estudios-Segundo grado	0.014
	Sin estudios-Universitarios	0.020
	Primer grado-Segundo grado	0.033
	Primer grado-Universitarios	0.013
	Segundo grado-Universitarios	0.114

[U] Prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 17. Comparación de las medias de la edad del cuidador entre las diferentes categorías del nivel de estudios para la muestra de estudio (n=36).

A propósito de su sexo, encontramos que todos los cuidadores masculinos eran cónyuges de la persona receptora, mientras que las cuidadoras eran hijas (54.8 %), cónyuges (32.3 %) o tenían, en el 12.9 % de los casos, otra relación de parentesco (hermanas, sobrinas, etc.).

Sobre el nivel de estudios de los cuidadores de la muestra de estudio, hallamos que un 52.8 % tenían estudios de segundo grado, un 22.2 % de primer grado, un 16.7 % no tenían estudios primarios y un 8.3 % eran universitarios.

Respecto a las asociaciones de procedencia de los participantes en la investigación, cabe señalar que 16 eran miembros de la Asociación de Familiares de Alzheimer de León (AFA León), 6 de El Bierzo (AFA Bierzo), 8 de La Bañeza y Comarca (AFA La Bañeza) y 6 de Astorga (AFA Astorga) (Figura 36).

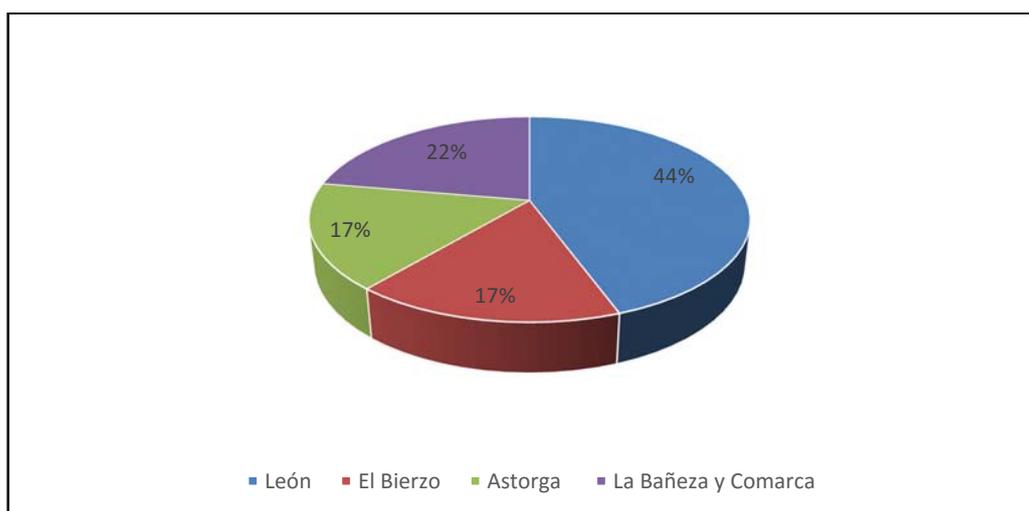


Figura 36. Asociaciones de Familiares de Alzheimer y de otras Demencias (AFA) de procedencia.

9.1.1.1.2 Factor asociado al riesgo (Sobrecarga percibida).

En la tabla 18, se presentan las puntuaciones medias y las desviaciones estándares de la variable *sobrecarga percibida* y de las tres dimensiones que la conforman (impacto, interpersonal e incompetencia), tanto para la muestra de estudio (n=36), como para los grupos control (n=14) y experimental (n=22).

En la muestra de estudio (n=36), se halló una puntuación media de 60.00 (D.S=13.37), lo cual informa, según los parámetros establecidos (Martín et al.,1996), de un 56 % de cuidadores con sobrecarga intensa (entre 56-110), un 33 % leve (entre 47-55) y un 11 % que no presentaban sobrecarga (entre 22-46).

Variable	Dimensiones	Muestra (n=36)	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)
<b>Sobrecarga percibida<sup>i</sup></b>	Puntuación global	60.00±13.37	62.93±15.66	58.14±11.69
	Impacto	36.06±8.08	38.57±9.32	34.45±6.94
	Interpersonal	14.31±3.67	14.71±4.42	14.05±3.18
	Incompetencia	9.67±2.87	9.64±2.81	9.68±2.98

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 18. Medias y desviaciones estándares en la variable carga percibida y en sus dimensiones (impacto, interpersonal e incompetencia), para la muestra de estudio y los grupos control y experimental.

A propósito de la distribución por sexo respecto a estos niveles, se observó que un 60 % de los hombres presentaba sobrecarga intensa y un 40 % leve, mientras que en las mujeres ese porcentaje fue de 64.5 % y 29.0 % respectivamente.

La tabla 19, muestra la comparación de medias, tanto para la puntuación global, como para las dimensiones impacto, interpersonal e incompetencia para las diferentes características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios).

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios), cabe destacar que las mujeres presentaron valores superiores tanto para la puntuación total de carga como para todas sus dimensiones, observándose las siguientes puntuaciones y diferencias significativas:

- Puntuación total de carga: 62.35±12.49 frente a 45.40±9.23; p: 0.016.
- Impacto: 37.35±7.61 frente a 28.00±6.59; p: 0.022.
- Interpersonal: 14.94±3.47 frente a 10.40±2.30, p: 0.012.
- Incompetencia: 10.10±2.76 frente a 7.00±2.23; p: 0.027.

Factor	Categoría	Sobrecarga global		Impacto		Interpersonal		Incompetencia	
		Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	62.35±12.49	0.016*	37.35±7.61	0.022*	14.94±3.47	0.012*	10.10±2.76	0.027*
	Hombre	45.40±9.23	[U]	28.00±6.59	[U]	10.40±2.30	[U]	7.00±2.23	[U]
<b>Edad<sup>i</sup></b>	Menos 65 años	60.44±13.64	0.427	36.15±8.31	0.756	14.47±3.71	0.187	9.85±2.85	0.065
	65 años o más	52.50±.70	[U]	34.50±2.12	[U]	11.50±.70	[U]	6.50±.70	[U]
<b>Parentesco<sup>i</sup></b>	Cónyuge	54.33±14.63	0.160	32.60±8.84	0.101	12.93±3.80	0.229	8.87±3.18	0.226
	Hijo/a	63.82±12.15	[H]	38.65±7.33	[H]	15.35±3.65	[H]	9.82±2.24	[H]
	Otros	65.00±4.69		38.00±2.82		15.00±1.41		12.00±3.46	
<b>Nivel de estudios<sup>i</sup></b>	Sin estudios	60.17±18.06	0.218	35.83±9.30	0.205	14.33±5.31	0.300	10.00±4.14	0.471
	Primer grado	55.00±14.03	[H]	33.13±9.74	[H]	13.37±9.74	[H]	8.50±2.61	[H]
	Segundo grado	63.63±11.74		38.32±7.03		15.11±3.55		10.26±2.70	
	Universitario	50.00±3.00		30.00±3.60		11.67±.57		8.33±5.77	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01

Tabla 19. Comparación de medias para la sobrecarga global y sus dimensiones (impacto, interpersonal e incompetencia), entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36).

La tabla 20, recoge los porcentajes obtenidos en las cinco categorías de respuesta posible de los elementos del instrumento de evaluación de la carga utilizado.

CONTENIDO DEL ÍTEM	RESPUESTA					
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Con frecuencia	5 Siempre	4 ó 5
1.- El familiar pide más ayuda de la necesaria.	36.1	25.0	27.8	8.3	2.8	11.1
2.- Insuficiente tiempo propio.	11.1	22.2	44.4	16.7	5.6	22.3
3.- Agobio por compatibilizar responsabilidades.	8.3	13.9	66.7	5.6	5.6	11.2
4.- Se siente avergonzado por su familiar.	7.5	13.9	8.3	2.8	0	2.8
5.- Se siente enfadado cerca de su familiar.	33.3	22.2	41.7	0	2.8	2.8
6.- Vida familiar afectada negativamente.	33.3	13.9	25	22.2	5.6	27.8
7.- Miedo por el futuro de su familiar.	5.6	5.6	41.7	30.6	16.7	<b>47.3</b>
8.- Pensar que el familiar depende de él o ella.	2.8	0	13.9	13.9	69.4	<b>83.3</b>
9.- Se siente tenso cerca de su familiar.	16.7	8.3	58.3	13.9	2.8	16.7
10.- Deterioro de la salud.	27.8	13.9	30.6	22.2	5.6	27.8
11.- Falta de intimidad.	19.4	11.1	33.3	25	11.1	36.1
12.- Vida social afectada negativamente.	22.2	8.3	41.7	13.9	13.9	27.8
13.- Distanciamiento de las amistades.	55.6	5.6	25	5.6	8.3	5.6
14.-Ser considerado como único cuidador posible.	19.4	5.6	5.6	16.7	52.8	<b>69.5</b>
15.- Problemas económico para cuidar.	36.1	2.8	41.7	8.3	11.1	19.4
16.- Incapacidad para cuidar mucho más tiempo.	38.9	19.4	36.1	5.6	0	5.6
17.-Pérdida de control sobre su vida.	25	8.3	27.8	30.6	8.3	38.9
18.-Desear dejar el cuidado a otra persona.	27.8	16.7	36.1	8.3	11.1	19.4
19.- Se siente indeciso sobre su familiar.	25	8.3	33.3	22.2	11.1	33.3
20.- Podría cuidar mejor a su familiar.	38.9	11.1	27.8	13.9	8.3	22.2
21.- Debería hacer más por su familiar.	27.8	11.1	36.1	22.2	2.8	25
22.- Grado de carga experimentado.	13.9	8.3	50	16.7	11.1	27.8

Tabla 20. Distribución según la respuesta relativa a la frecuencia que manifiestan los cuidadores (en %) en las diferentes preguntas referidas a la carga para la muestra de estudio (n=36).

Atendiendo al porcentaje acumulado de las dos categorías que indican una mayor concurrencia ("*con frecuencia*" y "*siempre*"), se observa una elevada frecuencia de situaciones tales como "pensar que el familiar depende de él o ella", "ser considerado como único cuidador posible" y "miedo por el futuro de su familiar".

9.1.1.1.3 Factor protector (Tiempo dedicación al autocuidado).

Dentro de este apartado se incluye la información relativa a las actividades de autocuidado realizadas por los cuidadores como medio de protección frente al deterioro de su calidad de vida relacionada con la función.

Respecto a estas actividades de autocuidado se indagó acerca de la frecuencia semanal (en minutos) que el cuidador dedicaba durante la semana (¿cuánto tiempo en toda la semana dedica usted a actividades de autocuidado tales como ejercicio aeróbico-caminar, correr, etc-, flexibilidad-fuerza o relajación/manejo del estrés?) (Tabla 21).

Dimensión	Categoría	Muestra (n=36)	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)
Tiempo dedicado al autocuidado	Nada de tiempo <sup>i</sup>	13(36.1%)	4(28.6%)	9(40.9%)
	<30min/semana <sup>i</sup>	2(5.6%)	0	2(9.1%)
	30-60min/semana <sup>i</sup>	0	0	0
	1-3 horas/semana <sup>i</sup>	7(19.4%)	2(14.3%)	5(22.7%)
	>3h/semana <sup>i</sup>	14(38.9%)	8(57.1%)	6(27.3%)
	Total (min/sem) <sup>ii</sup>	95.42±83.64	124.29±83.08	77.05±80.48

<sup>i</sup> Resultados expresados en n(%). <sup>ii</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 21. Porcentajes, medias y desviaciones estándares en relación a la dedicación semanal a conductas de autocuidado para la muestra de estudio (n=36).

De entre los 13 participantes (36.1 %) que declararon no dedicar nada de tiempo al autocuidado y preguntados acerca de los motivos, 7 lo relacionaron con la *falta de tiempo*, 5 con *falta de interés* por su parte y 1 con *falta de formación*.

Entre los cuidadores que sí dedicaban tiempo al autocuidado durante la semana, se observó que un 5.6 % (n=2) empleaba *Menos de 30 minutos*, un 19.4 % (n=7) *Entre 1 y 3 horas* y un 38.9 % (n=14) *Más de tres horas*.

De cara al análisis estadístico, también se cuantificó dicho tiempo dedicado al autocuidado en minutos/semanales, alcanzándose para la totalidad de la muestra una media de 95.42±83.64.

En la tabla 22, se muestra la comparación de medias sobre este tiempo dedicado al autocuidado, para las diferentes características sociodemográficas de los participantes que conformaron la muestra de estudio (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios), no observándose ninguna diferencia significativa entre ellas.

Característica	Categoría	Dedicación autocuidado	Sig
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	87.58±82.71	0.127 [U]
	Varón	144.00±80.49	
<b>Edad<sup>i</sup></b>	Menos 65 años	100.00±83.42	0.823 [U]
	65 años o más	89.00±86.44	
<b>Parentesco<sup>i</sup></b>	Cónyuge	93.00±89.31	0.822 [H]
	Hijo/a	91.76±82.48	
	Otros	120.00±84.85	
<b>Nivel de estudios<sup>i</sup></b>	Sin estudios	110.00±88.31	0.978 [H]
	Primer grado	91.88±76.24	
	Segundo grado	91.58±90.26	
	Sin estudios	100.00±91.65	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

Tabla 22. Comparación de medias para el tiempo dedicado al autocuidado (minutos/semanales) entre las características sociodemográficas de los participantes para la muestra de estudio (n=36).

### 9.1.1.2 FACTORES AMBIENTALES

En este apartado se presentan los porcentajes, medias y desviaciones estándares de las variables relativas al ambiente en el que se sucedieron los cuidados informales, incluidas en dos dimensiones: las *características sociodemográficas de los familiares receptores de los cuidados* y las *características generales de la situación de cuidados*.

#### 9.1.1.2.1 Características sociodemográficas de los familiares receptores de los cuidados.

La tabla 23, muestra los datos sociodemográficos de los familiares receptores de los cuidados (sexo, edad y deterioro referido por los participantes), para la muestra de estudio (n=36) y los grupos control (n=14) y experimental (n=22).

Factor	Categoría	Muestra (n=36)	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	21 (58.3%)	8 (57.1%)	13 (59.1%)
	Varón	15 (41.7%)	6 (42.9%)	9 (40.9%)
<b>Edad<sup>ii</sup></b> Distribución por rangos	<b>Global</b>	78.33±7.48	78.79±8.31	78.05±7.09
	Mujeres	81.29±6.49	82.63 ±7.00	80.46±6.29
	Varones	74.20±6.96	73.67 ±7.47	74.56±7.03
	Menos 75 años	12 (33.3%)	5 (35.7%)	7 (31.8%)
	75 años o más	24 (66.7%)	9 (64.3%)	15 (68.2%)
<b>Tipo de deterioro<sup>i</sup></b>	Alzheimer	32 (88.9%)	12 (85.7%)	20 (90.9%)
	Otra demencia	3 (8.3%)	1 (7.1%)	2 (9.1%)
	Otra patología	1 (2.8%)	1 (7.1%)	0%

<sup>i</sup> Resultados expresados en n(%); <sup>ii</sup> Resultados expresados en media ± DS

Tabla 23. Porcentajes, medias y desviaciones estándares relativos a las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los familiares receptores de los cuidados (sexo, edad y tipo de deterioro declarado por el cuidador) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental.

En relación al sexo, se observó un porcentaje de mujeres ligeramente superior (58.3 %) al de hombres (41.7 %), presentando éstas una edad superior (81.29±6.49 años frente a 74.20±6.96) en la comparación de medias (Tabla 24).

Factor	Categoría	Medias y desviación estándar	Sig
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	81.29 ±6.49	0.008**
	Varón	74.20 ±6.96	[U]
<b>Tipo de deterioro<sup>i</sup></b>	Alzheimer	78.47 ±6.79	0.702
	Otra demencia	81.67 ±12.05	[H]
	Otra enfermedad	64.00	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS

[U] Prueba U de Mann-Whitney.; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05.;\*\*Significativa al nivel 0.01.

Tabla 24. Comparación de las medias de la edad del familiar receptor de los cuidados entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los familiares receptores de los cuidados (sexo y tipo de deterioro) para la muestra de estudio (n=36).

A propósito del tipo deterioro de los pacientes referido por los participantes, el principal fue la enfermedad de Alzheimer (88.9 %), seguido de otros tipos de demencia (8.3 %) y otra enfermedad (2.8 %).

#### 9.1.1.2.2 Características generales de la situación de cuidados.

En la tabla 25 se presentan los porcentajes, medias y desviaciones estándares para la muestra de estudio (n=36) y los grupos control y experimental, de las diferentes características generales de la situación de cuidados estudiadas.

Factor	Categoría	Muestra (n=36)	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)
<b>Responsabilidad en el cuidado<sup>i</sup></b>	En solitario	19 (52.8%)	10 (50%)	10 (45.5%)
	Comparte tareas	17 (48.9%)	10 (50%)	12 (54.5%)
<b>Ocupación del cuidador<sup>i</sup></b>	Cuidar al familiar	14 (38.9%)	5 (35.7%)	9 (40.9%)
	Trabajar y cuidar familiar	22 (61.1%)	9 (64.3%)	13 (59.1%)
<b>Tiempo en el rol de cuidador (en meses)<sup>i,ii</sup></b>	Menos de 60	13 (36.1%)	6 (42.9%)	7(31.8%)
	Entre 60 y 120	16 (44.4%)	4 (28.6%)	12(54.5%)
	Más de 120	7 (19.4%)	4 (28.6%)	3 (13.6%)
	<b>Global</b>	72.67±46.42	79.71±56.20	68.18±39.78
<b>Grado de dependencia funcional del familiar<sup>i,ii</sup></b>	Total	13 (36.1%)	9 (64.3%)	4 (18.2%)
	Severa	8 (22.2%)	4 (28.6%)	4 (18.2%)
	Moderada	8 (22.2%)	0	8 (36.4%)
	Escasa	1 (2.8%)	1 (7.1%)	0
	Independencia	6 (16.7%)	0	6 (27.3%)
	<b>Global</b>	47.36±37.99	22.14±27.08	63.41±35.46

<sup>i</sup> Resultados expresados en n(%); <sup>ii</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 25. Porcentajes, medias y desviaciones estándares referidas a las características generales de la situación de cuidados, para la muestra de estudio y los grupos control y experimental.

En relación a la responsabilidad en el cuidado, se encontraron similares porcentajes entre las dos categorías estudiadas, siendo asumido en solitario por el 52.8 % de los cuidadores y compartido por el 48.9 % de ellos (Figura 37).

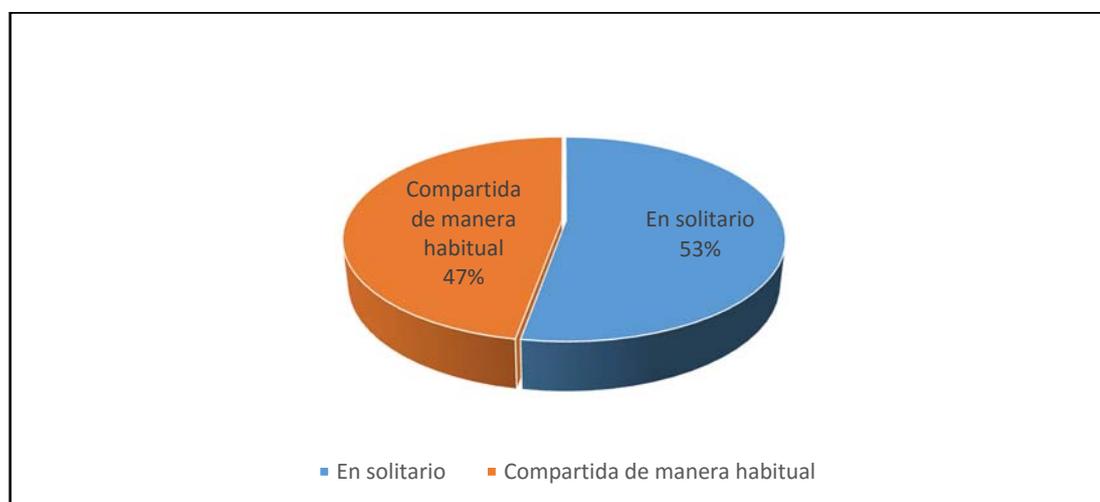


Figura 37. Distribución según la responsabilidad en el cuidado.

Respecto a esta *responsabilidad en el cuidado* y en relación al sexo, encontramos que, entre los cuidadores que asumían las actividades de cuidado en solitario, un 51.6 % eran mujeres y el 60 % hombres.

A propósito de la edad del cuidador, observamos que, en el caso de los cuidadores que atendían en solitario, el 66.7 % tenía 65 años o más, mientras que, entre los que la compartían, el porcentaje era inferior (42.9 %).

Respecto al parentesco, cabe destacar que en un 66.7 % el cuidador que asumía la responsabilidad en solitario era el cónyuge y, en un 41.1 %, la hija.

En referencia a la *ocupación de los cuidadores* de la muestra (Tabla 25), un 61.1 % realizaba alguna actividad laboral remunerada, frente al 38.9 % que no.

En relación al sexo, un 54.8 % realizaban alguna actividad laboral remunerada, mientras que los hombres se dedicaban exclusivamente a cuidar de su familiar.

Para la edad se observó que un 86.7 % de los cuidadores que realizaban alguna actividad laboral remunerada tenían 65 años o más.

Respecto al *tiempo en el rol de cuidador*, la muestra presentó un valor medio de 72.67 meses (DS= 46.42), no observándose diferencias significativas entre sus categorías una vez realizada la comparación de medias para las características sociodemográficas del propio cuidador (Tabla 26).

Factor	Categoría	M±DS	Sig
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	75.10 ±47.59	0.549 [U]
	Varón	57.60 ±39.25	
<b>Edad<sup>i</sup></b>	Menos de 65 años	96.00 ±.00	0.210 [U]
	65 años o más	71.29 ±47.44	
<b>Parentesco<sup>i</sup></b>	Cónyuge	66.40 ±37.63	0.917 [H]
	Hija	80.47 ±55.44	
	Otros	63.00 ±38.41	
<b>Nivel de estudios<sup>i</sup></b>	Sin estudios	94.00 ±47.64	0.351 [H]
	Primer grado	78.00 ±57.37	
	Segundo grado	68.84 ±43.42	
	Universitarios	40.00 ±18.33	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

Tabla 26. Comparación de las medias del *tiempo en el rol de cuidador* (en meses) entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los cuidadores (edad, sexo, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36).

Observando los datos en relación al sexo, vimos que las mujeres llevaban proporcionado cuidados durante un tiempo más prolongado (75.10 ±47.59 meses).

En relación al parentesco, se observó que las hijas habían desarrollado el rol de cuidadoras durante más tiempo (80.47±55.44 meses).

Sobre el nivel de estudios, observamos que los cuidadores con menor grado eran los que llevaban desarrollándolas durante más tiempo (94.00 ±47.64 meses).

La dependencia funcional del familiar receptor de los cuidados fue de 47.36 (DS=37.99) según el índice de Barthel. Respecto a la distribución por rangos, un 36.1 % presentaron una dependencia total, un 22.2 % severa, un 22.2 % moderada, un 2.8 % escasa y un 16.7 % era independiente (Figura 38).

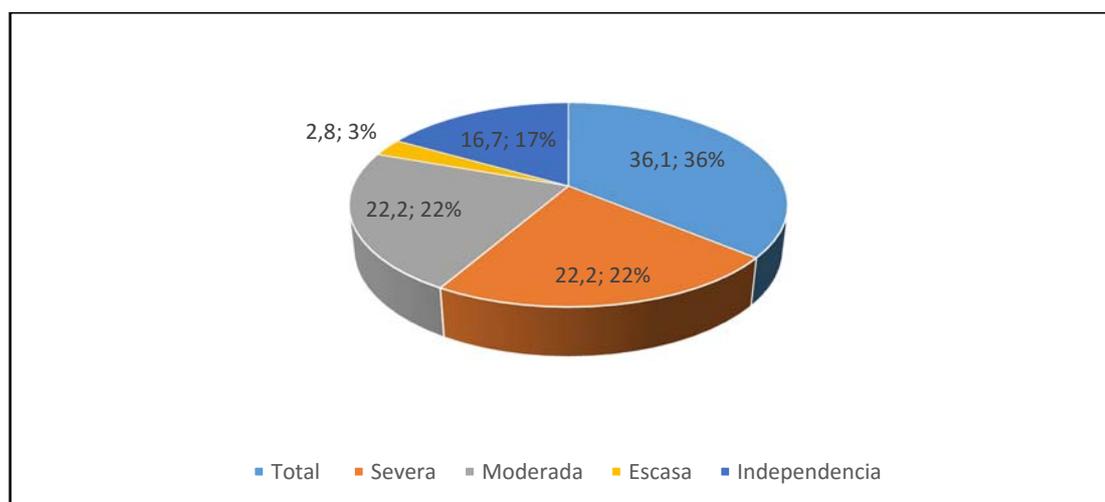


Figura 38. Distribución de los niveles de dependencia funcional.

Analizando la dependencia funcional del familiar para sus propias características sociodemográficas, no encontramos diferencias significativas en ninguna de las categorizaciones (Tabla 27).

Sujeto	Factor	Categoría	M±DS	Sig
Familiares atendidos	Sexo <sup>i</sup>	Mujer	75.10 ±47.59	0.122
		Varón	57.60 ±39.25	[U]
	Edad <sup>i</sup>	Menor a 75 años	71.29 ±47.44	0.519
		75 años o más	96.00 ±.00	[U]
	Tipo de deterioro <sup>i</sup>	Alzheimer	66.40 ±37.63	0.313
		Otra demencia	80.47 ±55.44	[H]
Otra patología		63.00 ±38.41		

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

Tabla 27. Comparación de las medias del grado de dependencia funcional de los familiares receptores de los cuidados, entre las diferentes categorías de sus propias características sociodemográficas (edad, sexo, tipo deterioro) para la muestra de estudio (n=36).

Al analizar este grado de dependencia funcional de los familiares según las diferentes características sociodemográficas de los participantes en el estudio, se observaron diferencias en relación al sexo y nivel de estudios (Tabla 28).

Realizando la comparación de medias en relación a las diferentes categorías para el nivel de estudios, no se observaron resultados significativos al aplicar la corrección de Bonferroni<sup>3</sup> (Tabla 29).

Sujeto	Factor	Categoría	M±DS	Sig
Participante	Sexo <sup>i</sup>	Mujer	42.10±36.87	0.002**
		Varón	80.00±29.79	[U]
	Edad <sup>i</sup>	Menos de 65 años	41.90±36.89	0.246
		65 años o más	55.00±39.46	[U]
	Parentesco <sup>i</sup>	Cónyuge	54.00±37.99	0.222
		Hija	47.94±39.53	[H]
		Otros	20.00±23.45	
	Nivel de estudios <sup>i</sup>	Sin estudios	45.00±44.72	0.05*
		Primer grado	60.63±38.49	[H]
		Segundo grado	35.25±32.76	
Universitarios		93.33±11.54		

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01.

Tabla 28. Comparación de las medias del grado de dependencia funcional de los familiares receptores de los cuidados, entre las diferentes categorías de los participantes (edad, sexo, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36).

Respecto a estas características generales de la situación de cuidados, también se realizó una comparación de medias respecto a los otros dos *factores*

<sup>3</sup> El ajuste de Bonferroni determina que en una variable con cuatro rangos hay significatividad al alcanzar el valor 0.008

*personales* objeto de estudio en esta investigación: la sobrecarga percibida (factor asociado al riesgo) y la dedicación al autocuidado (factor protector).

Factor	Categoría	Sig[U]
<b>Grado de dependencia funcional del familiar</b>	Sin estudios-Primer grado	0.326
	Sin estudios-Segundo grado	0.654
	Sin estudios-Universitarios	0.086
	Primer grado-Segundo grado	0.066
	Primer grado-Universitarios	0.237
	Segundo grado-Universitarios	0.014

[U] Prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 29. Comparación de las medias del grado de dependencia funcional del familiar entre las diferentes categorías del nivel de estudios para la muestra de estudio (n=36).

Para la sobrecarga, se analizó la comparación de medias (Tabla 30), encontrándose diferencias significativas en la puntuación global y en las dimensiones impacto e interpersonal, respecto a la *dependencia funcional* de los familiares atendidos.

Realizando la comparación de medias para la puntuación total, se observaron resultados entre las categorías Dependencia severa-Independiente y Dependencia moderada-Independiente, una vez aplicada la corrección de Bonferroni<sup>4</sup> (Tabla 31).

<sup>4</sup> El ajuste de Bonferroni determina que en una variable con cinco rangos hay significatividad al alcanzar el valor 0.005

Factor	Categoría	Sobrecarga global		Impacto		Interpersonal		Incompetencia	
		Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig
<b>Responsabilidad en el cuidado<sup>i</sup></b>	Comparte tareas	59.12±13.36	0.775 [U]	35.53±7.09	0.763 [U]	14.18±4.30	0.962 [U]	9.47±3.02	0.533 [U]
	En solitario	60.79±13.69		36.53±9.05		14.42±3.11		9.84±2.81	
<b>Ocupación del cuidador<sup>i</sup></b>	Cuidar al familiar	61.86±11.67	0.770 [U]	37.50±7.02	0.475 [U]	14.57±3.54	0.948 [U]	9.79±2.60	0.961 [U]
	Trabajar y cuidar al familiar	58.82±14.49		35.14±8.73		14.14±3.82		9.59±3.09	
<b>Tiempo en el rol de cuidador (en meses)<sup>i</sup></b>	Menos de 60	58.46±15.33	0.740 [H]	34.54±9.10	0.445 [H]	13.92±4.29	0.873 [H]	10.00±2.79	0.775 [H]
	Entre 60 y 120	60.06±10.29		36.06±6.38		14.59±2.98		9.47±2.98	
	Más de 120	63.17±18.17		39.33±10.46		14.33±4.84		9.50±3.20	
<b>Grado de dependencia funcional del familiar<sup>i</sup></b>	Total	61.00±13.26	0.005** [H]	37.08±7.57	0.005** [H]	14.46±4.05	0.045* [H]	9.46±2.90	0.383 [H]
	Severa	67.38±11.27		40.88±6.89		15.62±2.72		10.88±3.09	
	Moderada	64.75±9.42		38.63±5.20		15.88±3.27		10.38±2.77	
	Escasa	38.00		22.00		8.00		8.00	
	Independencia	45.33±6.83		26.33±3.50		11.17±1.72		7.83±2.40	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01

Tabla 30. Comparación de medias para la sobrecarga global y sus dimensiones (impacto, interpersonal e incompetencia), entre las diferentes categorías de las características generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación del cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar referido por el participante) para la muestra de estudio (n=36).

Factor	Categoría	Sig [U]
<b>Puntuación global de sobrecarga</b>	Total-Severa	0.246
	Total-Moderada	0.538
	Total-Escasa	0.172
	Total-Independiente	0.008
	Severa-Moderada	0.673
	Severa-Escasa	0.120
	Severa-Independiente	0.002*
	Moderada-Escasa	0.120
	Moderada-Independiente	0.002*
	Escasa-Independiente	0.317

[U] Prueba U de Mann-Whitney.

\*Significativa al nivel 0.005 (ajuste de Bonferroni)<sup>4</sup>.

Tabla 31. Comparación de las medias de la puntuación global de sobrecarga entre las diferentes categorías (comparación por pares) del grado de dependencia funcional del familiar receptor de los cuidados para la muestra de estudio (n=36).

En la comparación de medias para las dimensiones impacto e interpersonal respecto a las diferentes categorías para el *grado de dependencia funcional* (Tabla 32), se observaron, para la primera, resultados significativos para las categorías Total-Independiente, Severa-Independiente y Moderada-Independiente y para la segunda, entre Severa-Independiente, al aplicar la corrección de Bonferroni<sup>5</sup>.

Factor	Categoría	Sig[U]
<b>Impacto</b>	Total-Severa	0.309
	Total-Moderada	0.690
	Total-Escasa	0.136
	Total-Independiente	0.004*
	Severa- Moderada	0.429
	Severa-Escasa	0.118
	Severa-Independiente	0.003*
	Moderada-Escasa	0.121
	Moderada-Independiente	0.002*
	Escasa-Independiente	0.313
<b>Interpersonal</b>	Total-Severa	0.742
	Total-Moderada	0.423
	Total-Escasa	0.170
	Total-Independiente	0.071
	Severa- Moderada	0.742
	Severa-Escasa	0.118
	Severa-Independiente	0.005*
	Moderada-Escasa	0.121
	Moderada-Independiente	0.019
	Escasa-Independiente	0.199

[U] Prueba U de Mann-Whitney.

\*Significativa al nivel 0.005 (ajuste de Bonferroni)<sup>5</sup>.

Tabla 32. Comparación de las medias de las dimensiones impacto e interpersonal entre las diferentes categorías del grado de deterioro funcional del familiar receptor de los cuidados (n=36).

<sup>5</sup> El ajuste de Bonferroni determina que en una variable con cinco rangos hay significatividad al alcanzar el valor 0.005

Respecto al factor protector, la dedicación al autocuidado y las diferentes categorías de las características generales de la situación de cuidados, no se observaron resultados significativos al realizar la comparación de medias (Tabla 33).

Factor	Categoría	Dedicación autocuidado	Sig [U]
<b>Responsabilidad cuidado<sup>i</sup></b>	En solitario	89.21±87.24	0.798 [U]
	Comparte tareas	102.35±81.51	
<b>Ocupación del cuidador<sup>i</sup></b>	Cuidar al familiar	102.86±82.96	0.780 [U]
	Trabajar y cuidar	90.68±85.66	
<b>Tiempo rol cuidador (en meses)<sup>i</sup></b>	Menos de 60	96.92±83.20	0.064 [H]
	Entre 60 y 120	74.12±83.20	
	Más de 120	152.50±67.36	
<b>Grado dependencia funcional del familiar<sup>i</sup></b>	Total	120.00±84.85	0.283 [H]
	Severa	84.38±88.53	
	Moderada	52.50±74.78	
	Escasa	180	
	Independencia	100.00±81.97	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

Tabla 33. Comparación de medias entre las diferentes categorías de las características generales de la situación de cuidados para el tiempo dedicado al autocuidado (minutos/semanales) en la muestra de estudio (n=36).

### 9.1.2 CALIDAD DE VIDA

La tabla 34 muestra los valores previos para las dos puntuaciones sumario (salud física-PCS y salud mental-MCS) que conforman la dimensión *calidad de vida*, para la muestra de estudio (n=36) y los grupos control (n=14) y experimental (n=22).

Variable	Categoría	Muestra (n=36)	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)
<b>Calidad de vida<sup>i</sup></b>	Salud física (PCS)	43.45±9.14	41.02±8.38	44.99±9.45
	Salud mental (MCS)	44.10±10.83	42.07±11.81	45.39±10.23

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 34. Medias y desviaciones estándares de la calidad de vida (salud física-PCS y mental-MCS) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental.

Para la muestra de estudio (n=36), se realizó la comparación de medias respecto a las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios) (Tabla 35), observándose diferencias significativas en relación al sexo respecto a la dimensión mental (MCS).

Factor	Categoría	Salud física		Salud mental	
		Media±DS	Sig	Media±DS	Sig
Sexo <sup>i</sup>	Mujer	43.34±9.23	0.927	42.44±10.07	0.024*
	Varón	44.10±9.53	[U]	54.38±10.62	[U]
Edad <sup>i</sup>	Menos 65 años	43.89±9.14	0.112	43.97±10.84	0.945
	65 años o más	35.90±6.64	[U]	46.25±14.91	[U]
Parentesco <sup>i</sup>	Cónyuge	42.75±10.01	0.279	46.24±11.97	0.386
	Hijo/a	45.07±8.87	[H]	41.37±10.27	[H]
	Otros	39.15±6.66		47.67±7.50	
Nivel de estudios <sup>i</sup>	Sin estudios	39.08±9.29	0.205	43.73±11.47	0.816
	Primer grado	43.73±11.47	[H]	46.57±8.92	[H]
	Segundo grado	43.75±8.46		42.54±11.79	
	Universitarios	49.50±5.23		43.56±16.23	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01

Tabla 35. Comparación de medias en las puntuaciones sumario salud física (PCS) y mental (MCS) de la calidad de vida entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios) para la muestra de estudio (n=36).

De igual modo se analizó la comparación de medias respecto a las categorías de las diferentes características generales de la situación de cuidados (Tabla 36).

Factor	Categoría	Salud física		Salud mental	
		Media±DS	Sig	Media± DS	Sig
Responsabilidad en el cuidado <sup>i</sup>	En solitario	44.17±10.10	0.392	43.89±12.13	0.949
	Comparte tareas	42.63±8.16	[U]	44.33±9.54	[U]
Ocupación del cuidador <sup>ii</sup>	Cuidar al familiar	46.85±7.60	0.046*	41.54±12.39	0.455
	Trabajar y cuidar	41.28±9.52	[U]	45.73±9.67	[U]
Tiempo en el rol de cuidador (en meses) <sup>j</sup>	Menos de 60	42.00±9.86	0.250	45.60±11.25	0.720
	Entre 60 y 120	46.52±6.97	[H]	44.02±11.22	[H]
	Más de 120	37.85±10.96		41.05±9.89	
Grado de dependencia funcional del familiar <sup>i</sup>	Total	42.36±8.30	0.90	41.28±11.08	0.208
	Severa	36.42±11.50	[H]	44.38±7.67	[H]
	Moderada	47.58±6.04		42.37±10.67	
	Escasa	41.90		61.30	
	Independencia	49.90±4.81		49.26±12.98	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01

Tabla 36. Comparación de medias en las puntuaciones sumario salud física (PCS) y mental (MCS) de la calidad de vida entre las diferentes categorías de las características generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación del cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar), para la muestra de estudio (n=36).

Los resultados muestran que los participantes que se dedicaban en exclusiva al cuidado de su familiar presentaban mejor salud física (46.85±7.60) que los que también tenían que trabajar (41.28±9.52).

### 9.1.3 FUNCIONAMIENTO

En este apartado se describen variables relativas al funcionamiento, tanto psicológico como físico.

#### 9.1.3.1 FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO

Este apartado incluye el análisis de las variables relativas al funcionamiento psicológico, tanto de su ámbito más positivo (bienestar) como negativo (ansiedad).

##### 9.1.3.1.1 Bienestar psicológico

En la tabla 37 se presentan las medias de las diferentes escalas de bienestar psicológico que resultan de la división por el número de ítems, tanto para la muestra objeto de estudio (n=36) como para los grupos control y experimental.

Variable	Categoría	Media ítems por escala	Grupo control	Grupo experimental
<b>Bienestar psicológico<sup>i</sup></b>	Autoaceptación	3.57±0.63	3.61±0.90	3.54±0.41
	Relaciones positivas	3.90±0.75	4.03±0.90	3.82±0.65
	Autonomía	3.56±0.52	3.61±0.56	3.52±0.51
	Dominio del entorno	3.74±0.61	3.84±0.70	3.68±0.55
	Propósito en la vida	3.82±0.69	3.82±0.89	3.82±0.55
	Crecimiento personal	3.93±0.53	4.06±0.49	3.85±0.55

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 37. Medias y desviaciones estándares de las medias según ítems de las escalas de bienestar psicológico para la muestra de estudio (n=36) y grupos control y experimental.

En la tabla 38 se presentan las puntuaciones totales para las diferentes escalas que conforman el bienestar psicológico, tanto en la muestra objeto de estudio (n=36), como en los grupos control y experimental.

Variable	Categoría	Puntuación total	Grupo control	Grupo experimental
<b>Bienestar psicológico<sup>i</sup></b>	Autoaceptación	21.44±3.82	21.71±5.42	21.27±2.47
	Relaciones positivas	23.44±4.55	24.21±5.45	22.95±3.94
	Autonomía	28.50±4.21	28.92±4.49	28.22±4.11
	Dominio del entorno	22.47±3.68	23.07±4.23	22.09±3.36
	Propósito en la vida	22.94±4.14	22.92±5.35	22.95±3.30
	Crecimiento personal	27.52±3.73	28.42±3.43	26.95±3.87

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 38. Medias y desviaciones estándares de las puntuaciones totales de las escalas de bienestar psicológico, para la muestra de estudio (n=36) y grupos control y experimental.

A partir de las puntuaciones totales para cada una de las escalas, se realizó la comparación de medias para las características sociodemográficas de los participantes (Tabla 39) y las características generales de la situación de cuidados (Tabla 40).

Factor	Categoría	Autoaceptación		Relaciones positivas		Autonomía		Dominio del entorno		Propósito en la vida		Crecimiento personal	
		Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	21.25±3.98	0.068	23.45±4.59	0.982	28.54±3.89	0.322	22.41±3.66	0.765	22.80±4.19	0.421	27.74±3.76	0.908
	Varón	22.60±2.70	[U]	23.40±4.82	[U]	28.20±6.45	[U]	22.80±4.20	[U]	23.80±4.20	[U]	26.20±3.56	[U]
<b>Edad<sup>i</sup></b>	Menos 65 años	21.00±2.79	0.771	23.00±4.17	0.644	28.28±4.46	0.859	22.33±3.26	0.796	22.71±3.82	0.809	27.76±3.84	0.821
	65 años o más	22.06±4.97	[U]	24.06±5.13	[U]	28.80±3.98	[U]	22.66±4.32	[U]	23.26±4.68	[U]	27.20±3.66	[U]
<b>Parentesco<sup>i</sup></b>	Cónyuge	22.33±4.65	0.544	23.53±5.35	0.511	28.66±3.97	0.688	22.26±4.66	0.820	23.46±4.86	0.512	20.47±3.20	0.893
	Hijo/a	20.47±3.20	[H]	23.82±4.30	[H]	28.11±4.93	[H]	22.82±3.12	[H]	22.17±3.77	[H]	27.94±3.96	[H]
	Otros	22.25±2.21		21.50±1.91		29.50±1.29		21.75±1.70		24.25±2.62		26.75±0.95	
<b>Nivel de estudios<sup>i</sup></b>	Sin estudios	22.16±6.11	0.925	23.83±6.04	0.992	27.50±3.61	0.720	22.83±5.74	0.458	23.33±5.85	0.733	27.50±5.16	0.909
	Primer grado	21.50±1.41	[H]	23.75±3.05	[H]	28.50±2.61	[H]	23.87±2.90	[H]	24.00±2.26	[H]	26.87±3.09	[H]
	Segundo grado	21.21±3.67		23.31±4.28		29.21±4.69		21.63±3.33		22.26±3.89		27.68±2.74	
	Universitario	21.33±5.68		22.66±8.50		26.00±6.24		23.33±3.05		23.66±7.09		28.33±8.50	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

Tabla 39. Comparación de medias del bienestar psicológico (escalas autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal) entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios), para la muestra de estudio (n=36).

Factor	Categoría	Autoaceptación		Relaciones positivas		Autonomía		Dominio del entorno		Propósito en la vida		Crecimiento personal	
		Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig
<b>Responsable en el cuidado<sup>i</sup></b>	Comparte tareas	21.70±4.13	0.589 [U]	24.35±4.07	0.435 [U]	29.64±4.41	0.405 [U]	21.70±3.63	0.452 [U]	20.24±3.99	0.708 [U]	16.71±2.46	0.219 [U]
	En solitario	21.21±3.26		22.36±4.91		27.47±3.86		23.15±3.68		23.76±4.14		27.41±3.33	
<b>Ocupación del cuidador<sup>i</sup></b>	Cuidar al familiar	21.50±4.07	0.987 [U]	23.92±5.19	.332 [U]	27.71±5.49	0.372 [U]	22.92±2.99	0.185 [U]	22.35±4.61	0.331 [U]	28.64±4.23	0.701 [U]
	Trabajar y cuidar al familiar	21.40±3.76		23.13±4.20		29.00±3.20		22.18±4.10		23.31±3.88		26.81±3.27	
<b>Tiempo en el rol de cuidador (en meses)<sup>i</sup></b>	Menos de 60	20.76±3.83	0.574 [H]	22.76±3.83	.123 [H]	26.92±3.66	0.047* [H]	21.38±3.35	0.180 [H]	22.38±4.38	0.563 [H]	27.61±3.64	0.071 [H]
	Entre 60 y 120	21.17±3.14		22.70±3.75		28.58±4.43		22.23±3.19		22.58±3.69		26.35±3.31	
	Más de 120	23.66±5.31		27.00±4.56		31.66±3.32		25.50±4.59		25.16±4.83		30.66±3.72	
<b>Grado de dependencia funcional familiar<sup>i</sup></b>	Total	21.53±4.77	0.690 [H]	23.61±5.05	0.539 [H]	30.07±3.86	0.194 [H]	22.61±4.51	0.315 [H]	22.92±4.90	0.582 [H]	28.84±3.46	0.124 [H]
	Severa	21.50±3.89		23.87±4.08		29.50±5.20		22.12±2.74		23.50±3.58		28.25±2.31	
	Moderada	21.00±2.82		23.62±4.53		26.87±3.44		20.75±3.44		22.37±4.24		26.62±5.18	
	Escasa	26.00		30.00		28.00		25.00		28.00		27.00	
	Independ	21.00±3.28		21.16±4.07		26.00±3.79		24.50±2.81		22.16±3.54		25.00±3.03	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01

Tabla 40. Comparación de medias del bienestar psicológico (escalas autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal) entre las diferentes categorías de las características generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación de cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar), para la muestra de estudio (n=36)

Para la escala autonomía y en relación a las diferentes categorías del tiempo en el rol de cuidador, se observaron resultados significativos al aplicar Bonferroni<sup>6</sup> para la categoría Menos de 60 meses-Más de 120 meses (Tabla 41).

Escala	Categoría	Sig [U]
<b>Autonomía</b>	Menos de 60meses-Entre 60-120 meses	0.526
	Menos de 60meses-Más de 120 meses	0.012*
	Entre 60-120 meses-Más de 120 meses	0.057

[U] Prueba U de Mann-Whitney.

\*Significativa al nivel 0.016 (ajuste de Bonferroni).

Tabla 41. Comparación de las medias en la escala autonomía entre las diferentes categorías del tiempo dedicado a las tareas de cuidado para la muestra de estudio (n=36).

### 9.1.3.1.2 Ansiedad.

En las tablas 42, 43 y 44 se presentan las medias y desviaciones de las dos subescalas que conforman la variable *ansiedad* (estado-rasgo) y de sus factores (afirmativo-negativo) tanto para la muestra de estudio (n=36) como para los grupos control (n=14) y experimental (n=22), así como la comparación de medias en relación a las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios), y las características generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación del cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar referido por el participante).

Variable	Factores	Muestra (n=36)	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)
<b>Ansiedad<sup>i</sup></b>	Ansiedad-Estado (AE)	23.06±8.63	22.07±9.88	23.68±7.92
	Ansiedad-Estado Afirmativo (EA)	8.97±4.76	8.36±4.86	9.36±4.77
	Ansiedad-Estado Negativo (EN)	15.92±5.66	16.29±5.99	15.68±5.57
	Ansiedad-Rasgo (AR)	24.61±8.61	24.64±9.45	24.59±8.25
	Ansiedad-Rasgo Afirmativo (RA)	15.11±6.48	14.21±6.39	15.68±6.62
	Ansiedad-Rasgo Negativo (RN)	11.50±4.60	10.57±4.97	12.09±4.37

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 42 Medias y desviaciones estándares de la ansiedad (subescalas estado-rasgo y factores afirmativo-negativo), para la muestra de estudio (n=36) y los grupos control y experimental.

Sobre la comparación de medias de las *características sociodemográficas* de los participantes, se observaron diferencias significativas en relación al sexo (p: 0.014), presentando los varones una mayor actitud positiva, animación y confianza en sí mismos.

Factor	Categoría	Ansiedad estado		Ansiedad estado afirmativo		Ansiedad estado negativo		Ansiedad rasgo		Ansiedad rasgo afirmativo		Ansiedad rasgo negativo	
		Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media± DS	Sig	Media± DS	Sig
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	24.10±8.31	0.074 [U]	9.03±3.98	0.311 [U]	14.94±5.28	<b>0.014</b> * [U]	25.23±8.39	0.478 [U]	15.16±5.90	0.697 [U]	10.94±4.41	0.099 [U]
	Varón	16.60±8.59		8.60±8.90		22.00±4.18		20.80±9.93		14.80±10.30		15.00±4.63	
<b>Edad<sup>i</sup></b>	Menos 65 años	23.47±8.71	0.111 [U]	9.18±4.82	0.198 [U]	15.71±5.76	0.239 [U]	23.47±8.71	0.945 [U]	9.18±4.82	0.387 [U]	15.71±5.76	0.062 [U]
	65 años o más	16.00±.00		5.50±.70		19.50±.70		16.00±.00		5.50±.70		19.50±.70	
<b>Pantescos<sup>i</sup></b>	Cónyuge	23.27±9.77	0.759 [H]	9.53±5.85	0.674 [H]	16.27±6.44	0.857 [H]	23.93±8.44	0.404 [H]	14.93±7.11	0.599 [H]	12.00±5.45	0.480 [H]
	Hijo/a	23.47±8.10		8.94±3.76		15.47±5.55		24.00±8.90		14.65±6.16		11.65±4.13	
	Otros	20.50±8.02		7.00±4.76		16.50±3.69		29.75±8.30		17.75±6.39		9.00±2.82	
<b>Nivel de estudios<sup>i</sup></b>	Sin estudios	24.33±8.52	0.686 [H]	9.00±3.89	0.186 [H]	14.67±4.96	0.918 [H]	27.50±9.89	0.606 [H]	19.17±7.93	0.146 [H]	12.67±6.31	0.866 [H]
	Primer grado	26.50±7.38		12.13±5.19		15.63±7.68		26.38±7.19		17.13±4.25		11.75±4.95	
	Segundo grado	21.37±9.37		7.63±4.70		16.26±5.34		22.68±8.35		12.53±5.89		10.84±4.01	
	Universitarios	22.00±7.81		09.00±3.00		17.00±5.29		26.33±12.85		18.00±7.81		12.67±5.50	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01

Tabla 43. Comparación de medias en la ansiedad (subescalas estado-rasgo y factores afirmativo-negativo) entre las diferentes categorías de las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, parentesco y nivel de estudios), para la muestra de estudio (n=36).

Factor	Categoría	Ansiedad estado		Ansiedad estado afirmativo		Ansiedad estado negativo		Ansiedad rasgo		Ansiedad rasgo afirmativo		Ansiedad rasgo negativo	
		Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig	Media±DS	Sig
<b>Responsable en el cuidado<sup>i</sup></b>	Comparte tareas	20.29±9.24	0.036	7.41±4.51	0.100	17.12±5.15	0.100	23.76±9.10	0.131	14.59±5.84	0.076	11.82±4.18	.987
	En solitario	25.53±7.44	* [U]	10.37±4.65	[U]	14.84±6.01	[U]	25.37±8.30	[U]	15.58±11.21	[U]	11.21±5.05	[U]
<b>Ocupación del cuidador<sup>i</sup></b>	Cuidar al familiar	23.14±8.94	0.708	8.36±4.41	0.590	15.21±5.26	0.590	22.50±9.40	0.495	12.79±6.88	0.849	11.29±4.64	.645
	Trabajar y cuidar al familiar	23.00±8.64	[U]	9.36±5.03	[U]	16.36±5.98	[U]	25.95±7.99	[U]	16.59±5.90	[U]	11.64±4.68	[U]
<b>Tiempo en el rol de cuidador<sup>i</sup></b>	Menos de 60 meses	24.08±9.62	0.793 [H]	10.08±5.73	0.706 [H]	16.0±7.15	0.706 [H]	28.23±9.13	0.076 [H]	17.85±6.03	0.087 [H]	10.62±4.21	.353 [H]
	Entre 60 y 120 meses	22.47±8.40		8.29±4.08		15.82±4.68		23.12±7.22		13.53±6.35		11.41±4.91	
	Más de 120 meses	22.50±8.33		8.50±4.63		16.0±5.62		21.00±9.69		13.67±6.86		13.67±4.59	
<b>Grado dependencia funcional familiar<sup>i</sup></b>	Total	20.31±8.00	0.199 [H]	7.62±4.42	0.304 [H]	17.31±4.44	0.231 [H]	24.62±8.79	0.290 [H]	14.54±6.92	0.536 [H]	10.92±4.27	.206 [H]
	Severa	27.13±8.62		9.88±4.29		12.75±5.25		26.63±9.16		15.88±4.91		10.25±4.80	
	Moderada	23.00±7.36		9.13±3.35		16.13±5.08		22.13±6.08		15.38±6.71		14.25±4.77	
	Escasa	4.00		1.00		27		6		3		18	
	Independencia	26.83±7.22		11.83±6.46		15.00±7.45		28.33±7.84		17.00±6.84		9.67±3.55	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney; [H] Prueba H de Kruskal-Wallis.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01

Tabla 44. Comparación de medias en la ansiedad (subescalas estado rasgo y factores afirmativo-negativo) entre las diferentes características generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación del cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar referido por el participante), para la muestra de estudio (n=36).

En relación a las *características generales de la situación de cuidados*, se hallaron diferencias significativas respecto a la responsabilidad en el cuidado ( $p: 0.036$ ), presentando los cuidadores que realizan sus tareas en solitario un estado de ansiedad más elevado ( $25.53 \pm 7.44$ ) que los que las afrontaban acompañados ( $20.29 \pm 9.24$ ).

### 9.1.3.2 FUNCIONAMIENTO FÍSICO

En este apartado se presenta el análisis de las pruebas correspondientes a los dos indicadores ligados al funcionamiento físico: flexibilidad/movilidad y alineación postural.

#### 9.1.3.2.1 Flexibilidad

El estudio de la movilidad/flexibilidad incluyó la realización de una prueba para el tren superior (test de alcanzar las manos tras la espalda) y otra para el tren inferior-tronco (test del cajón), cuyos datos son presentados en la Tabla 45.

Componente	Prueba	Muestra (n=36)	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)
Flexibilidad <sup>i</sup>	Tren superior	-5.94±9.97	-9.64±10.09	-3.59±9.36
	Tren inferior-lumbar	-5.03±9.35	-7.50±8.70	-3.46±9.61

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 45. Medias y desviaciones estándares de las pruebas de flexibilidad/movilidad (tren superior y tren inferior-lumbar) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental.

Para la muestra de estudio (n=36) se realizó la comparación de medias (Tabla 46) respecto a las dos categorías de las *características sociodemográficas* de los participantes de contraste dependientes: sexo y edad.

Factor	Categoría	Tren superior		Tren inferior-lumbar	
		Media±DS	Sig	Media± DS	Sig
Sexo <sup>i</sup>	Mujer	-4.54±9.59	0.037*	-4.71±9.58	0.631
	Varón	-14.60±8.43	[U]	-7.00±8.49	[U]
Edad <sup>i</sup>	Menos de 65 años	-5.54±9.89	0.369	-4.81±9.55	0.604
	65 años o más	-12.75±12.37	[U]	-8.75±4.59	[U]

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 46. Comparación de medias en las dos pruebas de flexibilidad realizadas entre las categorías de las características sociodemográficas de los participantes de contraste dependiente (sexo y edad) para la muestra de estudio (n=36).

Respecto a los resultados, cabe destacar las diferencias significativas en relación al sexo ( $p: 0.037$ ), observándose valores de flexibilidad más altos en el test manos-espalda en las mujeres ( $-4.54 \pm 9.59$  cm) que en los hombres ( $14.60 \pm 8.43$  cm).

### 9.1.3.2.2 Alineación postural.

En las tablas 47 y 48 se presentan las medias y desviación estándares de las dos pruebas realizadas en relación a la alineación postural (flechas cervical y lumbar), así como la comparación de medias para la muestra de estudio (n=36) para las dos categorías de las características sociodemográficas de los participantes de contraste dependientes (sexo y edad).

Componente	Prueba	Muestra (n=36)	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)
Alineación postural <sup>i</sup>	Cervical	8,37±2,67	9,25±3,01	7,81±2,32
	Lumbar	5,68±1,91	6,22±2,31	5,33±1,56

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

Tabla 47. Medias y desviaciones estándares de las pruebas de alineación postural (flechas cervical y lumbar) para la muestra de estudio y los grupos control y experimental.

Factor	Categoría	Flecha cervical		Flecha lumbar	
		Media±DS	Sig	Media± DS	Sig
Sexo <sup>i</sup>	Mujer	8,39±2,62	0,646	5,95±1,90	0,006**
	Varón	8,26±3,31	[U]	4,00±0,79	[U]
Edad <sup>i</sup>	Menos de 65 años	8,22±2,56	0,226	5,73±1,95	0,253
	65 años o más	10,90±4,38	[U]	4,75±0,35	[U]

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney.

\*Significativo al nivel 0.05;\*\*Significativo al nivel 0.01

Tabla 48. Comparación de medias en las dos pruebas de flexibilidad realizadas entre las dos categorías de las características sociodemográficas de contraste dependientes del participante (sexo y edad) para la muestra de estudio (n=36).

A propósito de la comparación de medias, se observaron diferencias significativas en relación al sexo en la flecha lumbar (p: 0.006), presentando las mujeres una mayor distancia a la plomada (5.95±1.90cm) que los hombres.

## 9.2 EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Dentro de este apartado se presenta el análisis de homogeneidad para los dos grupos de la investigación, control y experimental, así como la comparación de los valores entre las tres evaluaciones realizadas: preintervención, postintervención (realizada a las 18 semanas) y seguimiento (realizada a las 36 semanas).

### 9.2.1 ANÁLISIS DE LA HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS

Antes de llevar a cabo el estudio acerca de la eficacia de las intervenciones planteadas, se precisa determinar si existe homogeneidad entre los dos grupos que se estudian.

Este ha sido realizado a partir de pruebas no paramétricas para dos muestras independientes (prueba U de Mann-Whitney) debido a la falta de normalidad de

muchas de las variables objeto de estudio y al limitado tamaño de cada uno de los grupos ( $n < 30$ ).

En la tabla 49. se muestra el análisis de homogeneidad de las variables relativas a las características sociodemográficas de los participantes de contraste dependiente (sexo y edad) y los factores ambientales, en los que se incluye las características sociodemográficas del familiar receptor de los cuidados de contraste dependientes (sexo y edad) y las generales de la situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación del cuidador, tiempo en el rol de cuidador y grado de dependencia funcional del familiar).

FACTORES PERSONALES-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES				
Factor	Categoría	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)	Sig [U]
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	12 (85.7%)	19 (86.4%)	0.957
	Varón	2 (14.3%)	3 (13.6%)	
<b>Edad<sup>ii</sup>, Rango</b>	Global	61.14±10.99,44-82	60.73±10.65,43-76	0.961
FACTORES AMBIENTALES-				
<b>Sexo<sup>i</sup></b>	Mujer	8 (57.1%)	13 (59.1%)	0.909
	Varón	6 (42.9%)	9 (40.9%)	
<b>Edad<sup>ii</sup>,rango</b>	Global	78.79±8.31, 64-93	78.05±7.09, 60-89	0.684
<b>Responsabilidad en el cuidado<sup>i</sup></b>	En solitario	10 (50%)	10 (45.5%)	0.793
	Comparte tareas	10 (50%)	12 (54.5%)	
<b>Ocupación del cuidador<sup>i</sup></b>	Cuidar al familiar	5 (35.7%)	9 (40.9%)	0.759
	Trabajar y cuidar famil	9 (64.3%)	13 (59.1%)	
<b>Tiempo rol de cuidador (en meses)<sup>ii</sup></b>	Global	68.18±39.78	79.71±56.20	0.768
<b>Grado dependencia funcional del familiar<sup>ii</sup></b>	Global	22.14±27.08	63.41±35.46	<b>0.002**</b>

<sup>i</sup> Resultados expresados en n(%);<sup>ii</sup> Resultados expresados en media ± DS.  
[U] Prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 49. Comparación de medias entre grupos (experimental y control) en las características sociodemográficas de los participantes de contraste dependientes (sexo y edad) y los factores ambientales.

Respecto a los resultados observados, cabe destacar las diferencias significativas en relación al *grado de dependencia funcional* del familiar receptor de los cuidados ( $p: 0.002$ ), siendo los familiares del grupo control más dependientes ( $22.14 \pm 22.08$ ) que los del experimental ( $63.41 \pm 35.46$ ).

En la tabla 50 se presenta el estudio de homogeneidad entre los dos grupos (control y experimental) para las variables relativas a los *factores personales* y la *calidad de vida relacionada con la función*.

Dimensiones/ Variables		Categoría	Grupo control (n=14)	Grupo experimental (n=22)	Sig [U]
FACTORES PERSONALES	<b>Sobrecarga percibida<sup>i</sup> (asociado al riesgo)</b>	Carga global	62.93±15.66	58.14±11.69	0.162
		Impacto	38.57±9.32	34.45±6.94	0.088
		Interpersonal	14.71±4.42	14.05±3.18	0.443
		Incompetencia	9.64±2.81	9.68±2.98	0.948
	<b>Dedicación autocuidado<sup>i</sup> (protector)</b>	Tiempo dedicado (min/sem)	124.29±83.08	77.05±80.48	0.139
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA FUNCIÓN F.FÍSICA	<b>Calidad de vida<sup>i</sup></b>	Salud física	41.02±8.38	44.99±9.45	0.127
		Salud mental	42.07±11.81	45.39±10.23	0.408
	<b>Bienestar psicológico<sup>i</sup></b>	Autoaceptación	21.71±5.42	21.27±2.47	0.682
		Relaciones positivas	24.21±5.45	22.95±3.94	0.569
		Autonomía	28.92±4.49	28.22±4.11	0.665
		Dominio del entorno	23.07±4.23	22.09±3.33	0.597
		Propósito en la vida	22.92±5.35	22.95±3.30	0.911
		Crecimiento personal	28.42±3.43	26.95±3.87	0.267
		<b>Ansiedad<sup>i</sup></b>	Ansiedad-Estado	22.07±9.88	23.68±7.92
	EA Afirmativo.		8.36±4.86	9.36±4.77	0.601
	EA Negativo.		16.29±5.99	15.68±5.57	0.770
	Ansiedad-Rasgo		24.64±9.45	24.59±8.25	0.923
	RA Afirmativo.		14.21±6.39	15.68±6.62	0.733
	RN Negativo		10.57±4.97	12.09±4.37	0.283
	<b>Flexibilidad<sup>i</sup></b>	Tren superior	-9.64±10.09	-3.59±9.36	0.080
		Tren inferior-tronco	-7.50±8.70	-3.46±9.61	0.242
	<b>Alineación<sup>i</sup></b>	Cervical	9.25±3.01	7.81±2.32	0.157
		Lumbar	6.22±2.31	5.33±1.56	0.525

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[U] Prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 50. Comparación de medias entre grupos (control y experimental) en las variables contempladas en los dominios *factores personales* y *calidad de vida relacionada con la función*.

A propósito de los resultados, se ha observado homogeneidad en ambos grupos (control y experimental) para todas las variables estudiadas.

Como resumen del estudio de homogeneidad, cabe observar que los participantes del grupo control partirían de una situación desigual al atender a familiares con un mayor grado de dependencia funcional, aunque esto no se traduciría en peores efectos sobre la calidad de vida o el funcionamiento.

## 9.2.2 ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

En este apartado se presentan los datos que hacen a la comparación de los valores entre las diferentes evaluaciones realizadas (preintervención, postintervención y seguimiento) para ambos grupos.

### 9.2.2.1 DIFERENCIAS ENTRE PRIMER MOMENTO DE MEDIDA (PREINTERVENCIÓN) Y SEGUNDO (POSTINTERVENCIÓN) EN LOS DOS GRUPOS

Dentro de este apartado se muestra el análisis de las diferencias entre los valores del primer momento de medida (previo a las intervenciones que se van a rea-

lizar) y el segundo (postintervención), transcurridas 18 semanas, en las variables incluidas en los dominios *factores personales* y *CVRF*.

Para este análisis se aplicaron pruebas no paramétricas para dos muestras relacionadas (prueba de Wilcoxon) debido a la falta de normalidad de muchas de las variables objeto de estudio y al tamaño de los grupos ( $n < 30$  en ambos casos).

### A.-GRUPO CONTROL

La tabla 51 presenta el análisis preintervención y postintervención para el grupo control en las variables incluidas en los dominios anteriormente comentados.

GRUPO CONTROL n=14						
Dimensiones/ Variables		Categoría	Momento de medida		Sig [W]	
			Preintervención	Postintervención		
FACTORES PERSONALES	<b>Sobrecarga percibida (factor asociado al riesgo)<sup>i</sup></b>	Carga global	62.93±15.66	61.43±13.74	0.683	
		Impacto	38.57±9.32	37.21±9.40	0.489	
		Interpersonal	14.71±4.42	13.93±3.45	0.431	
		Incompetencia	9.64±2.81	10.21±3.68	0.505	
	<b>Dedicación autocuidado (factor protector)</b>	Tiempo dedicado (min/sem)	124.29±83.08	81.43±75.28	0.152	
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA FUNCIÓN	<b>Calidad de vida<sup>i</sup></b>	Salud física	41.02±8.38	41.89±12.75	0.730	
		Salud mental	42.07±11.81	43.88±11.99	0.433	
	<b>Funcionamiento psicológico</b>	<b>Bienestar psicológico<sup>i</sup></b>	Autoaceptación	21.71±5.42	19.85±4.89	0.398
			Relaciones positivas	24.21±5.45	22.28±4.21	0.047*
			Autonomía	28.92±4.49	29.92±3.83	0.461
			Dominio del entorno	23.07±4.23	21.71±2.52	0.210
			Propósito en la vida	22.92±5.35	22.21±5.02	0.906
			Crecimiento personal	28.42±3.43	27.07±2.86	0.298
			<b>Ansiedad<sup>i</sup></b>	Ansiedad-Estado	22.07±9.88	27.86±10.96
	EA Afirmativo.	8.36±4.86		11.43±6.75	0.065	
	EA Negativo.	16.29±5.99		13.57±6.22	0.207	
	Ansiedad-Rasgo	24.64±9.45		27.93±10.03	0.184	
	RA Afirmativo.	14.21±6.39		18.07±9.36	0.213	
	RN Negativo	10.57±4.97		11.14±4.83	0.648	
	<b>F. FÍSICO</b>	<b>Flexibilidad<sup>i</sup></b>	Tren superior	-9.64±10.09	-6.71±10.93	0.005* *
			Tren inferior-lumbar	-7.50±8.70	-3.86±11.17	0.062
		<b>Alineación<sup>i</sup></b>	Cervical	9.25±3.01	8.65±1.81	0.309
Lumbar			6.22±2.31	5.13±1.23	0.061	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[W] Prueba de Wilcoxon \*\*Significativa al nivel 0.01. \*Significativa al nivel 0.05.

Tabla 51. Comparación de medidas pre-post intervención en el grupo control en las variables contempladas en los dominios factores personales y calidad de vida relacionada con la función.

En relación a los resultados, se encontraron cambios significativos en el funcionamiento psicológico, con un descenso de las relaciones positivas desde los 24.21±5.45 hasta los 22.28±4.21 (p: 0.047) (Figura 39).

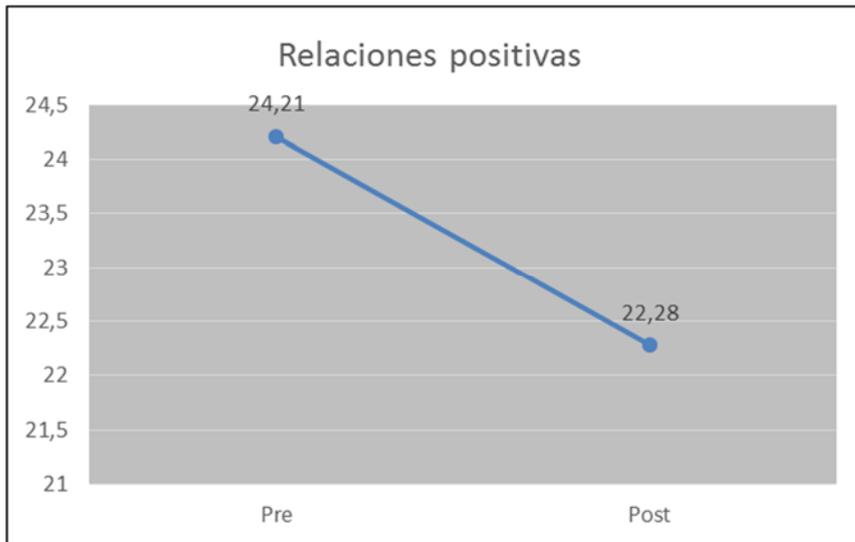


Figura 39. Evolución pre/postintervención en las *relaciones positivas* en el control.

Para el funcionamiento físico se encontraron cambios en el test para el trensuperior, con mejoría desde los -9.64 cm (DS=10.09) a los -6.71 cm (DS=10.93).

## B.-GRUPO EXPERIMENTAL

La tablas 52 y 53 muestran las variaciones entre la evaluación preintervención y la postintervención en las variables contempladas en los dominios *factores personales* y *calidad de vida relacionada con la función*.

GRUPO EXPERIMENTAL n=22					
Dimensiones/ Variables	Categoría	Momento de medida		Sig [W]	
		Pre intervención	Post intervención		
FACTORES PERSONALES	Sobrecarga percibida (asociado al riesgo) <sup>i</sup>	Carga global	58.14±11.69	50.09±11.36	0.001**
		Impacto	34.45±6.94	30.14±7.22	0.003**
		Interpersonal	14.05±3.18	11.23±3.05	0.000**
		Incompetencia	9.68±2.98	7.45±2.30	0.002**
	Dedicación autocuidado (protector) <sup>i</sup>	Tiempo dedicado (min/sem)	77.05±80.48	150.00±44.40	0.002**
CVRF	Calidad de vida <sup>i</sup>	Salud física	44.99±9.45	44.59±12.32	0.548
		Salud mental	45.39±10.23	49.23±7.71	0.168

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[W] Prueba de Wilcoxon.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01.

Tabla 52. Comparación de medidas pre-post intervención en el grupo experimental, en las variables contempladas en las dominios *factores personales* y *calidad de vida relacionada con la función-parte I*.

GRUPO EXPERIMENTAL n=22						
Dimensiones/ Variables		Categoría	Momento de medida		Sig [W]	
			Pre intervención	Post intervención		
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON FUNCIÓN	F.FUNCIÓN PSICOLÓGICO	Bienestar psicológico <sup>i</sup>	Autoaceptación	21.27±2.47	23.04±2.71	0.002*
			Relaciones positivas	22.95±3.94	24.18±4.57	0.419
			Autonomía	28.22±4.11	30.95±4.33	0.034*
			Dominio del entorno	22.09±3.33	24.31±3.82	0.124
			Propósito en la vida	22.95±3.30	25.27±3.95	0.004**
			Crecimiento personal	26.95±3.87	29.36±4.71	0.018*
		Ansiedad <sup>i</sup>	Ansiedad-Estado	23.68±7.92	19.36±8.01	0.067
			EA Afirmativo.	9.36±4.77	7.14±5.32	0.205
			EA Negativo.	15.68±5.57	17.77±4.35	0.063
			Ansiedad-Rasgo	24.59±8.25	20.82±8.57	0.046*
			RA Afirmativo.	15.68±6.62	13.18±5.98	0.026*
	F.FÍSIC	Flexibilidad <sup>i</sup>	Tren superior	-3.59±9.36	-1.63±9.75	0.009**
			Tren inferior	-3.46±9.61	.50±8.48	0.001**
		Alineación <sup>i</sup>	Cervical	7.81±2.32	6.51±1.48	0.017*
			Lumbar	5.33±1.56	4.85±1.45	0.031*

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[W] Prueba de Wilcoxon.

\*Significativa al nivel 0.05; \*\*Significativa al nivel 0.01.

Tabla 53. Comparación de medidas pre-post intervención en el grupo experimental, en las variables contempladas en el dominio *calidad de vida relacionada con la función-parte II*.

Para la puntuación global de carga se observa un descenso de valores, desde los 58.14 de la evaluación preintervención (sobrecarga intensa), a los 50.09 de la postintervención (sobrecarga leve) (Figura 40).

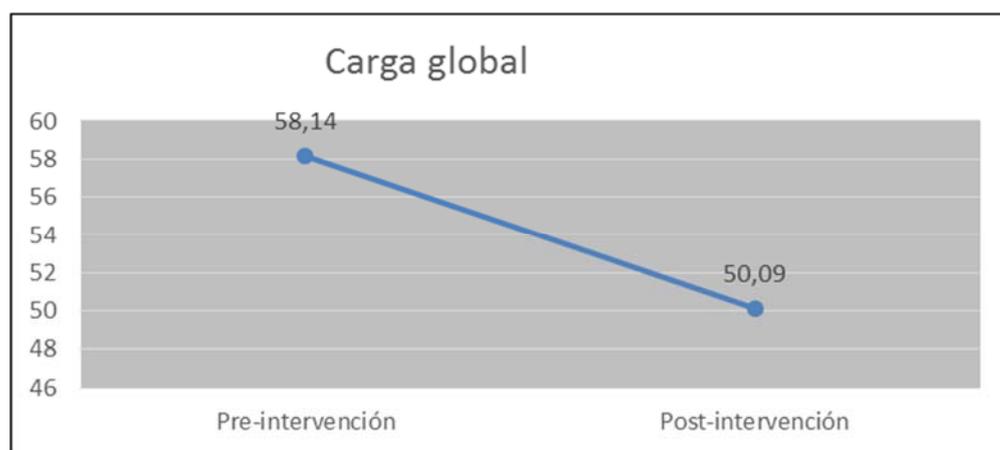


Figura 40. Evolución pre/postintervención en la *carga global* en el grupo experimental.

En la dimensión *impacto*, los valores disminuyeron desde los 34.45 de la evaluación preintervención hasta los 30.14 de la postintervención (Figura 41).

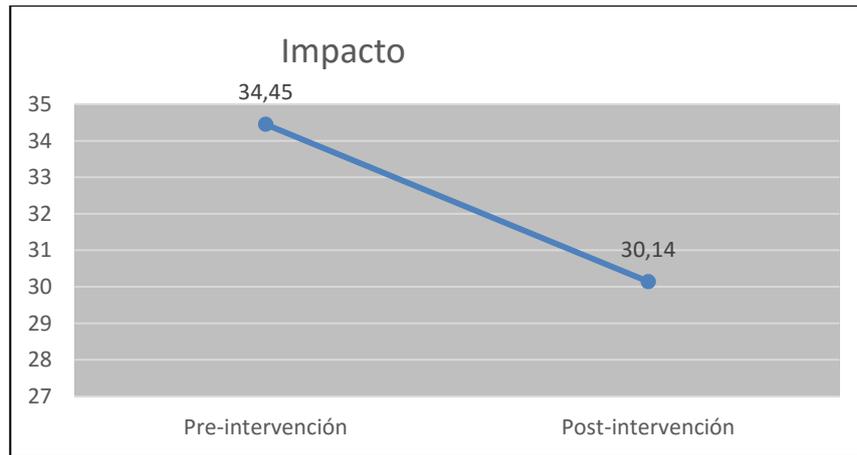


Figura 41. Evolución pre/postintervención en *impacto* para el grupo experimental.

Respecto a la dimensión *interpersonal*, cabe comentar el descenso de los valores desde los 14.05 de la evaluación preintervención (DS=3.18) hasta los 11.23 (DS=3.05) de la postintervención (Figura 42).

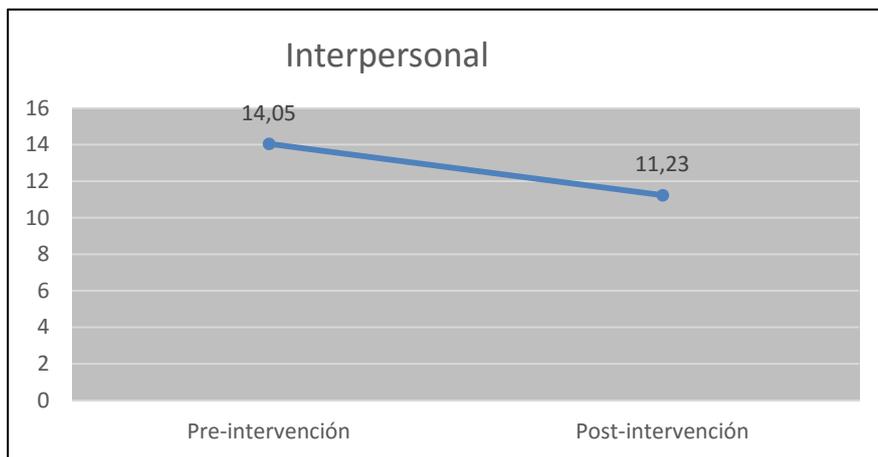


Figura 42. Evolución pre-post en la dimensión *interpersonal* para el grupo experimental.

En el caso de la dimensión *incompetencia*, los valores se redujeron desde los 9.68 (DS=2.98) hasta los 7.45 (DS=2.30) (Figura 43).

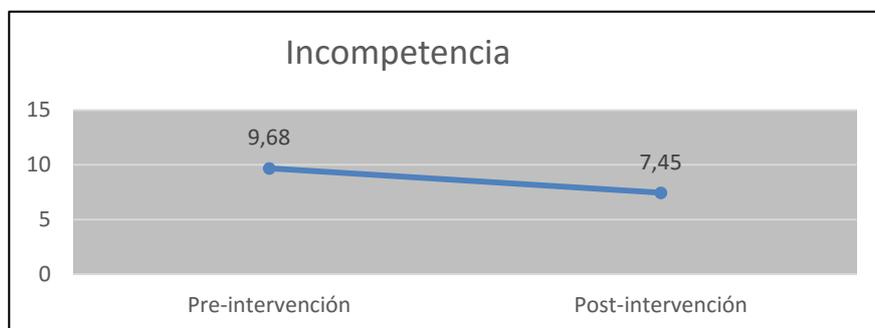


Figura 43. Evolución pre-post en *incompetencia* para el grupo experimental.

Respecto al tiempo dedicado al autocuidado, se alcanzaron cambios significativos ( $p: 0.002$ ), con un aumento desde los  $77.05 \pm 80.48$  min/semanales hasta los  $150.00 \pm 44.40$ , entre la evaluación preintervención y la postintervención.

A propósito del bienestar psicológico, se alcanzaron mejorías significativas en cuatro de sus seis escalas: autoaceptación ( $p: 0.002$ ), autonomía ( $p: 0.034$ ), propósito en la vida ( $p: 0.004$ ) y crecimiento personal ( $p: 0.018$ ).

La autoaceptación de los cuidadores mejoró tras la intervención, con valores desde los 21.27 ( $DS=2.47$ ) hasta los 23.04 ( $DS=2.71$ ) (Figura 44).

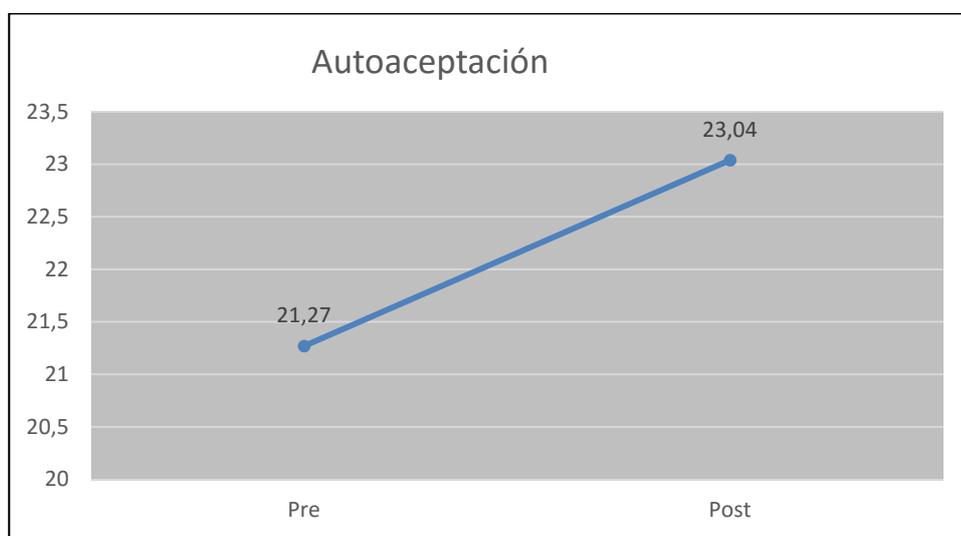


Figura 44. Evolución pre/postintervención en autoaceptación, para el grupo experimental.

Respecto a la autonomía, se observó una progresión desde los 28.22 ( $DS=4.11$ ) iniciales hasta los 30.95 ( $DS=4.33$ ) postintervención (Figura 45).

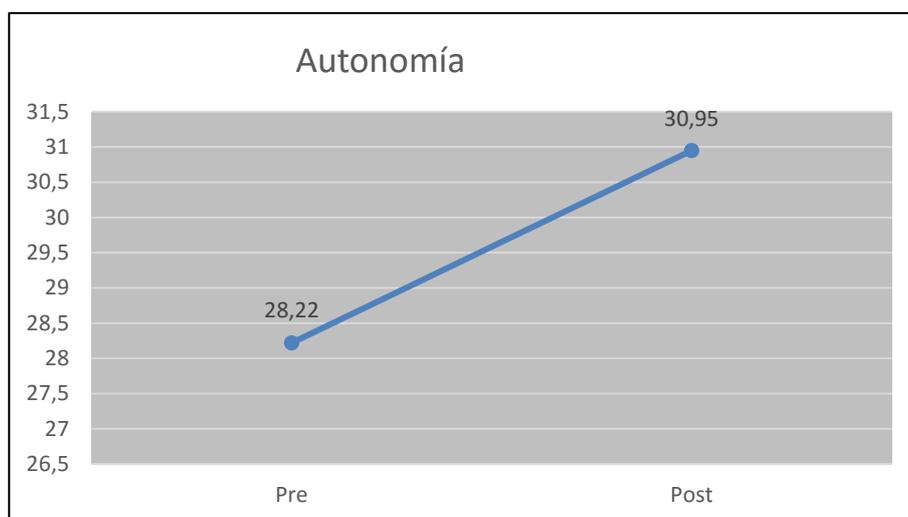


Figura 45. Evolución pre/postintervención de la escala autonomía del bienestar, en el grupo experimental.

El propósito de vida incrementó a partir de la intervención realizada, alcanzándose valores de 25.27 (DS=3.95) desde los 22.95 (DS=3.30) iniciales (Figura 46).



Figura 46. Evolución pre/postintervención en la escala *propósito en la vida* del bienestar, en el grupo experimental.

La intervención también ayudó a mejorar la escala *crecimiento personal*, observándose incrementos desde los 26.95 (DS=3.87) hasta los 29.36 (DS=4.71) tras las sesiones de entrenamiento en autocuidados (Figura 47).

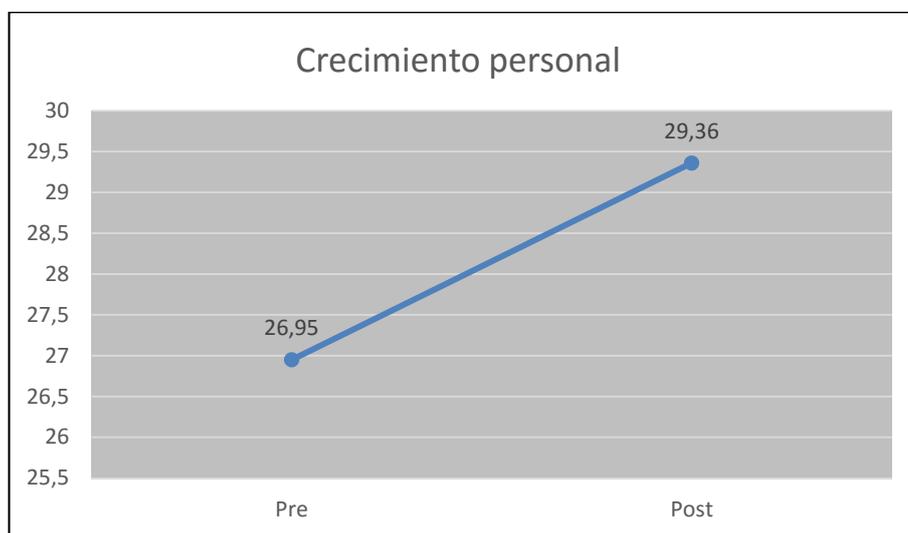


Figura 47. Evolución pre/postintervención de la escala *crecimiento personal*, en el grupo experimental.

Para la variable incluida en el funcionamiento psicológico negativo, la ansiedad, se aprecian diferencias significativas tanto para la subescala ansiedad-rasgo como para su factor afirmativo.

En el caso de la *ansiedad-rasgo*, se produjeron descensos significativos ( $p: 0.046$ ), desde 24.59 (DS=8.25) de la evaluación preintervención hasta los 20.82 (DS=8.57) de la postintervención (Figura 48).

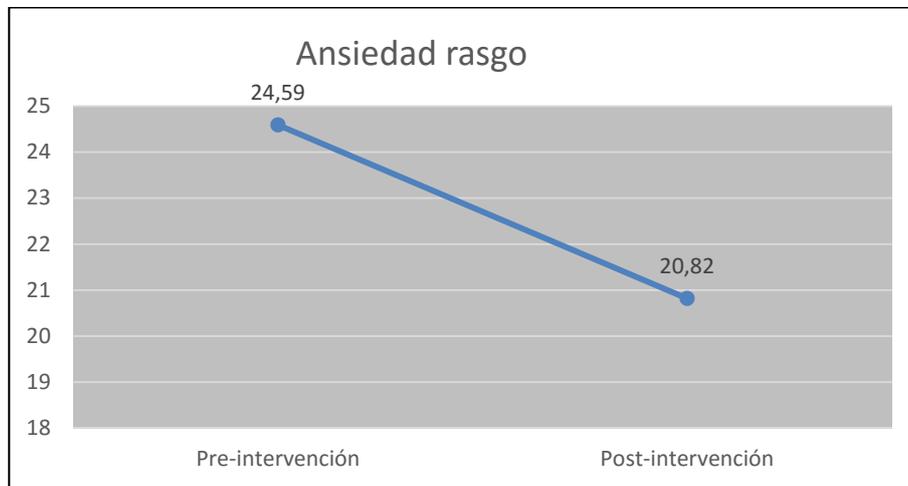


Figura 48. Evolución pre/postintervención en la *ansiedad-rasgo* en el grupo experimental.

En el caso de su factor afirmativo, que hace referencia a sentimientos de melancolía, de desesperanza y de incapacidad, también se alcanzaron descensos significativos ( $p: 0.026$ ), desde los 15.68 (DS=6.62) en la evaluación preintervención hasta los 13.18 (DS=5.98) de la postintervención (Figura 49).

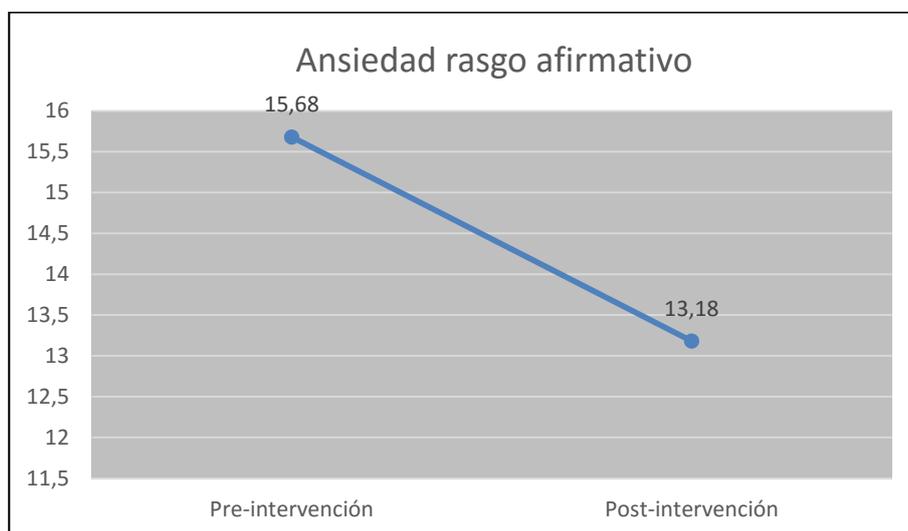


Figura 49. Evolución pre/postintervención del factor afirmativo de la *ansiedad-rasgo* en el grupo experimental.

Para la ansiedad-estado y su factor negativo también se produjeron mejorías que estuvieron próximas a ser significativas ( $p: 0.063$  y  $p: 0.067$ ).

Respecto al funcionamiento físico, se observó un aumento de la flexibilidad en el tren superior ( $p: 0.009$ ) como para el tren inferior ( $p: 0.001$ ).

A propósito de la alineación postural, también se mejoraron los valores, con reducciones de 1.3 y 0.48 cm en la flecha cervical y lumbar respectivamente, lo que demuestra la consecución de una postura más erguida.

### 9.2.2.2 DIFERENCIAS ENTRE EL PRIMER MOMENTO DE MEDIDA (PREINTERVENCIÓN) Y EL TERCERO (SEGUIMIENTO) EN LOS DOS GRUPOS

En este apartado se incluye el estudio de las diferencias entre la evaluación preintervención y la de seguimiento (36 semanas), en las variables incluidas en los dominios *factores personales* y *calidad de vida relacionada con la función*.

#### A.-GRUPO CONTROL

La tabla 54 presenta el análisis de las variaciones para el grupo de control.

GRUPO CONTROL n=14						
Dimensiones/ Variables		Categoría	Momento de medida		Sig [W]	
			Pre intervención	Seguimiento		
FACTORES PERSONALES	<b>Sobrecarga Percibida (asociado al riesgo)<sup>i</sup></b>	Carga global	62.93±15.66	60.57±12.17	0.451	
		Impacto	38.57±9.32	36.79±9.28	0.310	
		Interpersonal	14.71±4.42	14.07±2.81	0.705	
		Incompetencia	9.64±2.81	9.71±3.56	0.330	
	<b>Dedicación autocuidado (factor protector)<sup>i</sup></b>	Tiempo dedicado(min/sem)	124.29±83.08	85.71±80.54	0.074	
CALIDAD DE VIDA ELACIONADA CON LA FUNCIÓN	<b>Calidad de vida <sup>i</sup></b>	Salud física	41.02±8.38	43.13±11.35	0.149	
		Salud mental	42.07±11.81	42.49±12.29	0.975	
	<b>Bienestar psicológico<sup>i</sup></b>	Autoaceptación	21.71±5.42	21.42±3.89	0.783	
		Relaciones positivas	24.21±5.45	21.35±4.06	0.024**	
		Autonomía	28.92±4.49	29.57±2.76	0.725	
		Dominio del entorno	23.07±4.23	22.71±2.39	0.843	
		Propósito en la vida	22.92±5.35	22.00±4.05	0.551	
		Crecimiento personal	28.42±3.43	26.35±4.78	0.283	
		<b>Ansiedad<sup>i</sup></b>	Ansiedad-Estado	22.07±9.88	21.86±9.94	0.944
	EA Afirmativo.		8.36±4.86	7.86±5.97	0.779	
	EA Negativo.		16.29±5.99	16.00±6.64	0.929	
	Ansiedad-Rasgo		24.64±9.45	23.79±9.59	0.665	
	RA Afirmativo.		14.21±6.39	12.86±6.64	0.422	
	RN Negativo		10.57±4.97	10.07±5.74	0.699	
	<b>F.FÍSICA</b>	<b>Flexibilidad<sup>i</sup></b>	Tren superior	-9.64±10.09	-6.78±9.55	0.050*
			Tren inferior-lumbar	-7.50 ±8.70	-3.65±10.86	0.030*
		<b>Alineacion<sup>i</sup></b>	Flecha cervical	9.25 ±3.01	8.70 ±2.10	0.463
			Flecha lumbar	6.22 ±2.31	5.42 ±1.71	0.232

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[W] Prueba de Wilcoxon.

\*\*Significativa al nivel 0.01; \*Significativa al nivel 0.05

Tabla 54. Comparación de medidas preintervención/seguimiento en el grupo control en las variables de los dominios *factores personales* y *de vida relacionada con la función*.

A propósito de los resultados en el grupo de control, cabe comentar los cambios significativos (p: 0.024) en la escala *relaciones positivas* del bienestar psicoló-

gico, con descenso de los valores desde los 24.21±5.45 hasta los 21.35±4.06 respectivamente.

También se produjeron cambios significativos en la flexibilidad, tanto en el test de alcanzar las manos a la espalda (p: 0.050) como en el del cajón (p: 0.030).

### B.-GRUPO EXPERIMENTAL

La tabla 55 presenta las variaciones para el grupo experimental entre la evaluación preintervención y la realizada en el seguimiento, a las 36 semanas, para las variables incluidas en los dominios factores *personales* y *calidad de vida relacionada con la función*.

GRUPO EXPERIMENTAL n=22						
Dimensiones/ Variables		Categoría	Momento de medida		Sig [W]	
			Pre	Seguimiento		
FACTORES PERSONALES	<b>Sobrecarga percibida (asociado al riesgo)<sup>i</sup></b>	Carga global	58.14±11.69	49.23±11.53	0.001**	
		Impacto	34.45±6.94	29.77±8.01	0.004**	
		Interpersonal	14.05±3.18	11.45±3.18	0.003**	
		Incompetencia	9.68±2.98	8.00±3.10	0.017*	
	<b>Dedicación autocuidado (protector)<sup>i</sup></b>	Tiempo dedicado (min/sem)	77.05±80.48	141.14±48.69	0.002**	
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA FUNCIÓN	<b>Calidad de vida<sup>i</sup></b>	Salud física	44.99±9.45	41.89±12.75	0.730	
		Salud mental	45.39±10.23	43.88±11.99	0.433	
	<b>Bienestar psicológico<sup>i</sup></b>	Autoaceptación	21.27±2.47	22.81±2.44	0.003*	
		Relaciones positivas	22.95±3.94	24.04±3.76	0.384	
		Autonomía	28.22±4.11	30.22±3.80	0.107	
		Dominio del entorno	22.09±3.33	23.86±3.93	0.380	
		Propósito en la vida	22.95±3.30	24.54±3.20	0.019*	
		Crecimiento personal	26.95±3.87	28.77±4.54	0.128	
		<b>Ansiedad<sup>i</sup></b>	Ansiedad-Estado	23.68±7.92	18.86±10.20	0.038*
	AE Afirmativo.		9.36±4.77	7.18±5.891	0.155	
	AE Negativo.		15.68±5.57	18.32±4.98	0.044*	
	Ansiedad-Rasgo		24.59±8.25	21.50±9.20	0.273	
	AR Afirmativo.		15.68±6.62	13.73±6.24	0.225	
	AR Negativo.		12.09±4.37	13.23±3.86	0.553	
	F. FÍSICA	<b>Flexibilidad<sup>i</sup></b>	Tren superior	-3.59±9.36	-1.75±10.18	0.007**
			Tren inferior-lumbar	-3.46±9.61	.25±8.90	0.001**
		<b>Alineación<sup>i</sup></b>	Flecha cervical	7.81±2.32	7.34±1.86	0.167
Flecha lumbar			5.33±1.56	5.87±1.09	0.052	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[W] Prueba de Wilcoxon.

\*\*Significativa al nivel 0.01; \*Significativa al nivel 0.05

Tabla 55. Comparación de medidas preintervención/seguimiento en el grupo experimental en las variables contempladas en los dominios *factores personales* y *calidad de vida relacionada con la función*.

A propósito de la carga percibida, se produjeron cambios significativos entre las dos evaluaciones, tanto en la puntuación global (p: 0.001), como en las dimensiones impacto (p: 0.004), interpersonal (p: 0.003) e incompetencia (p: 0.017) (Figura 50, 51, 52 y 53).

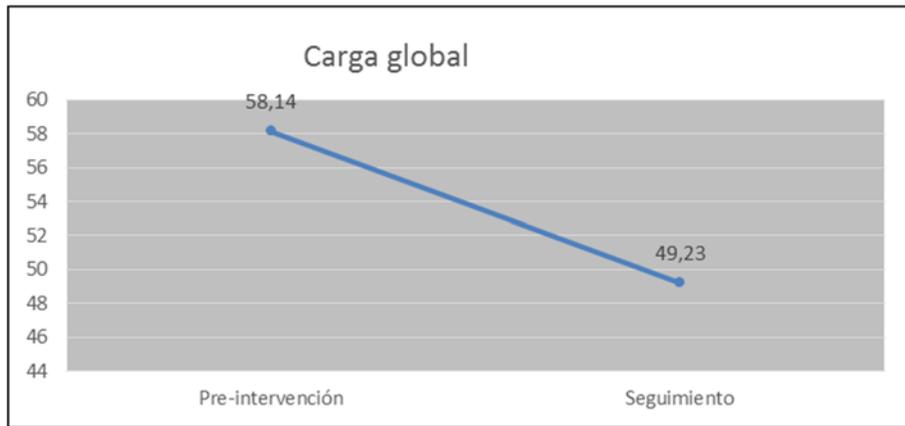


Figura 50. Evolución preintervención/seguimiento de la carga global en el grupo experimental.

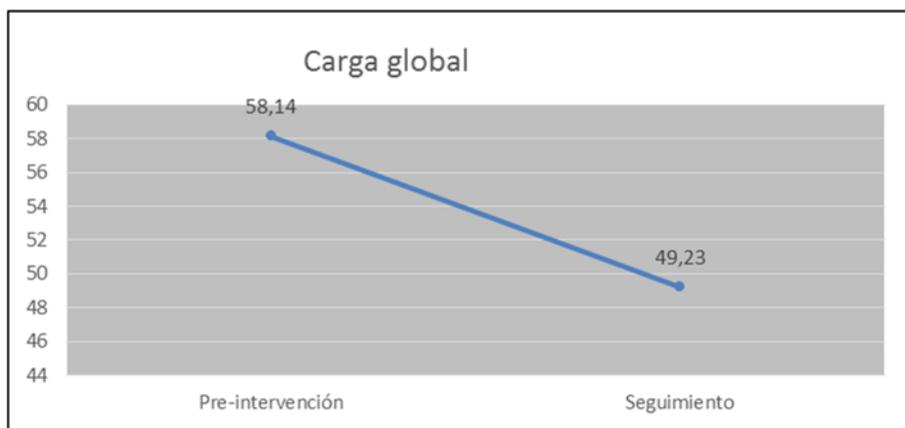


Figura 51. Evolución preintervención/seguimiento de la *carga global* en el grupo experimental.

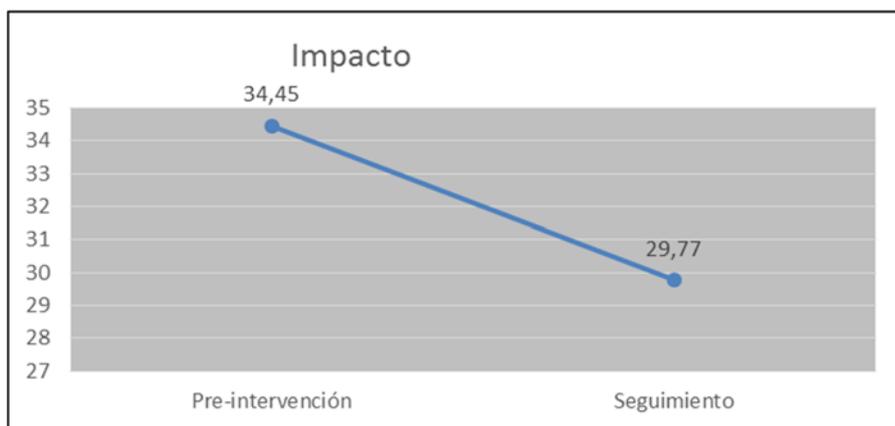


Figura 52. Evolución preintervención/seguimiento de la dimensión *impacto* en el grupo experimental

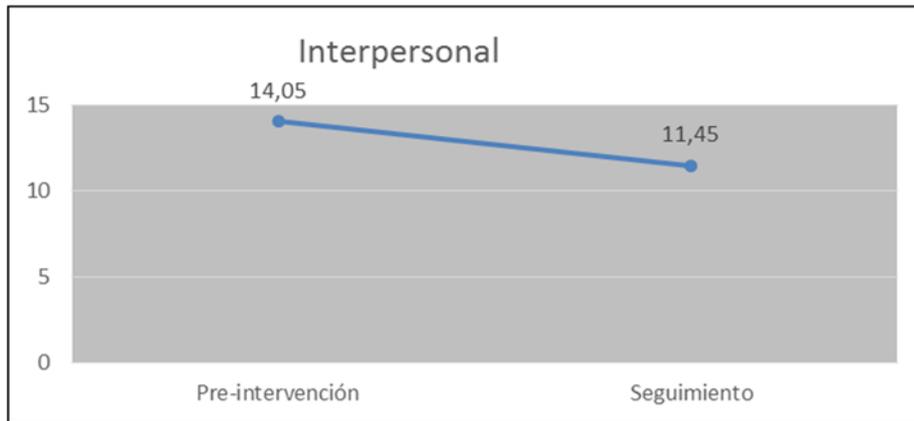


Figura 53. Evolución preintervención/seguimiento de la dimensión interpersonal en el grupo experimental.

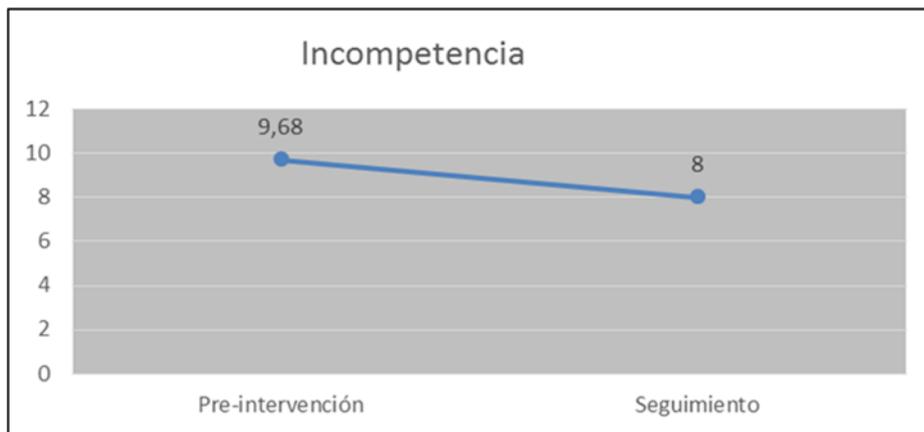


Figura 54. Evolución preintervención/seguimiento de la dimensión *incompetencia* en el grupo experimental.

Respecto al tiempo dedicado a la realización de actividades de autocuidado, se produjo un aumento significativo entre la evaluación preintervención y la realizada a las 36 semanas ( $p: 0.008$ ), desde  $77.05 \pm 80.48$  minutos/semanales hasta los  $141.14 \pm 48.69$ .

A propósito del funcionamiento positivo, cabe destacar las mejorías alcanzadas en las escalas autoaceptación ( $p: 0.003$ ) y propósito en la vida ( $p: 0.019$ ).

Para la subescala ansiedad-estado, los valores se vieron modificados significativamente entre las dos evaluaciones, con una disminución desde 23.68 (DS=7.92) a los 18.86 (DS=10.20) en la primera (Figura 55) y desde los 15.68 (DS=5.57) hasta los 18.32 (DS=4.98) en la segunda (Figura 56).

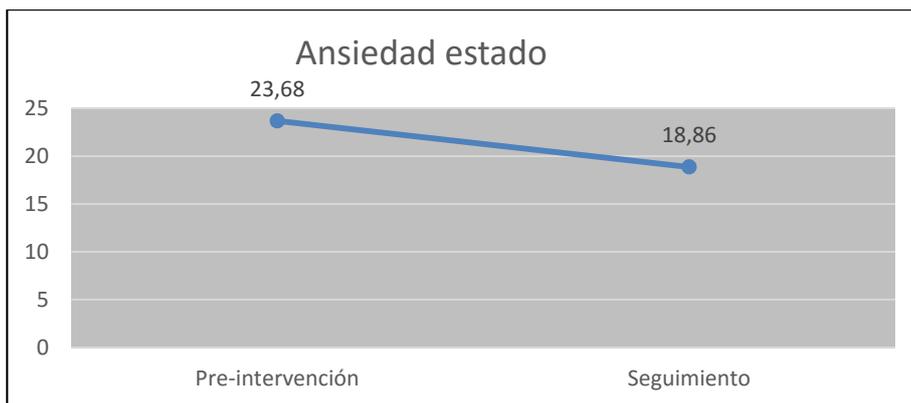


Figura 55. Evolución preintervención/seguimiento de la subescala *ansiedad-estado* en el grupo experimental.

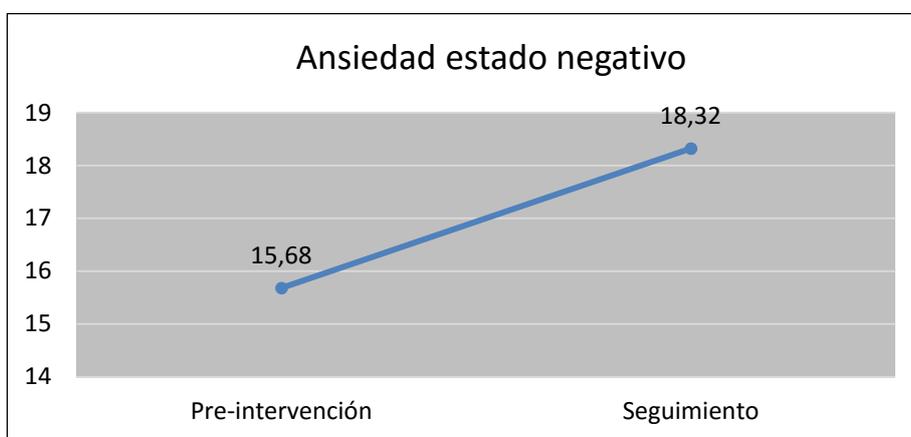


Figura 56. Evolución preintervención/seguimiento del factor *ansiedad estado negativo* en el grupo experimental.

En relación a los resultados observados en el funcionamiento físico, cabe destacar las mejoras significativas alcanzadas en la flexibilidad del tren superior.

### 9.2.2.3 DIFERENCIAS ENTRE EL SEGUNDO MOMENTO DE MEDIDA (POSTINTERVENCIÓN) Y TERCERO (SEGUIMIENTO) EN LOS DOS GRUPOS

Dentro de este apartado se presenta el análisis de los cambios producidos entre el segundo momento de medida (transcurridas 18 semanas de la inicial) y el tercero (transcurridas 36 semanas de la inicial) en las variables contempladas en los dominios *factores personales* y *calidad de vida relacionada con la función*.

#### A.-GRUPO CONTROL

La tabla 56 muestra las variaciones observadas para el grupo de control entre la evaluación postintervención y la de seguimiento para los dominios anteriormente comentados.

GRUPO CONTROL n=14						
Dimensión/ Variable		Categoría	Momento de medida		Sig [W]	
			Post intervención	Seguimiento		
FACTORES PERSONALES	<b>Sobrecarga percibida (asociado al riesgo)<sup>i</sup></b>	Carga global	61.36±13.67	60.57±12.17	1.00	
		Impacto	37.21±9.40	36.79±9.28	1.00	
		Interpersonal	13.93±3.45	14.07±2.81	0.878	
		Incompetencia	10.21±3.68	9.71±3.56	0.598	
	<b>Dedicación autocuidado (protector)<sup>i</sup></b>	Tiempo dedicado (min/sem)	81.43±75.28	85.71±80.54	0.789	
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL LA FUNCIÓN	<b>Calidad de vida<sup>i</sup></b>	Salud física	41.89±12.75	43.13±11.35	0.925	
		Salud mental	43.88±11.99	42.49±12.29	0.754	
	<b>Bienestar psicológico<sup>i</sup></b>	Autoaceptación	19.85±4.89	21.42±3.89	0.242	
		Relaciones positivas	22.28±4.21	21.35±4.06	0.152	
		Autonomía	29.92±3.83	29.57±2.76	0.972	
		Dominio del entorno	21.71±2.52	22.71±2.39	0.165	
		Propósito en la vida	22.21±5.02	22.00±4.05	0.598	
		Crecimiento personal	27.07±2.86	26.35±4.78	0.407	
		<b>Ansiedad<sup>i</sup></b>	Ansiedad-Estado	27.86±10.96	21.86±9.94	0.840
	AE Afirmativo.		11.43±6.75	7.86±5.97	0.900	
	AE Negativo.		13.57±6.22	16.00±6.64	0.223	
	Ansiedad-Rasgo		27.93±10.03	23.79±9.59	0.166	
	AR Afirmativo.		18.07±9.36	12.86±6.64	0.115	
	AR Negativo.		11.14±4.83	10.07±5.74	0.462	
	F.FÍSICA	<b>Flexibilidad<sup>i</sup></b>	Tren superior	-6.71±10.93	-6.78±9.55	0.807
			Tren inferior-lumbar	-3.86±11.17	-3.65 ±10.86	0.638
		<b>Alineación<sup>i</sup></b>	Cervical	8.65±1.81	8.70 ±2.10	0.824
Lumbar			5.13±1.23	5.42 ±1.71	0.366	

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[W] Prueba de Wilcoxon.

Tabla 56. Comparación de medidas postintervención/seguimiento en el grupo de control en el dominio factores personales y *calidad de vida relacionada con la función*.

En las variables analizadas, no se observó ningún cambio significativo.

## B.-GRUPO EXPERIMENTAL

En la tabla 57 se presenta el análisis para las variables contempladas en los dominios *factores personales (sobrecarga percibida y dedicación al autocuidado)* y *calidad de vida relacionada con la función* en el grupo experimental, entre la evaluación postintervención y la de seguimiento.

A propósito de los resultados, cabe destacar los cambios significativos mostrados en ambas flechas sagitales, con aumento de los valores desde los 6.51 cm (DS=1.48) a los 7.34 cm (DS=1.86) en la flecha cervical (p: 0.01) y de 4.85 cm (DS=1.45) a los 5.87 cm (DS=1.09) en la lumbar (p: 0.001), lo que indica una "relajación" o pérdida en el control de la postura en ambos niveles.

GRUPO EXPERIMENTAL n=22						
Variable		Categoría	Momento de medida		Sig [W]	
			Post intervención	Seguimiento		
FACTORES PERSONALES	<b>Sobrecarga percibida (asociado al riesgo)<sup>i</sup></b>	Carga global	50.09±11.36	49.23±11.53	0.866	
		Impacto	30.14±7.22	29.77±8.01	0.845	
		Interpersonal	11.23±3.05	11.45±3.18	0.598	
		Incompetencia	7.45±2.30	8.00±3.10	0.229	
	<b>Dedicación autocuidado (protector)<sup>ii</sup></b>	Tiempo dedicado (min/sem)	150.00±44.40	141.14±48.69	0.405	
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA FUNCIÓN	<b>Calidad de vida<sup>i</sup></b>	Salud física	44.59±12.32	41.89±12.75	0.728	
		Salud mental	49.23±7.71	43.88±11.99	0.858	
	<b>Bienestar psicológico<sup>i</sup></b>	Autoaceptación	23.04±2.71	22.81±2.44	0.336	
		Relaciones positivas	24.18±4.57	24.04±3.76	0.893	
		Autonomía	30.95±4.33	30.22±3.80	0.345	
		Dominio del entorno	24.31±3.82	23.86±3.93	0.197	
		Propósito en la vida	25.27±3.95	24.54±3.20	0.104	
		Crecimiento personal	29.36±4.71	28.77±4.54	0.207	
		<b>Ansiedad<sup>i</sup></b>	Ansiedad-Estado	19.36±8.01	18.86±10.20	0.589
			AE Afirmativo.	7.14±5.32	7.18±5.891	0.940
	AE Negativo.		17.77±4.35	18.32±4.98	0.575	
	Ansiedad-Rasgo		20.82±8.57	21.50±9.20	0.515	
	AR Afirmativo.		13.18±5.98	13.73±6.24	0.358	
	AR Negativo.		13.36±4.34	13.23±3.86	0.652	
	<b>Flexibilidad<sup>i</sup></b>		Tren superior	-1.63±9.75	-1.75±10.18	0.228
		Tren inferior-lumbar	.50±8.48	.25±8.90	0.322	
		<b>Alineación<sup>i</sup></b>	Cervical	6.51±1.48	7.34±1.86	0.019*
			Lumbar	4.85±1.45	5.87±1.09	0.001**

<sup>i</sup> Resultados expresados en media ± DS.

[W] Prueba de Wilcoxon.

\*\*Significativa al nivel 0.01; \*Significativa al nivel 0.05

Tabla 57. Comparación de medidas postintervención-seguimiento en el grupo experimental en las variables contempladas en los dominios *factores personales* y *calidad de vida relacionada con la función*.

### 9.3 CORRELACIONES

Con el fin de completar el estudio estadístico de nuestra investigación, se realizó un análisis de correlaciones que incluyó dos tipos de pruebas:

1) para la muestra de estudio (n=36) entre las *características generales de la situación de cuidado*, el *factor asociado al riesgo* (sobrecarga percibida), el *factor protector* (dedicación al autocuidado) y las variables incluidas en el constructo *calidad de vida relacionada con la función*.

2) para los dos grupos a estudio, control (n=14) y experimental (n=22), para las variables en las que se produjeron diferencias tras la intervención.

Para este estudio se emplearon los coeficientes de Pearson (r) para las variables que presentaron una distribución normal y de Spearman (s) para las que presentaron una distribución no normal y las ordinales.

### 9.3.1 CORRELACIONES EN LA MUESTRA DE ESTUDIO

En este apartado se presentan las correlaciones para la muestra de estudio (n=36) para las *características generales de la situación de cuidado* (factores ambientales) y las variables susceptibles de ser modificadas con las intervenciones formativas realizadas: *sobrecarga percibida*, *dedicación al autocuidado* y las incluidas en el constructo *calidad de vida relacionada con la función* (Tabla 58).

#### 9.3.1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS

Respecto a los resultados, se observaron las siguientes correlaciones significativas:

- Entre la responsabilidad en el cuidado y la ansiedad-estado: (s:-0.354)
- Entre la ocupación del cuidador y la *salud física* de la calidad de vida: (s:-0.337)
- Entre el tiempo dedicado a las tareas de cuidado del familiar y:
  - La dependencia funcional del familiar: (s:-0.351)
  - La escala *autonomía* del bienestar psicológico: (s: 0.478)
- Entre la dependencia funcional del familiar y:
  - La puntuación global de *sobrecarga* (s:-0.333) y la dimensión *impacto* (s:-0.384)
  - Las escalas *autonomía* (s:-0.398) y *crecimiento personal* (s:-0.357) del bienestar psicológico.

#### 9.3.1.2 DIMENSIONES SUSCEPTIBLES DE SER MODIFICADAS CON LA INTERVENCIÓN

Respecto a las correlaciones entre las variables incluidas en las dimensiones *sobrecarga percibida*, *tiempo dedicado al autocuidado* y las variables incluidas en el constructo *calidad de vida relacionada con la función*, se observaron los siguientes resultados significativos:

- para la *sobrecarga percibida* (factor asociado al riesgo), además de las relativas a las de las diferentes dimensiones entre sí,
  - Entre la puntuación global y las puntuaciones sumario salud física (s:-0.419) y mental (r:-0.506) de la calidad de vida, las escalas dominio del entorno (r:-0.391) y propósito en la vida (r:-0.337) del bienestar psicológico, la ansiedad (subescala estado, s: 0.456, y su factor negativo, (r:-0.484), y el factor rasgo negativo, r: -0.364) y la flecha lumbar (s: 0.411).

-Entre la dimensión impacto y las puntuaciones sumario salud física (s:-0.456) y mental (s:-0.507) de la calidad de vida; las escalas dominio del entorno (r:-0.338) y propósito en la vida (r:-0.333) del bienestar psicológico, la ansiedad (subescala estado, s: 0.403, y su factor negativo, r: -0.418) y la flecha lumbar (s: 0.401).

-Entre la dimensión interpersonal y la puntuación sumario salud mental (r: -0.581) de la calidad de vida; las escalas autoaceptación (s: -0.341), dominio del entorno (r: -0.442) y propósito en la vida (r:-0.374) del bienestar psicológico, la ansiedad (subescala estado, s: 0.517, y su factor negativo, r: -0.514, y el factor rasgo negativo, r: -0.477), la flecha lumbar (s: 0.464) y el tiempo dedicado al autocuidado (s: -0.370).

-Entre la dimensión incompetencia y la ansiedad (subescala estado, s: 0.355, y su factor negativo, r: -0.408).

-Para el tiempo dedicado al autocuidado (factor protector): además de lo anteriormente comentado,

-Con la puntuación sumario salud mental de la calidad de vida (s: 0.402).

-Con la autoaceptación (s: 0.414).

-Con las relaciones positivas (s: 0.463).

-Con el dominio del entorno (s: 0.447).

-Con el propósito en la vida (s: 0.507).

-Con el crecimiento personal (s: 0.497).

-Con la ansiedad estado y su factor negativo (s:-0.341 y s: 0.405 respectivamente).

-Con la flecha lumbar (s:-0.338).

-Para la calidad de vida: además de lo anteriormente comentado y de las diferentes puntuaciones sumario entre sí,

-Entre la puntuación sumario salud física y el dominio del entorno (s: 0.351).

-Entre la puntuación sumario salud mental y las escalas autoaceptación (s: 0.539), relaciones positivas (r: 0.405), autonomía (r: 0.345), dominio del

entorno ( $r: 0.400$ ); y propósito en la vida ( $r: 0.525$ ) del bienestar psicológico, la ansiedad (estado negativo,  $r: 0.387$ , y rasgo negativo,  $r: 0.330$ ) y la flecha lumbar ( $s:-0.330$ ).

-Para el bienestar psicológico: además de lo anteriormente comentado y de las diferentes escalas entre sí,

-Entre la autoaceptación y la ansiedad (subescala estado,  $s: -0.382$ , y su factor negativo,  $s: 0.482$ , subescala rasgo,  $s: -0.417$ , y su factor negativo,  $s: 0.418$ ).

-Entre las relaciones positivas y la ansiedad (factor estado negativo,  $r:-0.339$ , subescala rasgo,  $r: -0.545$ , y su factor positivo,  $r: -0.364$ , y negativo,  $r: 0.506$ ).

-Entre la autonomía y la ansiedad (factor estado afirmativo,  $r: -0.374$ , subescala rasgo,  $r: -0.463$  y sus factores positivo,  $r: -0.393$ , y negativo,  $r: 0,312$ ) y la flecha cervical ( $r: 0.374$ ).

-Entre el dominio del entorno y la ansiedad (subescala rasgo,  $r: -0.405$ , y su factor positivo,  $r: -0.338$ ).

-Entre el propósito en la vida y la ansiedad (subescala estado,  $s: -0.411$ , y su factor negativo,  $r: -0.407$ , subescala rasgo,  $r: -0.472$ , y su factor negativo,  $r: 0.489$ ).

-Entre el crecimiento personal y la ansiedad (subescala rasgo,  $s: -0.520$ , y sus factores positivo,  $s:-0.390$ , y negativo,  $s: 0.329$ ) y el test del cajón ( $s:-0.366$ ).

-Para la ansiedad: lo anteriormente comentado y de los diferentes factores entre sí,

-Para la función física: además de lo anteriormente comentado,

-Entre los dos indicadores de flexibilidad ( $r: 0.385$ ).



DIMENSIÓN	Responsabilidad	Ocupación	Meses cuidando	Dependencia familiar	Salud física	Salud mental	Carga global	Impacto personal	Interpersonal	Incompetencia	Autoaceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Propósito en la vida	Crecimiento personal	Ansiedad Estado	AE Afirmativo	AE Negativo	Ansiedad Rasgo	AR Afirmativo	AR Negativo	Test espalda	Test del cajón	Fecha cervical	Fecha lumbar	Tiempo semanal autocuidado
Responsabilidad	1[S]																										
Ocupación	0,070[S]	1[S]																									
Meses cuidando	0,067[S]	-0,100[S]	1,000[S]																								
Dependencia familiar	-0,181[S]	0,014[S]	-0,351*[S]	1[S]																							
Salud física	-0,145[S]	-0,337**[S]	-0,166[S]	0,308[S]	1[S]																						
Salud mental	0,011[S]	0,126[S]	-0,147[S]	0,195[S]	0,045[S]	1																					
Carga global	-0,048[S]	-0,049[S]	0,208[S]	-0,333**[S]	-0,419*[S]	-0,506**	1																				
Impacto	-0,051[S]	-0,121[S]	0,320[S]	-0,384*	-0,456**[S]	-0,507**	0,959**	1																			
Interpersonal	-0,008[S]	-0,011[S]	0,131[S]	-0,207[S]	-0,261[S]	-0,581**	0,912**	0,798**	1																		
Incompetencia	-0,105[S]	-0,008[S]	-0,072[S]	-0,125[S]	-0,227[S]	-0,193	0,796**	0,635**	0,726**	1																	
Autoaceptación	0,008[S]	-0,091[S]	0,147[S]	0,020[S]	0,208[S]	0,539**[S]	-0,279[S]	-0,267[S]	-0,341*[S]	-0,103[S]	1[S]																
Relaciones positivas	0,164[S]	-0,132[S]	0,115[S]	-0,088[S]	0,099[S]	0,405*	-0,170	-0,105	-0,323	-0,082	0,507**[S]	1															
Autonomía	0,151[S]	0,141[S]	0,478**[S]	-0,398*[S]	-0,162[S]	0,345*	-0,130	-0,035	-0,261	-0,172	0,390*[S]	0,477**	1														
Dominio del entorno	-0,224[S]	-0,127[S]	0,151[S]	0,129[S]	0,351*[S]	0,400*	-0,391*	-0,338*	-0,442**	-0,319	0,492**[S]	0,598**	0,258	1													
Propósito en la vida	0,164[S]	0,063[S]	0,132[S]	-0,037[S]	0,175[S]	0,525**	-0,337*	-0,333*	-0,374*	-0,167	0,816**[S]	0,651**	0,501**	0,503**	1												
Crecimiento personal	-0,065[S]	-0,208[S]	0,280[S]	-0,357*[S]	-0,010[S]	0,219[S]	-0,011[S]	0,042[S]	-0,164[S]	-0,139[S]	0,308[S]	0,638**[S]	0,461**[S]	0,458**[S]	0,424*[S]	1[S]											
Ansiedad Estado	-0,354*[S]	-0,063[S]	-0,109[S]	0,183[S]	-0,131[S]	-0,323[S]	0,456**[S]	0,403*[S]	0,517**[S]	0,355*[S]	-0,382*[S]	-0,329[S]	-0,326[S]	-0,185[S]	-0,411*[S]	-0,169[S]	1[S]										
AE Afirmativo	-0,278[S]	0,091[S]	-0,107[S]	0,187[S]	-0,081[S]	-0,219	0,227	0,217	0,312	0,037	-0,269[S]	-0,215	-0,374*	-0,144	-0,259	-0,131[S]	0,822**[S]	1									
AE Negativo	0,210[S]	0,105[S]	-0,034[S]	-0,120[S]	0,248[S]	0,387*	-0,484**	-0,418*	-0,514**	-0,408*	0,482**[S]	0,339*	0,317	0,231	0,407*	0,170[S]	-0,868**[S]	-0,366*	1								
Ansiedad Rasgo	-0,115[S]	0,255[S]	-0,312[S]	-0,021[S]	-0,242[S]	-0,317	0,299	0,246	0,332*	0,275	-0,417*[S]	-0,545**	-0,463**	-0,405*	-0,472**	-0,520**[S]	0,557**[S]	0,576**	-0,481**	1							
AR Afirmativo	-0,032[S]	0,300[S]	-0,263[S]	-0,065[S]	-0,302[S]	-0,187	0,139	0,127	0,102	0,157	-0,303[S]	-0,364*	-0,393*	-0,338*	-0,279	-0,390*[S]	0,370*[S]	0,433**	-0,246	0,850**	1						
AR Negativo	0,078[S]	0,003[S]	0,172[S]	0,067[S]	0,080[S]	0,330*	-0,364*	-0,281	-0,477**	-0,293	0,418*[S]	0,506**	0,312	0,280	0,489**	0,329*[S]	-0,615**[S]	-0,466**	0,552**	-0,672**	-0,181	1					
Test espalda	0,230[S]	-0,327[S]	0,247[S]	-0,082[S]	0,176[S]	-0,020	0,064	-0,036	0,131	0,239	0,057[S]	-0,158	0,144	0,071	0,075	-0,193[S]	-0,055[S]	-0,192	-0,015	0,121	0,087	-0,103	1				
Test del cajón	-0,013[S]	-0,022[S]	-0,065[S]	0,125[S]	0,243[S]	-0,026	0,069	-0,004	0,187	0,090	-0,097[S]	-0,271	-0,058	0,071	-0,154	-0,366*[S]	0,124[S]	-0,005	-0,123	0,133	0,056	-0,170	0,385*	1			
Fecha cervical	-0,038[S]	-0,003[S]	0,312[S]	-0,231[S]	-0,260[S]	0,095	0,154	0,217	0,055	0,045	0,021[S]	0,271	0,374*	0,040	0,246	0,086[S]	-0,069[S]	-0,076	0,096	-0,282	-0,179	0,275	-0,096	-0,210	1		
Fecha lumbar	-0,124[S]	-0,248[S]	0,038[S]	-0,117[S]	-0,104[S]	-0,330*[S]	0,411*[S]	0,401*[S]	0,464**[S]	0,277[S]	-0,120[S]	-0,093[S]	-0,087[S]	-0,116[S]	0,001[S]	-0,045[S]	0,270[S]	0,189[S]	-0,277[S]	0,077[S]	-0,059[S]	-0,306[S]	0,071[S]	-0,029[S]	0,115[S]	1[S]	
Tiempo semanal autocuidado	0,043[S]	-0,047[S]	0,197[S]	-0,193[S]	0,168[S]	0,402*[S]	-0,251[S]	-0,219[S]	-0,370*[S]	-0,126[S]	0,414*[S]	0,463**[S]	0,303[S]	0,447**[S]	0,507**[S]	0,497**[S]	-0,341*[S]	-0,281[S]	0,405*[S]	-0,222[S]	-0,150[S]	0,165[S]	0,020[S]	-0,222[S]	-0,074[S]	-0,338*[S]	1[S]

[S] Prueba de correlación de Spearman.

\*Significativa al 0.05 (bilateral); \*\*Significativa al 0.01 (bilateral).

Tabla 38. Análisis de correlaciones las características generales de la situación de cuidado y las variables susceptibles de ser modificables con las intervenciones (sobrecarga, calidad de vida, funcionamiento y tiempo dedicación al autocuidado) para la muestra de estudio (n=36). [Fuente: Elaboración propia.]

### 9.3.2 CORRELACIONES RESPECTO A LOS CAMBIOS OBSERVADOS EN LAS DIFERENTES EVALUACIONES

En este apartado se presenta el análisis de correlaciones para los dos grupos objeto de estudio, el de control (n=14) y el experimental (n=22), en las variables en las que se produjeron cambios significativos con la intervención.

#### 9.3.2.1 Correlaciones pre-postintervención (\_12)

Las tablas 59 y 60 muestran el estudio de correlaciones en los grupos control y experimental, para las variables en las que se produjeron cambios significativas entre la evaluación inicial y la realizada a 18<sup>o</sup> semana (\_12), es decir, nada más finalizadas las sesiones formativas.

Este análisis se realizó sobre las variables resultantes de las diferencias entre la evaluación preintervención y postintervención (\_12), salvo en el caso del indicador *tiempo dedicado al autocuidado*, del que se consideró el valor alcanzado en el momento postintervención.

<b>Control _12</b>			<b>Relaciones positivas</b>
	<b>Tren superior</b>	n=14	0.205

Tabla 59. Análisis de correlaciones en el grupo de control para las variables en las que se produjeron cambios significativos entre las evaluaciones pre y postintervención (\_12).

Para el grupo control (n=14) no se observaron correlaciones significativas entre las dos únicas variables en las que se produjeron cambios significativos, flexibilidad en el tren superior y relaciones positivas.

Para el grupo experimental (n=22) se observaron las siguientes correlaciones significativas, además de las dadas entre las diferentes dimensiones/factores de las propias variables:

- Entre la puntuación global de carga y el crecimiento personal (s: -0.423).
- Entre la dimensión impacto y el propósito en la vida (r: -0.450).
- Entre el tiempo dedicado al autocuidado y la ansiedad-estado negativo (s: 0.448).
- Entre el tiempo dedicado al autocuidado y la flexibilidad del tren superior (0.476).
- Entre la ansiedad-estado y la flexibilidad del tren superior (s: 0.428).
- Entre la flexibilidad del tren superior y la del inferior (s: 0.460).

		Carga global	Impacto	Interperso- nal	Incompeten- cia	Autocuida- do	Autocepta- ción	Autono- mía	Proposi- to en la vida	Crecimiento personal	Ansiedad rasgo	Ansiedad rasgo afirmati- vo	Tren superior	Tren inferior	Flеча cervical	Flеча lum- bar
Experimental 12	Carga global	n=22	1													
	Impacto	n=22	0,775**	1												
	Interperso- nal	n=22	0,593**	0,385	1											
	Incompe- tencia	n=22	0,493*	0,143	,434*	1										
	Autocuidado	n=22	-0,016	-0,291	-0,073	0,392	1									
	Autocepta- ción	n=22	-0,243	-0,350	-0,194	-0,017	0,402	1								
	Autonomía	n=22	-0,296	-0,200	-0,100	-0,105	0,333	0,533*	1							
	Proposito en la vida	n=22	-0,418	-0,450*	-0,380	-0,031	0,053	0,509*	0,230	1						
	Crecimiento personal	n=22	-0,423*[S]	-0,328[S]	-0,335[S]	-0,324[S]	0,068[S]	0,264[S]	0,214[S]	0,353[S]	1[S]					
	Ansiedad rasgo	n=22	0,205	0,213	0,241	-0,167	-0,218	-0,294	-0,284	-0,187	0,135[S]	1				
	Ansiedad rasgo afirmativo	n=22	0,269	0,315	0,337	-0,103	-0,192	-0,299	-0,289	-0,142	0,165[S]	0,812**	1			
	Tren supe- rior	n=22	0,078	-0,059	-0,026	0,523*	0,139	0,166	0,049	0,249	-0,392[S]	-0,373	-0,497*	1		
	Tren inferior	n=22	0,287	0,057	0,246	0,453*	-0,185	0,297	0,026	0,215	0,254[S]	0,011	0,092	0,369	1,000	
	Flеча cervical	n=22	0,319	0,251	0,370	0,227	-0,086	0,119	-0,019	0,137	-0,240[S]	-0,076	0,049	0,352	0,238	1
Flеча lumbar	n=22	-0,162[S]	-0,171[S]	-0,205[S]	0,038[S]	0,270[S]	0,088[S]	0,399[S]	0,438*[S]	0,119[S]	-0,411[S]	-0,282[S]	0,088[S]	-0,067[S]	-0,044[S]	1[S]

[S] Prueba de correlación de Spearman.

\*Significativa al 0.05 (bilateral).

\*\*Significativa al 0.01 (bilateral)

Tabla 60. Análisis de correlaciones en el grupo experimental para las variables en las que se produjeron cambios entre las evaluaciones pre/postintervención (\_12).

**9.3.2.2 Correlaciones preintervención-seguimiento (\_13)**

En este apartado se muestra el estudio de correlaciones en los grupos de control y experimental, para las variables en las que se produjeron cambios entre la evaluación inicial y la realizada a 36º semana (\_13), es decir, a largo plazo desde la finalización de las sesiones formativas.

Este análisis se realizó sobre las variables resultantes de las diferencias entre la evaluación preintervención/seguimiento (\_13), salvo en el caso del indicador *tiempo dedicado al autocuidado*, del que se considerará el valor alcanzado en el seguimiento.

Para el grupo de control (n=14) (Tabla 61), no se observaron correlaciones significativas entre las dos flechas sagitales, únicas variables en las que se habían producido cambios entre ambas evaluaciones.

<b>Control _13</b>			<b>Flexibilidad tren superior</b>	<b>Flexibilidad tren inferior</b>	<b>Relaciones positivas</b>
	<b>Flexibilidad tren superior</b>	n=14	1		
	<b>Flexibilidad tren inferior</b>	n=14	0,049	1	
	<b>Relaciones positivas</b>	n=14	-0,357	0,374	1

Tabla 61. Análisis de correlaciones en el grupo de control para las variables en las que se produjeron cambios significativos entre las evaluaciones preintervención/seguimiento (\_13).

Para el grupo experimental (n=22) (Tabla 62) se observaron las siguientes correlaciones significativas, además de las dadas entre las propias dimensiones/factores de las variables:

- Entre el tiempo dedicado al autocuidado y la ansiedad-estado negativa (s: 0.448).
- Entre el tiempo dedicado al autocuidado y la flexibilidad del tren superior (s: 0.476).

		Carga global	Impacto	Interpersonal	Incompetencia	Autocuidado	Autoaceptación	Propósito en la vida	Ansiedad estado	Ansiedad estado negativo	Tren superior	Tren inferior	
Experimental_13	Carga global	n=22	1										
	Impacto	n=22	0,834**	1									
	Interpersonal	n=22	0,816**	0,424*	1								
	Incompetencia	n=22	0,649**	0,185	0,694**	1							
	Autocuidado	n=22	0,007[S]	-0,069[S]	0,100[S]	0,185[S]	1[S]						
	Autoaceptación	n=22	0,044[S]	-0,030[S]	0,124[S]	0,154[S]	0,274[S]	1[S]					
	Propósito de vida	n=22	0,033	0,152	-0,098	-0,096	0,011[S]	0,393[S]	1				
	Ansiedad estado	n=22	0,156	0,148	0,103	0,079	-0,195[S]	-0,172[S]	-0,027	1			
	Ansiedad estado negativo	n=22	0,042	-0,072	0,108	0,178	0,448*[S]	0,276[S]	0,075	-0,767**	1		
	Tren superior	n=22	0,147[S]	0,069[S]	0,124[S]	0,125[S]	0,476*[S]	0,176[S]	0,069[S]	-0,005[S]	0,265[S]	1[S]	
	Tren inferior	n=22	0,025[S]	-0,034[S]	0,038[S]	-0,107[S]	0,030[S]	0,145[S]	0,033[S]	0,428*[S]	-0,228[S]	0,460*[S]	1[S]

[S] Prueba de correlación de Spearman.

\*Significativa al 0.05 (bilateral).

\*\*Significativa al 0.01 (bilateral).

Tabla 62 Análisis de correlaciones en el grupo experimental para las variables en las que se produjeron cambios significativos entre las evaluaciones preintervención/seguimiento(\_13).

### 9.3.2.3 Correlaciones postintervención-seguimiento (\_23)

En este apartado se muestra el estudio de correlaciones para las variables en las que se produjeron cambios entre la evaluación realizada a la 18<sup>o</sup> semana y la 36<sup>o</sup> (\_13), es decir, a largo plazo desde la finalización de las sesiones formativas, lo cual solo sucedió en el grupo experimental (Tabla 63).

<b>Experimental_23</b>		<b>Flecha lumbar</b>
	<b>Flecha cervical</b>	n=22

Tabla 63 Análisis de correlaciones en el grupo experimental para las variables en las que se produjeron cambios significativos entre las evaluaciones postintervención/seguimiento (\_23).

## 9.4 OTROS RESULTADOS DE SALUD

En la tabla 66 se presentan los datos relativos a otro resultado de salud medido a lo largo de la intervención, la satisfacción de los participantes, a partir del cuestionario CSQ-8<sup>ii</sup>.

Pregunta	Grupo control	Grupo experimental
<b>1. Calidad del programa.</b> M, DS	3.57±.51	3.77±.42
<b>2. Satisfacción de expectativas.</b> M, DS	3.14±.77	3.50±.51
<b>3. Grado de satisfacción de necesidades.</b> M, DS	3.36±.63	3.36±.65
<b>4. Recomendación a otra persona.</b> M, DS	4.00±.00	3.86±.35
<b>5. Satisfacción con la ayuda recibida</b> M, DS	3.14±.77	3.86±.35
<b>6. Eficacia de lo aprendido.</b> M, DS	3.57±.51	3.55±.51
<b>7. Satisfacción general con el tratamiento.</b> M, DS	3.64±.49	3.59±.50
<b>8. Volvería a participar.</b> M, DS	3.86±.36	3.82±.39
<b>Total</b> M, DS	28.29±2.64	28.50±2.75

Tabla 64. Medias y desviaciones estándares del Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento.

Los resultados del cuestionario muestran cómo los cuidadores estuvieron altamente satisfechos con su participación en el programa, alcanzándose valores de 28.29±2.64 en el grupo de control y 28.50±2.75 en el experimental, sobre una puntuación máxima de 32.

En un rango de 1 a 4, las puntuaciones medias nunca descendieron de 3.

En relación a la pregunta 8, la cual hace referencia a la vuelta al programa en caso de tener que buscar ayuda otra vez, cabe destacar que el 83.3 % de los cuidadores contestaron "Sí".

## **9.5 IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

Dentro de este apartado se presenta el estudio de una serie de aspectos relacionados con la implementación de la intervención, como la asistencia a las sesiones y la preferencia sobre las diferentes actividades de autocuidado enseñadas (solo el grupo experimental).

### **9.5.1 ASISTENCIA A LAS SESIONES**

La asistencia a las sesiones fue controlada por el formador del programa para cada uno de los grupos, siendo la totalidad de sesiones programadas en el grupo de control y 14 en el experimental.

De los 14 cuidadores del grupo control que cumplimentaron el programa, un 78.6 % acudió a la totalidad de las sesiones, un 14.3 % a 3 sesiones y un 7.1 % a 2 sesiones.

En el caso de los 22 cuidadores del grupo experimental que la completaron, acudieron a 10 de las sesiones o más el 81.8 %.

Estos resultados muestran la alta participación en el programa, siendo especialmente destacable la cumplimentada por los cuidadores del grupo experimental, quienes, a pesar de la larga duración del programa, fueron muy regulares en la asistencia.

### **9.5.2 PREFERENCIA SOBRE LAS ESTRATEGIAS ENSEÑADAS**

Los cuidadores del grupo experimental fueron también interrogados sobre su preferencia en relación a las diferentes actividades de autocuidado enseñadas.

De entre ellas, las de relajación fueron las preferidas (50 %), seguidas de las autoposturas (31.8 %) y los automasajes (18.2 %).

Dentro de los autocuidados centrados en la relajación, la mayor preferencia fue hacia los de contracción-relajación (50 %), seguidos de las respiraciones (36.4 %) y de la relajación pasiva (14.6 %).

Sobre las autoposturas cabe destacar que la preferida por los participantes fue la de "rana al aire con insistencia en miembros inferiores" (50 %), seguida por la de "rana al suelo con insistencia en miembros superiores" (22.7 %). Las autoposturas de "rana al aire con insistencia en miembros superiores" (18.2 %) y "rana

al suelo con insistencia en miembros inferiores” (9.1 %) fueron las peores valoradas.

Con respecto a los diferentes automasajes, el protocolo centrado en la cara y columna fue el de mayor aceptación (54.5 %), seguido por el dedicado a los miembros superiores (27.3 %) e inferiores (18.2 %).



# DISCUSIÓN

# 10

## 10.1 MUESTRA DE ESTUDIO

La muestra objeto de estudio de esta investigación quedó finalmente conformada por 36 cuidadores, todos ellos familiares de pacientes afectados por algún tipo de demencia.

No podemos obviar que, a pesar de los esfuerzos realizados para alcanzar un número más amplio de participantes, nuestra muestra es pequeña, lo cual constituye un problema común de las intervenciones realizadas en este ámbito.

Esta dificultad, que tiende a ser aún más acuciante en las fases de seguimiento de las intervenciones (Brodaty, Green y Koschera, 2003), está relacionada con la falta de tiempo disponible por los cuidadores informales, lo que ocasiona que, aunque conozcan su existencia, les resulte complicado beneficiarse de ellas o las abandonen en un alto porcentaje.

Dicha muestra presenta unas características sociodemográficas que la determinan, que forman parte de los factores personales comprendidos dentro del contexto en el que se desarrolló la investigación.

El resumen del análisis de dichas características presenta la figura de un cuidador informal, mayoritariamente de sexo femenino (86.1 %), con una edad media de 58.55 años (DS=9.41), que es hija (54.8 %) o cónyuge (32.3 %) del familiar receptor de los cuidados y que tiene un cierto nivel educativo (estudios de segundo grado en 52.8 % de los casos).

La imagen de un cuidador familiar de sexo femenino, que estaría configurada dentro del modelo de cuidado intergeneracional clásico respecto a la tradicional dedicación de las mujeres, es coincidente con la mostrada en la última Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) realizada en nuestro país (INE, 2008) y en la mayoría de investigaciones en este ámbito, algunas de las cuales han presentado porcentajes por encima del 80 % (Ballester Ferrando, Juvinyà Canal, Brugada Motjé y Doltra, 2006; Losada Baltar,

Izal Fernández de Trocóniz, Montorio Cerrato, Márquez González y Pérez Rojo, 2004; Madruga Vicente et al., 2009), tal y como también sucede en nuestro caso.

En relación a la edad y el parentesco de los participantes, hemos encontrado estudios que presentan datos similares a los nuestros respecto a la edad media (Santiago Navarro, Lopez Mederos y Lorenzo Riera, 1999; Slachevskya et al., 2013) y un mayor porcentaje de hijas que de esposas (Muñoz-Cruzado y Barba, 2007); otros, en cambio, son discrepantes, pues presentan muestras con edades más elevadas (Rodríguez Ponce, 2010), o cónyuges mayoritariamente (García Ocaña, Saíz Vinuesa, Gómez Robles y López de Castro, 2007).

Respecto a la edad de los participantes, nos parece interesante comentar el notable porcentaje de participantes con más de 65 años de edad (41.7 %), lo cual confirma lo expuesto por Kramer y Thompson (2002) a propósito de un número cada vez mayor de cuidadores adultos mayores en asumir estas labores, al ser una de las figuras más accesibles para ello.

Sobre el nivel educativo, hemos encontrado intervenciones que han presentado muestras con niveles un poco más bajos (Manso Martínez, Sánchez López y Cuéllar Flores, 2013). Respecto a esta característica sociodemográfica, cabe mencionar que, al estar conformada nuestra investigación por población ciertamente mayor, este resultado no era el inicialmente esperado. Esto podría ser debido a que los cuidadores con una cierta formación educativa tengan menos reparo a la hora de buscar ayuda y acompañamiento de otros a través de los movimientos asociacionistas, que son los que han canalizado la realización de este proyecto.

En un estudio realizado en un entorno similar al nuestro (Comunidad Autónoma de Castilla y León), Pérez Peñaranda (2006) presentó un porcentaje más elevado de cuidadores con nivel universitario, aunque su estudio se desarrollaba en Salamanca, una ciudad con trayectoria histórica en este ámbito.

Como parte del contexto en el que se desarrolla la vida de los participantes, también se analizaron otros dos *factores personales*: la sobrecarga percibida por las tareas de cuidado prestadas, que ha sido considerada dentro de esta investigación un *factor asociado al riesgo* de deterioro de la CVRF, y el tiempo dedicado a actividades de autocuidado, entendido como factor protector.

Sobre la percepción de sobrecarga por los cuidadores, es de destacar que un 56 % de ellos refirió un nivel alto-intenso (puntuación entre 56-110) y un 33 % mostró un nivel leve (puntuación 47-55). Respecto al porcentaje de cuidadores informales con sobrecarga alto-intensa, hemos encontrado estudios que muestran datos similares o incluso más elevados: 55.5 % (Alonso-Babarro et al., 2005), 62.9 % (Slachevskya et al., 2013) y 83.3 % (Serrano-Aguilar, Lopez-Bastida y Yanes-Lopez, 2006).

La media en la puntuación total de sobrecarga en los cuidadores de nuestro estudio, fue de 60 (DS=13.37), siendo estos valores similares a los de Manso Martínez et al. (2013). Esta investigación presentó asimismo otras similitudes a la nuestra, ya que, además de haber sido realizada en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, mostró niveles superiores para las mujeres en esta variable.

A propósito de la presencia de puntuaciones de sobrecarga más elevadas en este género, nos gustaría recordar lo defendido por autores como Pinquart y Sorensen (2006) respecto a que las diferencias por sexo encontradas en la mayoría de las investigaciones con cuidadores están sobreestimadas, interviniendo en su magnitud diversas razones metodológicas. Una de las comentadas es que la mayor parte de ellas presentan un mayor porcentaje de mujeres en las muestras, tal y como aquí también ha sucedido, ya que estas son las que asumen habitualmente el rol de cuidadoras. Es por ello por lo que se suelen encontrar diferencias cuando la comparación se establece entre cuidadores de ambos sexos.

También es de reseñar la relación observada entre la sobrecarga percibida por el cuidador y la capacidad funcional del familiar receptor de los cuidados (índice de Barthel), de manera que los participantes que atendían a familiares más dependientes se manifestaron más sobrecargados.

Este hallazgo es coincidente con algunos estudios (Ginsberg, Martínez, Mendoza Ferrás y Pabón Dávila, 2005; Mohamed, Rosenheck, Lyketsos y Schneider, 2010), pero no con otros (Coen, Swanwick, O'Boyle y Coakley, 1997; Manso Martínez et al., 2013), lo que puede ser explicado por el uso de diferentes escalas para valorar los diferentes dominios funcionales. Otro motivo puede ser la diferente fase evolutiva en que se encuentra la enfermedad de los familiares atendidos, justificándose el hallazgo de una correlación negativa, como es nuestro caso, en la ma-

yor carga que puede suponer para el cuidador atender a un familiar que se encuentra en los primeros estadios de su enfermedad, debido a su inexperiencia. Esta relación con el grado de dependencia funcional de los familiares atendidos se produjo respecto a la sensación de carga general ( $r:-0.333$ ) y en los aspectos que se refieren a los efectos que tiene para el cuidador la prestación de las tareas/impacto ( $r:-0.384$ ), no viéndose, sin embargo, influenciado respecto al trato con el familiar receptor de los cuidados (interpersonal), o con las creencias y expectativas sobre su capacidad para prestar los mismos (incompetencia).

Acerca de la dedicación/implicación semanal a actividades de autocuidado ligadas al ejercicio, considerada en esta investigación un *factor protector* frente al deterioro de la CVRF, se observó una media de  $95.42 \pm 83.64$  minutos/semana.

Respecto a la expresión de esta dedicación/implicación en categorías, cabe destacar que un 36.1 % de los cuidadores manifestó que no invertía nada de tiempo; un 5.6 %, que dedicaba menos de 1 hora; y un 58.3 %, más de una hora.

Aunque existe por tanto un importante grupo de cuidadores que se muestra cierta implicación en su autocuidado, pensamos que afirmar que este dato determina un estilo de vida muy activo frente al autocuidado resultaría aventurado, ya que los parámetros que en la actualidad establecen dicha conceptualización hacen referencia a la práctica de actividad física en sus modalidades más clásicas (aeróbico, fuerza, flexibilidad) (Organización Mundial de la Salud, 2010) y no en aquellas más ligadas a la relajación/manejo de estrés.

También nos gustaría aclarar que no hemos podido comparar los datos aquí presentados con los de otras intervenciones psicoeducativas que han analizado esta variable (Boise et al., 2005; Kuhn et al., 2003; Savundranayagam y Brinrnall-Peterson, 2010; Won et al., 2008), ya que estas muestran datos relativos a la práctica de actividad física (aeróbico, fuerza, etc.), de manejo del estrés y de relajación de manera separada, ya sea en porcentajes o a partir de la frecuencia empleada en cada una ellas (número de veces por semana).

A pesar de no poder establecer comparativas, queremos comentar los datos presentados por Boise et al. (2005), con medias de 2.05 veces/semana para el ejercicio y 1.29 para relajación, y por Won et al. (2008), que presentó un 42.7 % y

un 25.8 % de cuidadores que dedicaban una hora o más al ejercicio y a la relajación/manejo del estrés respectivamente.

De la muestra objeto de estudio también se investigó acerca de otro tipo de factores que hacen referencia al ámbito contextual, los *ambientales*, y entre los cuales se contemplaron las características sociodemográficas del familiar receptor de los cuidados (sexo, edad, tipo de deterioro) y las características generales de la propia situación de cuidados (responsabilidad en el cuidado, ocupación, tiempo dedicado al rol de cuidador y grado de deterioro funcional).

A propósito del perfil sociodemográfico de los familiares atendidos, cabe destacar que un 58.3 % de los receptores de los cuidados eran mujeres y un 41.7 % hombres, que un 66.7 % de los casos tenían de más de 75 años y que padecían mayoritariamente algún tipo de demencia (97.2 %).

En relación a estas características sociodemográficas de los familiares receptores de los cuidados, hemos encontrado estudios que presentan datos similares respecto a la edad (Conde-Sala, Garre-Olmo, Turró-Garriga, Vilalta-Franch y López-Pousa, 2010; Slachevskya et al., 2013) o el contexto de atención a cuidadores de pacientes con problemas de demencia (García Ocaña et al., 2007; Pérez Peñaranda, 2006), mientras que otros, sobre todo los dirigidos desde el ámbito de la fisioterapia/rehabilitación, difieren al incluir cuidadores de pacientes infantiles o de adultos que han sufrido trastornos diferentes a la demencia, principalmente accidentes cerebrovasculares (Hirsch et al., 2014; Narekuli et al., 2011).

En cuanto a las otras características relativas al ambiente, las que hacen referencia a la situación general de cuidados, hemos encontrado diferencias respecto a la *ocupación* de los participantes, de manera que un 61.1 % de los casos compatibilizaban las tareas de cuidado de su familiar con la realización de actividades remuneradas.

También es de destacar el alto porcentaje de cuidadores (86.7 %) que continuaban realizando actividades laborales remuneradas tras haber alcanzado la edad propia de jubilación, pudiendo estar este hecho relacionado con una crisis económica ya en ciernes en el año de inicio de este proyecto (2008-2009), que ha provocado que miembros del grupo familiar con una cierta estabilidad laboral hayan tenido que seguir aportando a la misma recursos económicos.

Dentro de estas características que hacen referencia a la situación de cuidados, también se analizó la variable *tiempo dedicado al rol de cuidador*, que Montgomery y Kosloski (2000) representa uno de los aspectos fundamentales a analizar dentro de las investigaciones en el ámbito del cuidado informal.

A este respecto hemos observado que los participantes de nuestra muestra llevaban realizando tareas de cuidado continuado de sus familiares durante una media de 72.67 meses, lo que resulta una dedicación más alta que los 63.2 meses mostrados en el estudio de Martín-Carrasco et al. (2013).

A propósito de este tiempo dedicado a las tareas de cuidado continuado, cabe destacar que un 36.1 % de cuidadores llevaba realizándolas menos de 60 meses, un 44.4 %, entre 60-120 meses, y un 19.4 %, más de 120 meses. Este dato se asemeja al mostrado por Kuhn et al.(2003), con un 21.5 % de cuidadores con más de 120 meses de dedicación a dichas tareas, pero difiere ligeramente respecto a las otras dos categorías, con un 31 % entre 60-120 meses y 47.6 % para menos de 60 meses.

En relación a la capacidad funcional de los familiares atendidos, se observó que en un 58.3 % de los casos eran dependientes en un grado importante (total y severo). También se encontró que 6 de ellos eran independientes, pudiendo estar este hecho relacionado con la escasa capacidad del instrumento de medida utilizado (índice de Barthel) para detectar un deterioro en ciertos niveles del estado funcional.

Con el fin de dar respuesta a la primera hipótesis planteada en el apartado de métodos, que afirmaba que los cuidadores de la muestra mostrarían peor calidad de vida y función, tanto en el ámbito psicológico como físico, que la población general de referencia, se realizó un estudio de las variables relativas a la CVRF.

Respecto a la dimensión *calidad de vida* observamos niveles inferiores, tanto para la puntuación sumario salud física (PCS=43.45±9.14) como en la mental (MCS=44.10±10.83), a los mostrados por Gandek et al. (1998) para población española entre 55-64 años (PCS=46.97±10.21 y MCS=49.13±10.50).

Esta baja percepción respecto a la calidad de vida, sobre todo la que hace referencia al perfil mental, también ha sido expuesta en otras muestras de cuidado-

res informales de pacientes con demencia, habiendo sido ésta determinada a partir del uso del mismo instrumento de medida que nosotros, el SF-12 (Kim, Chang, Rose y Kim, 2012; McConaghy y Caltabiano, 2005), o de la versión más extendida, el SF-36 (Martín-Carrasco et al., 2013).

A propósito de investigaciones que han empleado el instrumento SF-12 con cuidadores informales, nuestros resultados son peores que los de Conde-Sala et al.(2010) y Fauth et al.(2012) para ambos perfiles de salud (físico y mental), peores para salud física pero mejores para salud mental (López Martínez, 2005), o similares en la física y peores en la mental (Rodríguez Ponce, 2010).

Respecto a la *calidad de vida* de los participantes en nuestro estudio y los *factores ambientales*, sólo se observaron diferencias significativas en relación a la *ocupación*, de manera que los cuidadores que se dedicaban en exclusiva a las tareas de cuidado presentaban mejor salud física que los que desarrollaban además una actividad laboral remunerada. Nosotros pensamos que este aspecto puede ser debido al cansancio asociado al trabajo fuera del hogar, ya que no se observaron correlaciones significativas respecto a un menor tiempo dedicado al autocuidado.

La valoración de la dimensión *funcionamiento* incluyó como primer paso el análisis del ámbito psicológico de los participantes, tanto desde su perspectiva más positiva (bienestar psicológico) como desde la negativa (ansiedad).

Para el *bienestar psicológico* se observaron puntuaciones para todas las escalas por debajo de las referenciadas, tanto en población española general (Bilbao et al., 2011), como en muestras con un alto porcentaje de individuos de más de 66 años (73.2 %) (De-Juanas Oliva, Limón Mendizábal y Navarro Asencio, 2013).

En la escala *autonomía*, se observaron diferencias en relación factor ambiental que analizaba el *tiempo dedicado al rol de cuidador*, de manera que los participantes que llevaban realizando dichas tareas durante más tiempo (más de 120 meses), se sentían con más independencia que los que las habían desarrollado durante menos de 60 meses.

La explicación a este hecho puede estar en la "hipótesis de la adaptación", la cual plantea que, a pesar del progresivo deterioro del familiar al que se atiende, el cuidador aprende a adaptarse a la situación, llegando a sentirse más autónomo al

cabo de un tiempo. Esto ha sido corroborado por la relación significativa observada entre esta escala y la dependencia funcional del familiar atendido, de manera que a menor independencia de este último, mayor autonomía de la persona que lo asiste (s:-0.398).

A propósito de la variable que representa el aspecto más negativo del funcionamiento psicológico, la *ansiedad*, nuestro estudio presenta datos que, sin tener en cuenta distinción según el sexo, reflejan menos ansiedad (AE: 23.06±8.63) y una propensión ansiosa más baja (AR: 24.61±8.61) que los presentados por Gandoy et al. (1999) y Méndez, Giraldo et al. (2010) en su estudio con cuidadores.

Al analizar los valores para esta variable según el sexo, hemos observado que tanto las mujeres (AE: 24.10±8.31 y AR: 25.23±8.39) como los hombres (AE: 16.60±8.59 y AR: 20.80±9.93) mostraron valores más altos que los indicados para población española adulta (AE: 18.20±11.62 y AR: 23.35±10.60 para el sexo femenino y AE: 15.87±9.92 y AR: 18.96±10.00 para el masculino) por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). A propósito de dicho estudio nos gustaría comentar otro hallazgo que también se encontró en nuestra investigación y que hace referencia a una mayor capacidad (p: 0.014) de los hombres para activarse de manera positiva, animarse y sentirse con mayor satisfacción y confianza en sí mismos (factor negativo de la ansiedad estado).

El funcionamiento físico de los participantes fue analizado a partir de dos indicadores, la flexibilidad/movilidad y la alineación postural.

Respecto a los resultados observados para la flexibilidad del tren superior, cabe mencionar que las mujeres cuidadoras presentaron valores más elevados (-4.54±9.59 cm) que los hombres (-14.60±8.43 cm) y que, estas diferencias se encuentran entre el 20-40 % superior esperado para las mujeres por encima de los 60 años (Araújo, 2008).

Los valores que hemos presentado en ambos sexos fueron más bajos que los de otros trabajos con muestras de edades similares como el realizado por Rikli y Jones (1999) o Milanović et al. (2013), los cuales también mostraron una flexibilidad significativamente mayor en las mujeres.

Para los valores de la flexibilidad en los miembros inferiores-zona lumbar, la muestra alcanzó medias de  $-5.03 \pm 9.35$  cm, no apreciándose diferencias significativas según el sexo. Otros estudios realizados en población adulta mayor sí encontraron, sin embargo, valores superiores en las mujeres (Lemmink, Kemper, de Greef, Rispen y Stevens, 2003; López-Miñarro, Sainz de Baranda Andújar, Yuste Lucas y Rodríguez García, 2008).

El estudio de la alineación postural incluyó la medición de dos flechas sagitales, la cervical y la lumbar, las cuales mostraron valores medios de  $8.37 \pm 2.67$  cm y  $5.68 \pm 1.919$  respectivamente.

Respecto a este indicador de la función física, hemos de comentar que no hemos encontrado ningún estudio reciente que nos permitiera la comparación de estos valores con otros de referencia en población adulta mayor.

Es por ello por lo que, teniendo en cuenta la tendencia cifótica del adulto mayor, hemos decidido considerar como referencia para el análisis de nuestros datos lo indicado por Troisier (1989), que determina valores de normalidad de entre 6-12 cm para la flecha cervical en espaldas redondeadas y de 3-4 cm para la región lumbar.

Según estas referencias, los participantes de nuestra muestra presentaron un aumento de la curvatura lumbar, de manera que el porcentaje de individuos con valores por encima de la media (83.3 %), es decir, que presentaban hiperlordosis lumbar, es inferior al del estudio de Yuing et al. (2010), el cual ha demostrado también la validez de este método de evaluación, a partir de la concordancia mostrada entre la flecha lumbar y mediciones radiológicas para dicha región.

Los resultados de la valoración de la curva lumbar presentan en las mujeres valores superiores que en los hombres. Dichos resultados coinciden con los encontrados en un amplio número de estudios, entre los que cabe destacar los realizados por los fisioterapeutas Youdas (Youdas, Garrett, Harmsen, Suman y Carey, 1996) y Sahrman (Norton, Sahrman y Van Dillen, 2004).

Todos estos resultados respecto a las variables relativas a la CVRF van a permitir confirmar la primera hipótesis, que afirmaba que los cuidadores de nuestra muestra mostrarían peores niveles que la población general de referencia.

En relación a la muestra objeto de estudio, también se realizó un análisis estadístico tradicional de correlaciones con el fin de poder dar respuesta a las dos siguientes hipótesis planteadas.

Dentro de la segunda hipótesis postulamos que los cuidadores que se percibieran con más sobrecarga serían los que presentarían peor calidad de vida y niveles más bajos de funcionamiento, tanto a nivel psicológico como físico.

Con ello también buscábamos verificar el papel de la sobrecarga percibida como *factor asociado al riesgo* de deterioro de la CVRF y, por ende, de una cierta "vulnerabilidad" de los cuidadores.

Este análisis confirmó la relación entre la *sobrecarga percibida* y las dos dimensiones de la *calidad de vida* (física y mental), así como con determinados aspectos del funcionamiento psicológico, tanto positivo (*dominio del entorno* y *propósito en la vida*), como negativo (*ansiedad-estado* y los dos *factores negativos-estado* y rasgo-de la ansiedad).

A propósito de otras investigaciones en las que también se hayan analizado las relaciones entre la sobrecarga percibida, la calidad de vida y el funcionamiento psicológico, nos gustaría destacar la realizada por McConaghy y Caltabiano (2005).

Respecto a los resultados mostrados en este estudio para la *sobrecarga percibida* y las dimensiones de *la calidad de vida*, medidas con los mismos cuestionarios que nosotros (Zarit y SF-12), hemos observado coincidencia respecto a la significatividad encontrada con la dimensión *salud mental*, pero no para la física.

Sobre la relación entre la *sobrecarga percibida* y el *bienestar*, cabe resaltar que en el trabajo de McConaghy y Caltabiano, esta fue medida con la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), lo que hace imposible realizar una comparación fiable y sistemática con nuestros datos, al ser esta una medida específica para el bienestar subjetivo.

Aun así, nos gustaría destacar la correlación mostrada en nuestra muestra entre la *sobrecarga* y una de las dos dimensiones más ligadas al bienestar subjetivo dentro del cuestionario de Ryff, el *dominio del entorno* ( $r:-0.391$ ).

Para la *sobrecarga percibida* y la *ansiedad* se ha observado coincidencia entre nuestros datos y los de García-Alberca et al. (2012), quienes, además de la correlación significativa con la subescala-estado, medida con el cuestionario STAI, han demostrado el papel “mediador” sobre estas variables y también sobre la depresión, de determinadas estrategias de afrontamiento.

Los estudios de Vitaliano, Russo, Young, Teri y Maiuro (1991) y los recientes de Manso et al. (2013) y Guedes y Pereira (2013), también han demostrado correlaciones significativas entre la sobrecarga y la ansiedad, aunque todos ellos utilizaron instrumentos de medida diferentes al nuestro, como son, respectivamente, el cuestionario de 90 síntomas revisados, la escala de ansiedad del *HADS* (Hospital Anxiety and Depression Scale) y la subescala para la ansiedad del DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales).

Sobre las correlaciones significativas para la función física, los hallazgos más destacados son los que hacen referencia a la alineación lumbar, la cual se relacionó con la *sobrecarga*, tanto en lo que respecta a la percepción global, como en sus dimensiones *impacto* e *interpersonal*, y con la dimensión *salud mental* (MCS) de la calidad de vida. Estos datos, aunque deben ser considerados con cautela y avalados por otras investigaciones, parecen presentar la zona lumbar como una región especialmente sensible al reflejo de influencias entre el soma y la psique.

Los resultados observados respecto a la *sobrecarga* van permitir confirmar la segunda hipótesis solo parcialmente, ya que, aunque dicha variable se ha mostrado relacionada con la calidad de vida y algunos aspectos del funcionamiento psicológico, apenas se ha expresado así respecto al funcionamiento físico.

A propósito de este resultado y teniendo en cuenta el enfoque que deriva de la gestión de riesgo frente a desastres expuesto en el capítulo 5, va a ser posible confirmar el papel de la *sobrecarga* como “medida de expresión” de la *vulnerabilidad* de los individuos respecto a la calidad de vida y ciertas medidas de función psicológica, estando por el contrario muy poco vinculado como tal respecto a la dimensión física.

En relación al factor protector analizado, la *dedicación/implicación al autocuidado*, es de reseñar el vínculo mostrado con el ámbito psicológico de la CVRF, a partir de los resultados significativos observados con el perfil de salud mental (pun-

tuación MCS del SF-12), el estado de ansiedad (incluido su factor negativo), y de manera destacada con el bienestar psicológico, con el que se relaciona de manera positiva para todas las escalas, excepto la de *autonomía*.

Dicho factor, se relaciona además con el otro de tipo personal analizado, la sobrecarga (asociado al riesgo), aunque sólo respecto a la dimensión que hace referencia a la percepción que el cuidador tiene acerca de su relación con el receptor de cuidados/interpersonal (S:-0.370).

Es por ello que todos estos datos nos llevan a confirmar la tercera hipótesis solo parcialmente, ya que, a pesar de que este *factor protector* se relaciona con ciertos aspectos del ámbito psicológico, y con otro de los factores personales evaluado en la investigación, la sobrecarga percibida, apenas se establece esa relación respecto a lo físico.

Desde el enfoque que deriva de la gestión de riesgo frente a desastres (Vitaliano et al., 1991), y en relación a los resultados observados respecto a la segunda y tercera hipótesis, también va a ser posible confirmar la relación entre la "vulnerabilidad" (sobrecarga percibida) y los "recursos" (dedicación al autocuidado) de los cuidadores, con ciertos aspectos de su CVRF.

## **10.2 EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN**

Además de lo ya analizado, este trabajo pretendía valorar el impacto que las intervenciones llevadas a cabo, han provocado en los cuidadores informales, con el fin de colaborar en la necesaria investigación acerca de terapéuticas que puedan ser útiles dentro de este ámbito.

Con esta finalidad, se llevó a cabo un análisis de los cambios sucedidos, gracias a las intervenciones, en las principales variables de estudio consideradas susceptibles de ser modificados (sobrecarga percibida, dedicación/implicación en autocuidados, variables ligadas a la CVRF, satisfacción con el tratamiento).

Respecto a la intervención centrada en el entrenamiento en autocuidados específicos (grupo experimental), nos gustaría comentar en primer lugar los efectos beneficiosos producidos a corto plazo, es decir, al terminar las sesiones.

En relación a la *sobrecarga percibida*, único factor asociado al riesgo estudiado, cabe destacarse un 31.8 % de incremento respecto al porcentaje de participantes que, al acabar las sesiones, referían no sentir dicha sobrecarga y una reducción del 18.2 % en los que la calificaban como intensa.

Esta mejoría respecto a la sobrecarga se produjo tanto en la puntuación global y en la dimensión que conceptualmente estaría más cercana a la carga objetiva (impacto), como en las que, al hacer referencia a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, estarían próximas a su percepción más subjetiva (interpersonal e incompetencia).

No habiendo encontrado intervenciones psicoeducativas similares planteadas en el ámbito de la fisioterapia o rehabilitación con las que poder comparar de manera objetiva las mejorías observadas en esta *sobrecarga percibida*, sí que nos gustaría hacer notar que estas no están en consonancia con lo defendido por Zabalegui et al. (2008), quienes la consideran una de las variables sobre las que las intervenciones de ayuda a los cuidadores obtienen un menor impacto.

Este entrenamiento en autocuidados específicos también resultó ser eficaz para mejorar el *factor personal* contemplado a lo largo de la investigación como protector frente al deterioro de la CVRF, la *dedicación/implicación al autocuidado*, el cual se vio incrementado en 73 minutos más a la semana, es decir, casi una hora y cuarto.

Otras intervenciones psicoeducativas realizadas con cuidadores informales también consiguieron aumentar la dedicación de los participantes en actividades de autocuidado. Entre ellas nos gustaría señalar las planteadas por Won et al. (2008), que mostró mejorías entre los cuidadores que dedicaban una hora o más al ejercicio y a la relajación del 22.8 % y del 8.8 % respectivamente, y la realizada por Kuhn et al. (2003), que logró incrementos de un 69.2 % y un 40.9% respectivamente entre cuidadores adultos jóvenes que dedicaban una hora o menos a dichas actividades.

A pesar de disponer de estos estudios como referencia, no hemos comparado nuestros resultados con los presentados en ellos, al haber presentado éstos cálculos respecto a porcentajes. En este sentido nosotros hemos preferido seguir la recomendación realizada en el último de los estudios mencionado, a propósito de

cuantificar directamente el número de minutos semanales dedicados, y al igual que se está llevando en la actualidad en investigaciones orientadas al análisis del tiempo invertido en actividades relacionadas con la salud (Islam, McRae, Yen, Jowsey y Valderas, 2015).

La intervención basada en el entrenamiento en autocuidados también favoreció el funcionamiento psicológico de los participantes, especialmente el más positivo, puesto que, tras las sesiones, se sintieron más autónomos y con mayor aceptación hacia sí mismos.

Gracias a dicha entrenamiento, también se vieron incrementadas las dos escalas del bienestar que representan el desarrollo del potencial humano de la manera más genuina: el *propósito en la vida* y el *crecimiento personal*.

Este es un resultado muy interesante ya que demuestra cómo dicha intervención consiguió modificar una característica importante de ambas escalas: su tendencia a disminuir de la edad mediana a la vejez (Ryff, 1989; Triadó et al, 2005).

A partir de este mayor bienestar alcanzado y teniendo en cuenta los resultados del trabajo de Tomás, Meléndez y Navarro (2008), que analizó los efectos conjuntos del bienestar, tanto subjetivo como psicológico, es posible afirmar que la intervención en autocuidados específicos ha logrado que los cuidadores se sintiesen con mayor satisfacción vital y con una percepción más elevada respecto al desarrollo de sus capacidades y crecimiento personal.

En lo que respecta al funcionamiento psicológico negativo, es decir, la ansiedad, observamos que los participantes del grupo experimental se manejaron en la vida que se sucedió al acabar las sesiones desde una personalidad menos ansiosa (ansiedad-rasgo) y con menos sentimientos de melancolía, desesperanza o incapacidad (ansiedad-rasgo afirmativo).

En relación a la otra escala de la ansiedad, también se observaron cambios, que pensamos que son reseñables por sus valores próximos a la significación, tanto en lo que respecta al propio estado de ansiedad ( $p: 0.067$ ), como en la activación positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza en sí mismos (ansiedad-estado negativo) ( $p: 0.063$ ).

A partir de los resultados alcanzados en el funcionamiento psicológico, fundamentalmente en lo que respecta al ámbito más positivo (bienestar), y apoyándonos en la investigación realizada por Ostir, Markides, Black y Goodwin (2000) con adultos mayores, que concluye que la experiencia de emociones positivas protege a los mayores de la incapacidad y otros efectos negativos del envejecimiento, es posible afirmar que el desempeño de estrategias de autocuidado específico ha contribuido a un envejecimiento más satisfactorio de los cuidadores.

Con el trabajo desarrollado en la intervención basada en el entrenamiento en autocuidados específicos, también se alcanzaron mejoras en los dos indicadores del funcionamiento físico contemplados: la flexibilidad/movilidad y la alineación postural.

A este respecto, se observó una evolución positiva tanto en la flexibilidad/movilidad del tren superior como del inferior-tronco, como en la alineación postural, lográndose, a partir del trabajo realizado durante la fase presencial, una ligera corrección del adelantamiento de la cabeza y de la hiperlordosis lumbar.

Sobre la consecución de una postura más correcta, pensamos que esta ha sido debida a la mejora tanto de la extensibilidad de la cadena principal posterior como del control postural más automático, no descartando que se produjera una cierta activación del control neuromuscular de la musculatura anterior profunda a nivel cráneo-cervical (largo del cuello) y del "centro/core" (transverso abdominal, etc.).

La mejoría en la alineación de zonas sobre las que hemos trabajado, como, por ejemplo, la columna cervical, a partir de gestos que también son requeridos durante las autoposturas, como el de flexión cráneo-cervical, ha sido demostrada en diferentes investigaciones (Amstrong, McNair y Taylor, 2008; Jull, Falla, Vicenzino y Hodges, 2009), aunque en la nuestra no ha sido demostrado empíricamente.

Respecto a los resultados que hacen referencia a la fase autónoma/mantenimiento, es decir, en el desarrollo a largo plazo de la intervención basada en el entrenamiento en autocuidados, cabe destacar el mantenimiento de efectos beneficios que se habían alcanzado sobre la *sobrecarga percibida* y la *dedicación/implicación en autocuidados*.

Comparando los datos de esta fase con los de la evaluación inicial, también se observó que los participantes se sentían con más autoaceptación, propósito en la vida, activación positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza en sí mismos (estado-ansiedad negativo) y menos ansiosos (ansiedad-estado).

El hallazgo observado para la escala *autoaceptación*, uno de los principales indicadores del bienestar subjetivo, no estaría en consonancia con los resultados de Triadó, Villar, Solé y Osuna (2005), acerca de la escasa utilidad de esta escala y también de otras ciertamente ligadas al bienestar subjetivo, como el *dominio del entorno*, dentro de investigaciones que traten de promocionar comportamientos asociados al envejecimiento satisfactorio, al permanecer constantes dichas escalas durante la evolución de la edad madura a la vejez.

Respecto a los resultados observados al final de la etapa de mantenimiento también cabe destacar como, al ser solo los cuidadores los que vigilaban por su salud, se atenuaron los efectos alcanzados sobre la ansiedad-rasgo y se perdieron algunas de las mejoras que se habían alcanzado tras los entrenamientos, como, por ejemplo, las relativas a la alineación postural.

Respecto a los resultados alcanzados en la fase de mantenimiento, opinamos que, de manera general, pueden considerarse favorables, sobre todo teniendo en cuenta que la misma no contó con el apoyo del fisioterapeuta y del grupo y que se desarrolló en un entorno, el domicilio, que no facilita el trabajo autónomo del cuidador.

Lo observado en esta fase de mantenimiento está en consonancia con la conclusión de una revisión Cochrane sobre programas de ejercicio a domicilio, la cual muestra la buena adherencia de estos a largo plazo (Ashworth, Chad, Harrison, Reeder y Marshall, 2005).

En relación a todos estos resultados alcanzados en el grupo experimental y teniendo en cuenta postulados teóricos ya planteados en la capítulo 5, consideramos que la intervención basada en el entrenamiento en autocuidados específicos contribuyó a reducir el proceso de deterioro de los cuidadores de dos maneras: 1) mejorando aspectos concretos de la CVRF, tanto relativos al ámbito psicológico (mayor propósito en la vida, personalidad menos ansiosa, etc.) como al físico (mayor movilidad para llevar a cabo las AVD, etc.), 2) favoreciendo una mejor condi-

ción de los *factores personales* ligados a esta CVRF, tanto el *asociado al riesgo* (menor sobrecarga) como el ligado a la *protección* (mayor dedicación a conductas de autocuidado).

No obstante, no podemos obviar que la intervención basada en entrenamiento en autocuidados no logró provocar cambios, ni a corto ni a largo plazo, en la calidad de vida general de los cuidadores.

Cuando hechos así suceden, hay que plantearse, tal y como Soto Álvarez (2003) recomienda, si esto ha podido ser debido a que la intervención no haya tenido un efecto realmente beneficioso sobre esta, al tamaño pequeño de la muestra o a la selección de una medida de evaluación inadecuada debido a aspectos, como, por ejemplo, una baja sensibilidad a los cambios en muestras reducidas, tal y como parece ser el caso que nos ocupa (SF-12).

Esta falta de cambios va a hacer que solo sea posible confirmar parcialmente la cuarta hipótesis postulada, que afirmaba que los cuidadores que fueran entrenados en actividades específicas de autocuidado mostrarían un nivel de calidad de vida más elevado y un mayor funcionamiento, tanto psicológico como físico.

En el caso de los participantes en la intervención centrada en la comunicación de información sobre autocuidados (grupo control), solo se encontraron cambios en la escala *relaciones positivas* del bienestar psicológico y en los indicadores del funcionamiento físico relativos a la *flexibilidad*.

A propósito de las *relaciones positivas*, cabe destacar el descenso observado a la finalización de las sesiones, el cual puede ser debido a algunas de las condiciones de la intervención que no contribuyeron a favorecer una mayor conexión entre los participantes, como, por ejemplo, el número limitado de sesiones presenciales que la conformaban (cuatro sesiones) y su realización espaciada (una vez al mes). En este sentido, hay que tener en cuenta que el establecimiento de dichas relaciones era seguramente uno de los incentivos principales de los cuidadores para participar en el programa, sobre todo teniendo en cuenta el contexto rural en el que se desenvolvía la vida de los integrantes de este grupo (Comarca de la Maragatería y La Tierra de la Bañeza), con mayores dificultades para establecer relaciones de apoyo/ayuda.

A propósito de los efectos negativos no deseados en intervenciones realizadas sobre cuidadores, Zarit, Zarit y Reever (1982) explicaron el aumento significativo en la sintomatología depresiva al finalizar las clases como un efecto de la mayor "concienciación" de los cuidadores acerca de las limitaciones de sus familiares.

En los indicadores de *flexibilidad (tren superior e inferior-tronco)* se apreció una mejoría que creemos que pudo estar relacionada con el inicio de una práctica regular de ejercicios de estiramiento a partir de las demostraciones prácticas y con la incentivación realizada por la formadora, que vino a sumarse a la normal progresión resultante de la actividad física que un 50 % de los participantes realizaba antes de aceptar participar en nuestro programa.

El análisis estadístico tradicional de los datos finalizó con el estudio de correlaciones de los cambios observados con el programa realizado y que busca dar respuesta a la quinta hipótesis, según la cual los efectos positivos alcanzados sobre el CVRF con la intervención centrada en el entrenamiento en autocuidados específicos (grupo experimental), estarían relacionados con las mejoras alcanzadas sobre el *factor asociado al riesgo (sobrecarga percibida)* y sobre el "presuntamente" *protector (dedicación/implicación en autocuidado)*.

Los resultados de las correlaciones han determinado que las mejoras alcanzadas a corto plazo, es decir, entre la evaluación inicial y la realizada a la 18<sup>o</sup> semana (\_12), en las escalas *crecimiento personal* y *propósito en la vida* y para la flexibilidad/movilidad (tren superior e inferior) estaban relacionadas, respectivamente, con las conseguidas en la *sobrecarga percibida* (s:-0.423), el *impacto* que supone la atención de los familiares en las vidas de los cuidadores (r:-0.450) y las creencias y expectativas del cuidador sobre su propia capacidad para atender a la persona cuidada/incompetencia (r: 0.523 y r: 0.453 respectivamente).

De igual manera se comprobó que las mejoras alcanzadas a largo plazo, es decir, entre la evaluación inicial y la realizada a la 36<sup>o</sup> semana (\_13), en las variables *ansiedad-estado negativa* (s: 0.448) y *flexibilidad del tren superior* (s: 0.476), estaban relacionadas con el *tiempo dedicado al autocuidado* al finalizar las sesiones.

Basándonos en las relaciones significativas observadas para las mejorías alcanzadas gracias al entrenamiento en autocuidados, tanto a corto como a

largo plazo, solo va a ser posible confirmar en parte la quinta hipótesis, que postulaba que los cambios beneficiosos en las variables de resultados del constructo *CVRF* (independientes), estarían relacionados con las mejoras alcanzadas sobre la sobrecarga percibida y la dedicación al autocuidado (dependientes).

Observando los efectos de la intervención basada en el entrenamiento desde la visión del modelo multidimensional de Pearlin et al. (1990), es posible afirmar que las mejoras alcanzadas sobre los factores personales (sobrecarga percibida y dedicación al autocuidados), actuaron como “mediadoras”, aunque sólo de manera parcial, sobre los efectos positivos conseguidos en la *CVRF*.

Estos resultados pueden ser observados, de manera complementaria a lo anterior, a partir de la visión de la gestión frente a desastres presentada en el capítulo 5, y desde la que se contemplarían las mejoras alcanzadas a corto plazo sobre las escalas del bienestar psicológico y sobre la flexibilidad, como el resultado, en una gran parte, de la atenuación de parte de la vulnerabilidad de los cuidadores.

Desde esa misma visión también se confirmaría el papel del tiempo dedicado al autocuidado como “recurso” que, a largo plazo, contribuye al control del deterioro de ciertos indicadores de funcionalidad física (flexibilidad) y psicológica (ansiedad-estado negativo).

Aunque no lo hemos podido demostrar a nivel empírico, nuestra impresión es que, en las mejorías obtenidas por la intervención centrada en el entrenamiento en ejercicios de autocuidado específico, han podido actuar como “recursos” otras variables que no hemos controlado, como la *autoeficacia*, las *estrategias de afrontamiento* o el *apoyo social*.

Villamarín y Sanz (2004) defienden en este sentido que la autoeficacia puede actuar sobre la mejora/mantenimiento de la salud desde su modulación sobre el impacto emocional y sobre la reactividad fisiológica inducida por los estresores psicosociales.

Acerca de la autoeficacia, hay estudios realizados en el ámbito del cuidado informal (Contador, Fernández-Calvo, Palenzuela, Miguéis y Ramos, 2012; Laserna et al., 1997; Semiatin y O’Connor, 2012) y en contextos ligados a la rehabilitación (Barlow, 2010), que han confirmado su relación con el distrés (asociado a la ansie-

dad, la depresión o la sobrecarga), el funcionamiento físico y las actividades de autocuidado, lo que demostraría que, a partir de ella, se puede influir positivamente en la salud de los individuos.

Este hipotético papel modulador de la autoeficacia dentro de nuestra investigación podría ser sustentado desde la *teoría de la doble consecuencia de Bandura* (1988), que sostiene que algunas emociones, como puede ser la ansiedad, se encuentran poco relacionadas con la "conducta de huida" y mucho con el juicio de la propia ineficacia, por lo que la mejora de esta última repercutiría positivamente en la primera.

A partir de esta teoría, que está muy ligada a la cognitivo social (Bandura, 1999), y a la del estrés de Lazarus (1984), sería posible entender también el probable papel desarrollado por las estrategias de afrontamiento en las mejoras alcanzadas en algunas variables de esta investigación, ya que a mayor capacidad de afrontamiento de la situación estresante (cuidado del familiar), menor intensidad de determinadas emociones negativas, como es la sobrecarga, y de respuestas perjudiciales sobre la salud con ella relacionadas (ansiedad, etc.).

En relación a alguna de las variables empleadas en esta investigación, cabe destacar el estudio de Valdés y Arroyo (2002), los cuales demostraron la vinculación entre la ansiedad rasgo y las estrategias de afrontamiento de huida-avoidancia, observando que cuanto más marcada es la personalidad ansiosa, más elevado es el uso de estrategias evitativas. Este hallazgo, junto con lo afirmado por Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol (2012) sobre las consecuencias positivas, como, por ejemplo, una personalidad más resistente, que supone el aumento del fomento de estrategias activas de afrontamiento en el cuidador, podría contribuir a explicar la rápida mejoría observada en la ansiedad rasgo tras las sesiones realizadas en el grupo experimental.

Para Matsuda (1995), la "estrategia de evitación-huida" estaría asociada a una mayor sobrecarga con los cuidadores, llegando a afirmar que la influencia de las estrategias de afrontamiento (en general) sobre esta es superior incluso a la de los trastornos de conducta y a la gravedad del deterioro cognitivo de los familiares. En este sentido, Artaso et al. (2003) han demostrado que las estrategias de afrontamiento "huida-avoidancia" explican un 41 % de la variabilidad en la sobrecarga del

cuidador y suponen, por cada unidad de incremento, un aumento de esta en un 53 %.

Acerca del empleo de estrategias de afrontamiento por parte de los cuidadores informales, Flores Valdivia y Arcos Náquira (2011) han descubierto que los que utilizaban estilos centrados en la emoción, como es la aceptación (reinterpretación positiva, aceptación, acudir a la religión, etc.), presentaban menor sobrecarga que aquellos que empleaban estilos centrados en la percepción (enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y mental).

A propósito de investigaciones que han analizado variables relacionadas con el funcionamiento psicológico positivo, cabe destacar la realizada por Pushkar-Gold et al. (1995), quienes han asociado un mayor bienestar psicológico a respuestas de afrontamiento caracterizadas por una mayor utilización de estilos centrados en el problema.

El hecho de que, durante la fase de entrenamiento de la intervención basada en el entrenamiento en autocuidados específicos, se haya visto favorecida (valores próximos a la significación) la escala relaciones personales del bienestar psicológico nos hace pensar que ciertas mejoras en variables con ella relacionadas, como, por ejemplo, el apoyo social, también hayan podido contribuir en las mejoras observadas sobre los efectos del cuidado sobre la CVRF, como sobre el factor asociado al riesgo y de protección, estudiados.

Para Whisman, Miller, Norman y Keitner (1995), el acceso a las redes sociales y el establecimiento de relaciones interpersonales se relaciona con la salud, el bienestar psicológico y la calidad de vida, a merced de aspectos como el efecto amortiguador del impacto producido por el estrés.

Para Miller et al. (2001), el apoyo social es uno de los elementos que más protegería frente a él.

González-Cabanach (2007) también relaciona el estrés y la búsqueda de apoyo social y considera que el recurrir a la red social con objetivos como el encontrar apoyos, ya sea de tipo afectivo (estrategia centrada en las emociones) o informativo/instrumental (estrategia centrada en el problema), debe ser considerado una estrategia mixta de afrontamiento.

La importancia de las redes de apoyo como elementos básicos, y en nuestra opinión diferenciadores de los programas de educación en la autogestión, también ha sido apoyada por autores como Lorig et al. (2001), quienes defienden su papel para conseguir cambios de comportamiento en los pacientes, tanto en las fases de iniciación como en las de mantenimiento.

Finalmente, el análisis de la eficacia de las intervenciones realizadas incluyó una serie de aspectos que hacen referencia a su implementación.

A propósito de la participación, nos gustaría destacar que, aunque el programa haya contado con un número limitado de participantes, la tasa de abandono fue solo del 20 %, lo que, de acuerdo con los criterios de Peacock y Forbes (2003), que señalan que si abandona más de un 20 % el estudio suspende, otorgaría a nuestra investigación una validez moderada.

Consideramos que, dentro de este reducido número de abandonos, es un hecho especialmente destacable el comportamiento del grupo experimental (entrenamiento en autocuidados específicos), ya que, a pesar de ser la intervención más larga (14 semanas) y de más exigencia (entre 60-90 minutos de duración cada sesión), sufrió muy pocas bajas (2).

Respecto a la participación en el programa, es importante comentar los altos valores obtenidos en ambos grupos, con un 81,8 % de cuidadores que asistieron al menos a 10 sesiones en el experimental (sobre un total de 14 proyectadas en un principio) y un 78.6 % de cuidadores que acudieron al total de sesiones (4) que se plantearon para el control.

En nuestra opinión, este elevado nivel de asistencia en las sesiones se debe a las siguientes razones:

- El programa fue realizado bajo el amparo de las asociaciones de familiares de referencia.
- El participante se encuentra fuera del domicilio familiar: el cuidador no es interrumpido por las necesidades del enfermo y las sesiones suponen un momento de respiro para el cuidador.
- La intervención tuvo un desarrollo grupal: el grupo puede contribuir a favorecer un apoyo desde la convivencia con personas que se encuentran en una

situación parecida y con las que se pueden comentar sentimientos y pensamientos que les preocupan.

- El proyecto estuvo orientado por fisioterapeutas: como profesionales sanitarios que son, realizan un papel de apoyo emocional importante a los cuidadores (Mittelman et al., 1997) y tienen un reconocido rol como promotores de la salud para la población.

Para el grupo experimental también habría que añadir como aspecto incentivador, el papel práctico de las estrategias que se plantearon, ya que estas pueden ser aplicadas en la vida cotidiana (por ejemplo, ejercicios respiratorios en un momento puntual de ansiedad) y por la cierta independencia que su aprendizaje proporciona respecto a la atención sanitaria ante problemas de salud leves/moderados. A este respecto, una participante manifestó que los ejercicios de relajación y los estiramientos le habían sido de gran ayuda frente a la reagudización de un antiguo problema de espalda que tuvo que afrontar durante el tiempo en el que se desarrolló el programa.

A propósito de la satisfacción en los cuidadores familiares de mayores dependientes participantes en el estudio, cabe destacar los elevados resultados en el cuestionario CSQ-8, con una puntuación media de 28,50 sobre 32 en el grupo experimental y 28,29 sobre 32 en el control.

Respecto a las respuestas de dicho cuestionario, también nos gustaría comentar que, en un rango de 1 a 4, las puntuaciones medias nunca descendieron de 3 y que, en relación a la pregunta 8, la cual hace referencia a la vuelta al programa en caso de tener que buscar ayuda otra vez (análisis por intención de tratar), el 83.3 % de los cuidadores contestó "Sí" mientras que un 16.7 %, "Probablemente sí".

En relación a las preferencias referidas por los cuidadores del grupo experimental respecto a las diferentes estrategias enseñadas, hemos observado una mayor predilección por los ejercicios de relajación (fue la formación preferida para el 50 % de los cuidadores), seguidos de las autoposturas (31.8 %) y los automasajes (18.2 %).

Esta mayor preferencia por los ejercicios de relajación puede ser debida a que los cuidadores los reconocen como herramientas que pueden emplear en cual-

quier momento de su vida, a diferencia de las autoposturas y los automasajes, las cuales necesitan una mayor preparación para su realización (p. ej., ambiente tranquilo y ciertamente libre de obstáculos, etc.).

Esta afirmación también ha sido postulada por Hengevel y Banks (2006), quienes afirman que es esencial proporcionar a los pacientes/clientes ejercicios realizables y simples que sean fáciles de incorporar en las situaciones de la vida diario, para que se conviertan en parte de su comportamiento habitual.

Sobre la base de los resultados ya mostrados y de las respuestas a las hipótesis planteadas, es posible afirmar que la intervención centrada en el entrenamiento en autocuidados específicos, ha sido un éxito y que es más eficaz que una aproximación formativa clásica, basada exclusivamente en la comunicación de información.

A pesar de estos importantes resultados alcanzados, nos gustaría mencionar el punto de vista defendido por Rakel (2009), quien afirma que el éxito de una intervención terapéutica también consiste en ayudar al paciente a encontrar una paz interior que dé origen a un mayor bienestar, independientemente de que se pueda solucionar o no el problema.

A pesar de que somos conscientes de que nuestra muestra de estudio presenta características psicosociales particulares, los resultados encontrados nos animan a apoyar el desarrollo de proyectos terapéuticos similares al nuestro en poblaciones con características semejantes.

### **10.3 LIMITACIONES, FORTALEZAS Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

Pese a que la presente investigación cumple muchos de los requisitos recomendados sobre eficacia de los tratamientos (Seligman, 1995), como la evaluación detallada, los tratamientos claramente descritos y protocolizados, la fijación de un número determinado de sesiones o el seguimiento de los participantes a largo plazo, existen una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar sus resultados.

Una primera limitación consiste en que el tamaño de la muestra es pequeño, lo que hace difícil, como en la mayoría de trabajos aplicados en este campo, una adecuada generalización del estudio.

En segundo lugar, es importante señalar el hecho de que la muestra no fuera aleatorizada, sino de conveniencia, en relación a las condiciones laborales y personales de la doctoranda a lo largo del curso académico 2008-2009. Estas condiciones hicieron necesaria la decisión de incluir a los participantes de las sedes de Ponferrada y León dentro del grupo experimental, ya que la intervención planteada requería, por parte de la doctoranda, una mayor disponibilidad de tiempo debido al número y duración de las sesiones que lo conformaban. No obstante, el estudio de la homogeneidad de los distintos grupos establece que no existen diferencias significativas entre grupos en el pretratamiento, lo que demuestra que los posibles sesgos que se pudiesen haber introducido en este sentido no son especialmente relevantes.

Otra posible fuente de limitaciones reside en el hecho de que la investigadora principal fuera también formadora y evaluadora, lo que podría mediatizar los resultados obtenidos.

Aunque el análisis de los resultados obtenidos con la intervención centrada en el autocuidado ha mostrado datos favorables respecto a la mayor eficacia del cuidador sobre su capacidad para cuidar al familiar (dimensión incompetencia), creemos que hubiera sido adecuado evaluar la autoeficacia a través de medidas estandarizadas ya existentes, como, por ejemplo, el cuestionario de autoeficacia general (Baessler y Schwarzer, 1996), del cual existe adaptación para población española (Sanjuán Suárez, Pérez García y Bermúdez Moreno, 2000).

Lo mismo pensamos de otros aspectos comentados en la parte teórica, como el "empoderamiento" o las estrategias de afrontamiento empleadas por los cuidadores a lo largo de la intervención.

Puede que algunos de los efectos positivos o negativos encontrados en la intervención se deban a alguna de estas variables que no han sido controladas.

Consideramos que el uso del cuestionario SF-12 también ha podido ser una limitación en esta investigación, ya que dicha medida presenta una baja sensibili-

dad a los cambios en muestras pequeñas. Este hecho, junto con el hándicap de que la intervención fuera planteada para individuos sin diagnósticos patológicos muy claros, puede explicar la ausencia de cambios significativos respecto a la calidad de vida.

Debido a esta ausencia de diagnósticos patológicos muy claros y a que la gran mayoría de los participantes tuviesen una condición que no puede categorizarse como limitaciones severas o graves, ha sido imposible establecer un cuadro funcional claramente delimitado o un criterio muy marcado sobre el que pueda comprobarse el mantenimiento/desaparición de los efectos alcanzados con la intervención.

Puede ser posible también que la numerosa cantidad de estrategias enseñadas a los cuidadores haya afectado de manera negativa a la efectividad del programa, ya que este hecho puede haber favorecido el que estos dudasen entre cuál realizar si disponían de poco tiempo o que decidiesen no realizar un esfuerzo ya que les agobiaban las actividades de autocuidado pendientes. Este hecho también ha impedido establecer cuál de las estrategias ha resultado más efectiva, más allá de criterios lógicos.

Otra limitación tiene que ver con la valoración de la implementación de las intervenciones realizadas en ambos grupos.

En este sentido, pensamos que en la evaluación postintervención se podía haber incluido un *cuestionario ad hoc* con el fin de determinar el grado de conocimiento adquirido por los participantes gracias a los contenidos de la fase informativa, es decir, a partir de la aproximación cognitiva clásica.

En el grupo experimental también se podía haber controlado el porcentaje de estrategias aplicadas a lo largo de la semana, a partir del análisis de los planes de acción debidamente entregados en cada nueva sesión de entrenamiento, lo que hubiera ayudado a determinar el grado en que se han aprendido las habilidades y técnicas entrenadas.

Dentro de las evaluaciones postintervención y de seguimiento hubiera sido adecuado haber realizado preguntas abiertas para conocer las dificultades de los cuidadores al aplicar las estrategias terapéuticas enseñadas en sus domicilios, los

incentivos que pudieran estimularlos a una práctica más regular y las conexiones de los efectos de las intervenciones con otras personas del entorno del cuidador (familia, profesionales sanitarios, otros miembros de la asociación, etc.).

Como fortalezas de este trabajo, nos gustaría resaltar varios aspectos.

Uno de los principales sería el carácter práctico y experimental de las actuaciones incluidas en el mismo, así como el claro propósito en pro del bienestar de los participantes.

Opinamos que, otra de las fortalezas, es el enfoque teórico propuesto en el capítulo 5, y que es el que ha sustentado, en una parte muy importante, el desarrollo de la parte empírica. A propósito de dicho enfoque, confiamos pueda ser de ayuda a profesionales de la Fisioterapia que quieran desarrollar proyectos de prevención (primaria, etc.) en el ámbito del cuidado informal u otros contextos como la atención a pacientes crónicos.

Otro de los aspectos fuertes de este trabajo está relacionado con la unificación, bajo el constructo *calidad de vida relacionada con la función*, de dos de los postulados más importantes sobre los que se asienta, hoy en día, las diferentes partes (diagnóstico, objetivos, etc.) que integran el plan de intervención en Fisioterapia, y que son: 1) la mirada al funcionamiento desde la visión de la CIF, y 2) su complementariedad con conceptualizaciones más humanas o cercanas a perspectivas "filosóficas" como la calidad de vida.

Pensamos que también podría considerarse como una fortaleza de esta tesis la inclusión de premisas derivadas de la gestión de riesgos frente a desastres, y desde la que se plantea observar los efectos positivos alcanzados sobre la CVRF, desde el control/reducción de la "vulnerabilidad" de los pacientes/clientes y/o desde la mejora de sus "recursos".

Por último nos gustaría destacar como otra fortalezas el empleo de una variable, el *bienestar psicológico*, también ligada a la medicina transpersonal. Pensamos que esta variable, que reconoce la importancia del camino de crecimiento personal hacia una plenitud y un sentido cada vez mayores, debería ser contemplada como una posible expectativa de resultado a alcanzar en intervenciones planteadas

desde nuestra disciplina dentro de determinado tipo de contextos, como por ejemplo, la atención a la cronicidad.

A propósito de las experiencias surgidas de esta investigación, nos gustaría plantear una serie de propuestas de cara a futuras investigaciones que se realicen con cuidadores informales o con poblaciones que presenten problemáticas similares.

La primera hace referencia a la explicitación o creación de nuevos modelos teóricos sobre los que rijan, en un futuro, las actuaciones fisioterapéuticas que se desarrollen para el control/reducción del deterioro de la calidad de vida relacionada con la función o en la prevención/reducción de su riesgo de aparición.

En este mismo sentido opinamos que resultaría muy conveniente validar el enfoque teórico aquí propuesto mediante proyectos terapéuticos similares realizados con un número mayor de individuos, otras agrupaciones de variables o sobre contextos en los que se aborden problemáticas diferentes al cuidado informal, como por ejemplo, enfermedades crónicas (fibromialgia, artrosis, etc.).

Sobre las variables a emplear en estas futuras investigaciones y en relación con la problemática del cuidador, nos parece interesante la toma de indicadores biológicos que permitan cuantificar de manera directa la reactividad fisiológica asociada al estrés, como, por ejemplo, hormonas de estrés, neurotransmisores metabólicos, presión arterial o el tono muscular.

Con el fin de incentivar aún más el conocimiento de los procesos que pueden estar actuando como "mediadores" o "moduladores" dentro de las intervenciones planteadas por los fisioterapeutas, también nos parece interesante el análisis de variables como la autoeficacia (tanto individual como colectiva), las estrategias de afrontamiento o el apoyo social, las cuales, teniendo en cuenta la evidencia actual existente, pensamos se verán favorecidas mediante estas.

En este sentido, nos parece interesante plantear también la realización de proyectos terapéuticos que, en una evolución sobre lo planteado hasta ahora, se centren en el "bienestar", tanto subjetivo (felicidad/satisfacción vital) como psicológico (crecimiento personal/desarrollo de capacidades), y que estudien su posible

papel, sobre todo el de este último, como "mediador" o "modulador" entre el estresor y el desarrollo de menos efectos negativos sobre la CVRF.

En relación a otras posibles variables a contemplar, creemos que debe hacerse un esfuerzo por equilibrar la selección de los instrumentos de medida más apropiados y la limitación que impondría el que los cuidadores tengan que cumplir un número excesivo de ellos, lo que puede generarles cansancio, llevarlos a cometer errores o provocarles un cierto rechazo que los llevase a abandonar los programas. En este sentido, puede ser de ayuda emplear versiones cortas/reducidas, siempre que estas tengan una adecuada sensibilidad para muestras pequeñas y se disponga de datos respecto a poblaciones y grupos de edad de referencia, con los que luego poder realizar las comparaciones oportunas.

También nos parece de interés el analizar las redes creadas o potenciadas a partir de las intervenciones fisioterapéuticas, tanto de las internas (entre los propios participantes en los programas) como externas (con los profesionales que les atienden, familiares y amigos cercanos, etc.).

Pensamos que el estudio de estas redes a partir de programas desarrollados para tal fin, como por ejemplo Ucinet, podría ayudar a determinar aspectos de gran interés en el ámbito de la promoción de la salud, como los pacientes/clientes más influyentes o los "actores claves" y, por ende, más indicados para colaborar como "expertos educadores" dentro de propuestas que incluyan aspectos relacionados con la "formación por pares".

Sobre futuras investigaciones en este ámbito también podría ser interesante combinar las valoraciones cuantitativas con aproximaciones cualitativas a través, por ejemplo, de entrevistas amplias y con preguntas abiertas, que permitan conocer las dificultades de los participantes a la hora de poner en práctica las estrategias terapéuticas en sus domicilios, o aspectos relacionados con el apoyo y la incentiación.

A propósito de las estrategias terapéuticas incluidas dentro de las intervenciones, creemos que, en futuras investigaciones, se podrían comparar las diferentes propuestas que hemos planteado de manera que, de ser posible contar con una muestra lo suficientemente amplia, se realizasen dos grupos experimentales, uno

de autoposturas y otro de automasajes, frente a uno de control (técnicas de relajación).

Además podría investigarse acerca de la eficacia de otras estrategias terapéuticas psico-corporales, como la *Terapia de la Conciencia Corporal Basal* o el *Método Feldenkrais*, basados en aspectos como el movimiento lento y la atención consciente.

Como otro posible elemento a analizar en futuras investigaciones sobre intervenciones basadas en estrategias de autocuidado, también se presentaría la utilización de nuevas tecnologías, por ejemplo, aplicaciones para tablets o teléfonos móviles, tratando de comprobar si su incorporación puede ser una ayuda o no para maximizar los efectos de los tratamientos.

En este sentido, pensamos que estas aplicaciones se podrían emplear para intentar favorecer la adherencia a los tratamientos, ya sea como medio de soporte del material que se aporte a los participantes (audios y explicaciones visuales/escritas de las estrategias), o de los planes de acción semanales que estos se vayan marcando como metas/expectativas de resultados, y sobre los cuales pensamos se podrían plantear refuerzos positivos respecto a su cumplimiento.

# CONCLUSIONES

# 11

En este capítulo se presentan las conclusiones generales de estudio, con la aspiración de contribuir a la toma de conciencia y al avance del conocimiento en el ámbito de la atención al cuidador informal.

De los resultados de la muestra obtenidos antes de iniciarse la intervención se desprende que:

- 1) Las características sociodemográficas de los individuos que participaron en el estudio coinciden con las de la mayoría de investigaciones en este ámbito (sexo femenino, adulto mayor, cónyuge/hija), observándose un nivel educativo ligeramente más elevado de lo esperado.
- 2) Más de la mitad de los participantes (56 %) refirió un grado de sobrecarga intensa. Este hecho nos lleva a plantear dicha variable, que en esta investigación ha sido contemplada como *factor asociado al riesgo*, no sólo como "expectativa de resultado" de las intervenciones fisioterapéuticas respecto a su control/reducción, sino también como importante elemento de "cribado" respecto al inicio de estas de una manera precoz.
- 3) La dedicación hacia el propio cuidado es un factor personal que debe ser incentivado en los cuidadores informales, ya que en un porcentaje destacado de ellos es inexistente (38.9 %) o muy limitado (2.8 %).
- 4) Dentro del contexto en que se desarrolla la vida de los cuidadores, es de reseñar la relación entre la sobrecarga que éstos perciben (Zarit) y el estado funcional de los familiares a los que atienden (índice de Barthel), de manera que los participantes que atendían a familiares menos independientes se manifestaron más sobrecargados ( $s:-0.333$ ).
- 5) También cabe destacar el reflejo de la crisis económica ya en ciernes al inicio de este proyecto (años 2008-2009), la cual contribuyó a que un elevado porcentaje de participantes (86.7 %) tuviera que compatibilizar la atención al familiar con algún tipo de trabajo remunerado, a pesar de haber alcanzado la edad propia de jubilación.
- 6) Respecto a la calidad de vida y el funcionamiento, se observaron, de manera general, niveles inferiores en las dos grandes dimensiones analizadas

(psicológica y física) a los mostrados en otros estudios con poblaciones de referencia (cuidadores informales, española para el mismo rango de edad, etc.).

- 7) La percepción global de sobrecarga (factor asociado al riesgo) de los cuidadores se relaciona con las dos dimensiones física (s:-0.419) y mental (s:-0.506) de la calidad de vida, al "desarrollo vital" (dominio del entorno r:-0.391 y propósito en la vida r:-0.337) y aspectos psicológicos ligados a contención, tanto del estado de ansiedad (r:-0.484) como de la personalidad ansiosa (r:-0.364). Sobre el funcionamiento físico, solo se ha observado relación con la alineación lumbar (s: 0.411), recomendándose la realización de nuevos estudios que permitan determinar, a partir de una mayor evidencia, si la región lumbar puede ser considerada "reflejo" de la elevada percepción de estrés/carga.
- 8) La dedicación al autocuidado (factor protector) se relaciona con la dimensión mental de la calidad de vida (MCS), así como con la mayor parte de los determinantes del funcionamiento psicológico positivo evaluados, a excepción de la autonomía. En lo que se refiere a los aspectos que hacen referencia al "malestar" de los cuidadores, se observa una relación con el estado de ansiedad, con su factor negativo y con la dimensión de la sobrecarga que hace referencia a la percepción del cuidador sobre su relación con el receptor de cuidados (interpersonal). Para el funcionamiento físico solo se ha observado relación con la alineación lumbar.
- 9) A partir de las dos conclusiones anteriores y siguiendo la visión que deriva de la gestión de riesgos frente a desastres planteada en el capítulo 5, es posible concluir que ciertos aspectos de la CVRF de los participantes, especialmente los relativos a la función psicológica, guardan relación con su "vulnerabilidad", expresada desde el factor asociado al riesgo analizado (sobrecarga percibida), y también con los "recursos" por ellos disponibles, expresados desde el factor protector (dedicación al autocuidado).

De los resultados obtenidos tras la intervención basada en el *entrenamiento en ejercicios de autocuidado específicos* (grupo experimental), se desprenden varias conclusiones respecto a los efectos alcanzados sobre la mejora del deterioro de la calidad de vida relacionada con la función (CVRF), tanto a corto como a largo plazo.

Entre las conclusiones que hacen referencia a los efectos de dicho entrenamiento a corto plazo (**18 semanas**) están:

- 10) El ámbito positivo del funcionamiento psicológico (bienestar) se vio especialmente favorecido con la intervención, de modo que, gracias a ella, los participantes se sintieron más autónomos ( $p: 0.034$ ) y con más aceptación hacia sí mismos ( $p: 0.002$ ). Los efectos positivos alcanzados sobre este ámbito más "subjetivo" del bienestar psicológico confirman la capacidad de la intervención planteada para favorecer también "experiencias" ligadas en cierto modo a la satisfacción vital y a las de emociones positivas, lo cual protege a los adultos mayores de la incapacidad y otros efectos negativos del envejecimiento. Además, se incrementaron las dos escalas del bienestar que representan el desarrollo del potencial humano de la manera más genuina: el propósito en la vida ( $p: 0.004$ ) y el crecimiento personal ( $p: 0.018$ ). Este hecho demuestra cómo dicha intervención consiguió revertir una característica importante de ambas escalas: su tendencia a disminuir de la edad mediana a la vejez.
- 11) El ámbito negativo del funcionamiento psicológico (ansiedad) también resultó ser beneficiado con la intervención, de modo que, gracias a ella, los cuidadores se manejaron en la vida que se sucedió al acabar las sesiones desde una personalidad menos ansiosa ( $p: 0.046$ ) y con menos sentimientos de melancolía, desesperanza o incapacidad ( $p: 0.026$ ).
- 12) El funcionamiento físico se vio mejorado en todas las pruebas que hacen referencia a los dos componentes analizados, movilidad/flexibilidad ( $p: 0.009$  y  $0.001$ ) y alineación postural ( $p: 0.017$  y  $0.031$ ). Pensamos que estos resultados positivos han sido alcanzados gracias a ciertos efectos positivos producidos en distintos sistemas corporales (músculo-esquelético, neurológico) a partir de respuestas como de la relajación.
- 13) La intervención basada en el entrenamiento en ejercicios de autocuidados específicos ayudó a mejorar tanto el factor personal que está asociado al riesgo (sobrecarga percibida- $p: 0.001$ , impacto- $p: 0.004$ , interpersonal - $p: 0.003$  e incompetencia- $p: 0.017$ ), como el protector (dedicación al autocuidado;  $p: 0.002$ ), lo que confirma la influencia positiva lograda sobre una parte del dominio contextual ligado a la CVRF.

- 14) Las mejoras alcanzadas sobre las dos escalas del bienestar psicológico más genuinas (*crecimiento personal y propósito en la vida*) y sobre la flexibilidad/movilidad (tren superior e inferior-tronco), están relacionadas con los efectos beneficiosos alcanzados sobre la percepción global de sobrecarga ( $s: -0.423$ ), la dimensión que refleja las cuestiones asociadas con los efectos que tiene para el cuidador la prestación de cuidados/impacto ( $r: -0.450$ ) y la que hace referencia a las creencias y expectativas del cuidador sobre su propia capacidad para atender a la persona cuidada/incompetencia ( $r: 0.523$  y  $0.453$ ).
- 15) A partir de la conclusión anterior y siguiendo la visión que deriva de la gestión de riesgo frente a desastres, es posible concluir que una parte de las mejorías alcanzadas a corto plazo sobre el funcionamiento psicológico (bienestar) y físico (flexibilidad), están relacionadas con la menor "vulnerabilidad" de los participantes.

Entre las conclusiones que hacen referencia a los efectos del entrenamiento en ejercicios de autocuidado específicos a largo plazo (**36 semanas**) están:

- 16) La intervención basada en el entrenamiento en ejercicios de autocuidados específicos obtuvo resultados que pueden considerarse favorables ya que, aunque se perdieron las mejoras que se habían alcanzado en la alineación postural ( $p: 0.019$  y  $0.001$ ), se mantuvieron otras, como las que habían favorecido una menor percepción de sobrecarga. Además, en comparación con los valores previos al comienzo de las sesiones, los cuidadores se sintieron con mayor aceptación respecto a su situación ( $p: 0.003$ ), propósito en la vida ( $p: 0.019$ ), activación positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza en sí mismos ( $p: 0.044$ ), a la vez que menos ansiosos ( $p: 0.038$ ) y con mayor implicación hacia su autocuidado ( $p: 0.002$ ).
- 17) El mayor tiempo dedicado al autocuidado al finalizar la fase autónoma ( $141.14 \pm 48.69$  minutos/semanales) se relaciona con los efectos positivos alcanzados sobre aquella parte de la ansiedad que hace referencia a la activación positiva, animación, bienestar, satisfacción y confianza de los cuidadores en sí mismos ( $s: 0.448$ ), así como con el indicador de función física relativo a la flexibilidad del tren superior ( $s: 0.476$ ).

- 18) A partir de la conclusión anterior y siguiendo la visión que deriva de la gestión de riesgos frente a desastres, es posible concluir que una parte de las mejorías que se alcanzaron a largo plazo sobre ciertos indicadores del funcionamiento psicológico y físico, están relacionadas con el aumento de los "recursos" de los participantes.

De los resultados obtenidos tras realizar la intervención basada en *comunicación de información* (grupo de control) sobre la muestra de cuidadores informales también se desprende que:

- 19) Las condiciones que acompañaron a esta intervención (número limitado de sesiones, realización espaciada, etc.) no contribuyeron a la mejora de la *calidad de vida relacionada con la función*. Es más, este tipo de intervención parece haber provocado efectos "indeseados", como es la merma de las relaciones positivas de sus integrantes. Aunque no hemos podido confirmar la causa, este hecho puede ser debido a la falta de cumplimiento de ciertas "expectativas" respecto a la intervención, como pudiera ser el establecimiento de relaciones o vínculos de ayuda/apoyo entre los participantes.
- 20) Los efectos más beneficiosos han sido los relativos a la movilidad/flexibilidad, aunque no sabemos si las mejoras alcanzadas en este ámbito, tanto a corto como a largo plazo, se vieron influenciadas por la mayor "concienciación" de los cuidadores tras las demostraciones prácticas y la incentivación realizada por la formadora, o son debidas a la normal progresión resultante de la actividad física que una parte de estos participantes realizaba antes de aceptar participar en nuestro programa.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, M. A. y Hutton, W. C. (1985). The effect of posture on the lumbar spine. *The Journal of bone and joint surgery*, 67(4), 625-629.
2. Aguililla Liñán, J. M. y Roura Faja, V. (2015). Enfoque biopsicosocial en Fisioterapia. <http://enfoquebiopsicosocial.blogspot.com.es/> (Recuperado Marzo 2014)
3. Aguililla Liñán, J. M. y Roura Faja, V. (2012). Aproximació a la influència dels factors psicosocials en el dolor i la discapacitat física. *Annals de Medicina* 2012; 95: 162-166, 95, 162-166.
4. Aguiló Pastrana, E. (2008). Trabajo grupal con cuidadores en Atención Primaria: una propuesta desde la metodología de los procesos correctores comunitarios. *Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria*, (10) <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/10/experiencias-1.pdf>, (Recuperado Septiembre 2008)
5. Aldana, G. y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST*, 9(1), 5-14.
6. Alexander, C., Chandler, H. M. y Langer, E. J. (1989). Transcendental meditation, mindfulness, and longevity: an experimental study with the elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 950-964. doi:10.1037/0022-3514.57.6.950
7. Alexander, C. N., Schneider, R. H., Staggers, F., Sheppard, W., Clayborne, B. M., Rainforth, M., Egan, B. (1996). Trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. II. Sex and risk subgroup analysis. *Hypertension*, 28(2), 228-237.
8. Allen, D. D. (2007). Validity and Reliability of the Movement Ability Measure: A Self-Report Instrument Proposed for Assesing Movement Across Diagnoses and Ability Levels. *Physical Therapy*, 87(7), 888-898.

9. Almagro Valverde, S., Dueñas Guzmán, M. A. y Tercedor Sánchez, P. (2014). Actividad física y depresión: revisión sistemática. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 14(54), 377-392.
10. Almond, L. (1992). El ejercicio físico y la salud en la escuela. En J. Devís y C. Peiró (Eds.), *Nuevas perspectivas curriculares en la educación física: la salud y los juegos modificados*. Barcelona: Inde.
11. Alonso Blanco, E. S., Rodríguez López, E. S. y Fernández de las Peñas, C. (2009). Cambios espirométricos tras la aplicación de un programa de cinesiterapia en la espondilitis anquilosante: estudio piloto. *Fisioterapia*, 31(3), 87-93. doi:10.1016/j.ft.2008.01.008
12. Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica (Barc)*, 111 (11), 410-416.
13. Alonso-Babarro, A., Garrido-Barral, A., Matín-Martínez, M. A. y Francisco-Morejón, N. (2005). Evaluación de una intervención en cuidadores de pacientes con demencia (programa ALOIS) mediante una escala de calidad de vida. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40(2), 40-45. doi:10.1016/S0211-139X(05)75072-1
14. Alonso-Babarro, A., Garrido-Barral, A., Riera-Pastor, M., Casquero-Ruiz, R. y Díaz-Ponce, A. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33(2), 61-68.
15. American Physical Therapy Association. (2003). *Guide to Physical Therapist Practice* (2nd ed.) American Physical Therapy Association.
16. American Physical Therapy Association (Ed.). (2014). *Guide to Physical Therapist Practice*. 3.0 American Physical Therapy Association. doi:10.2522/ptguide3.0\_978-1-931369-85-5?e
17. Armstrong, B., McNair, P. y Taylor, D. (2008). Head and neck position neck. *Sports Medicine*, 38(2), 101-17. doi:10.2165/00007256-200838020-00002
18. Anderson, B. (Ed.). (1983). *Stretching and sports* (2nd ed.). Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
19. Andrade, C. y Clifford, P. (2004). *Masaje basado en resultados*. Barcelona: Paidotribo.

20. Arathuzik, D. (1994). Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. *Cancer Nursing*, 17(3), 207-214. doi:10.1097/00002820-199406000-00005
21. Araújo, C. G. S. D. (2008). Avaliação da Flexibilidade: valores normativos do Flexiteste dos 5 aos 91 Anos de idade *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 90(4), 257-263.
22. Artaso, B., Goñi, A. y Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38(4), 212-18.
23. Ashworth, N. L., Chad, K. E., Harrison, E. L., Reeder, B. A. y Marshall, S. C. (2005). Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, doi:10.1002/14651858.CD004017
24. Aust, G. y Fischer, K. (1997). Changes in body equilibrium response caused by breathing. *Laryngorhinootologie*, 76(10), 577-582.
25. Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8
26. Ballester Ferrando, D., Juvinyà Canal, D., Brugada Motjé, N. y Doltra, J. (2006). Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Presencia. Revista de enfermería de salud mental*, 4(2), 1-8.
27. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84(2), 191-215.
28. Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
29. Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Española Desclee de Brouwer.
30. Barlow, J. (2010). Self-efficacy in the context of rehabilitation. En JH Stone, M Blouin (Eds.). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/35/>. (Recuperado Marzo 2014)
31. Baumgarten, M., Battista, R. N., Infante-Rivard, C., Hanley, J. A., Becker, R. y Gauthier, S. (1992). The psychological and physical health of family members

- caring for an elderly person with demencia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 61-70.
32. Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. y Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28(1), 32-40.
  33. Bearman, D. y Shafarman, S. (1999). Feldenkrais Method in the treatment of chronic pain: a study of efficacy and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 9(1), 22-27.
  34. Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
  35. Becker, M. H. y Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
  36. Benson, H., Alexander, S. y Feldman, C. L. (1975). Decreased premature ventricular contractions through use of the relaxation response in patients with stable ischaemic heart-disease. *The Lancet*, 2(7931), 308-382.
  37. Bermúdez Moreno, J. (1978). Análisis funcional de la ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, (153), 617-634.
  38. Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: a manual for the helping professions*. Illinois: Research Publisher.
  39. Bertherat, T. y Bernstein, C. (2006). Barcelona: Paidos Iberica Ediciones.
  40. Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A. y Stucki, G. (2014). *Conjuntos básicos de la CIF. Manual para la práctica clínica*. Conjuntos básicos de la CIF. Manual para la práctica clínica. Barcelona: Elsevier.
  41. Bienfait, M. (1996). *Bases elementales técnicas de la terapia manual y de la osteopatía* (3ª ed.). Barcelona: Paidotribo.
  42. Bilbao, M., Techio, E., Zubieta, E., Cárdenas, M., Páez, D., Díaz, D., Blanco, A. (2011). Bienestar subjetivo y psicológico-social: el impacto de la violencia colectiva. En Páez D., Martín Beristain C., González J. L., Basabe N. y de Rivera J. (Eds.), *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid: Fundamentos.
  43. Bishop, G. D. (Ed.). (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Needham Heights, MA, US: Ally and Bacon.

44. Blanchard, E. B., Nicholson, N. L., Taylor, A. E., Steffek, B. D., Radnitz, C. L. y Appelbaum, K. A. (1991). The role of regular home practice in the relaxation treatment of tension headache. *Journal of Consulting Psychology*, 59(3), 467-470. doi:10.1037/0022-006X.59.3.467
45. Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. y Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *The Journal of the Medical American Association*, 288(19), 2469-2475. doi:10.1001/jama.288.19.2469
46. Boise, L., Congleton, L. y Shannon, K. (2005). Empowering Family Caregivers: The Powerful Tools for Caregiving Program. *Educational Gerontology*, 31(7), 573-586. doi:10.1080/03601270590962523
47. Bolton, M. B., Tilley, B. C., Kuder, J., Reeves, T. y Schultz, L. (1991). The cost and effectiveness of an education program for adults who have asthma. *Journal of General Internal Medicine*, 6(5), 401-407. doi:10.1007/BF02598160
48. Bonet Simó, J. M., Rosell Murphy, M., Solé Sancho, F., Bellerino Serrano, E. y Baena Escamilla, E. (2012). Intervención en cuidadores: datos preliminares del estudio ICIAS. 2012, 30(2), 1-13.
49. Bonetti, F., Curti, S., Mattioli, S., Mugnai, R., Vanti, C., Violante, F. S. y Pillastri, P. (2010). Effectiveness of a 'Global Postural Reeducation' program for persistent low back pain: a non-randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, (11), 285. doi:10.1186/1471-2474-11-285
50. Bootzin, R. R. y Perlis, M. L. (1992). Non-pharmacological treatments of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 37-41.
51. Brandt, E. N. y Pope, A. M. (1997). *Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering*. Washington, D.C.: National Academy Press.
52. Brodaty, H., Green, A. y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 657-664. doi:10.1034/j.1600-0579.2003.00210.x
53. Bruhn, J. G. y Cordova, F. D. (1977). A developmental approach to learning wellness behavior Part 1. Infancy to early adolescence. *Health Values*, (1), 246-256.
54. Buceta, J. M., Bueno, A. M. y Mas, B. (2000). *Intervención psicológica y salud: características y objetivos*. Madrid: Dykinson-Psicología.

55. Bunton, R. y Macdonald, G. (2002). *Health Promotion: Disciplines, diversity and developments* (2nd ed.). London: Routledge. doi:10.1016/S0033-3506(03)00119-7
56. Burish, T. G. y Jenkins, R. A. (1992). Effectiveness of biofeedback and relaxation training in reducing the side effects of cancer chemotherapy. *Journal of Health Psychology*, 11(1), 17-23.
57. Byass, R. (1988). Soothing body and soul. *Nursing times*, 84(24), 39-41.
58. Cailliet, R. (1983). *Síndromes dolorosos. Cuello y brazo* (3ª ed.). México: Manual moderno.
59. Canda Moreno, A. S., Gómez Martín, A. y Heras Gómez, E. (2004). Valoración de la flexibilidad de tronco mediante el test del cajón en diferentes modalidades deportivas. *Selección*, 13(4), 148-154.
60. Carlson, C. R. y Curran S.L. (1994). Stretch-based relaxation training. *Patient Education and Counselling*, 23(1), 5-12. doi:10.1016/S0738-3991(05)80016-3
61. Casado Cañero, F. D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 403-414.
62. Castellanos Vidondo, T. y Nonay Salvatierra, D. (2000). Proyecto de educación para la salud, a grupos de familiares, cuidadores de enfermos crónicos. *Trabajo social y salud*, 37, 123-143.
63. Castro, C. M., Wilcox, S., O'Sullivan, P., Baumann, K. y King, A. C. (2002). An exercise program for women who are caring for relatives with dementia. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 458-468.
64. Catalán Matamoros, D. J. (2007). *Fisioterapia en salud mental. Efectividad de una intervención fisioterapéutica en trastornos alimentarios*. Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia. Universidad de Málaga [Tesis Doctoral].
65. Catford, J. C. (1983). Positive health indicators – towards a new information base for health promotion. *Community Medicine*, 5(2), 125-132. doi:10.1007/BF02548568
66. Chaitow, L. (Ed.). (2007). *Técnicas de energía-muscular*. Barcelona: Paidotribo.
67. Chakravarty, K. y Webley, M. (1993). Shoulder joint movement and its relationship to disability in the elderly. *The Journal of Rheumatology*, 20(8), 1359-1361.

68. Chaná, P. (2012). El "empoderamiento": una nueva dimensión en la relación médico-paciente. *Revista médica de Chile*, 140(3), 404-405. doi: 10.4067/S0034-98872012000300020
69. Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J. y Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510-1530. doi:10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c
70. Choliz, M. (1995). A breathing-retraining procedure in treatment of sleep-onset insomnia: theoretical basis and experimental findings. *Perceptual and Motor Skills*, 80(2), 507-513. doi:10.2466/pms.1995.80.2.507
71. Chopin, D. y David, T. (1989). Cyphoses pathologiques. *Encyclopédie médico-chirurgicale. Appareil Locomoteur*; 15872, A10, 10.
72. Chronic Disease Self Management Programs. (2012). <http://patienteducation.stanford.edu> ) (Recuperado Noviembre 2013).
73. Chu, P., Edwards, J., Levin, R. y Thompson, J. (2000). The use of clinical case management for early stage of Alzheimer's patients and their families. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 15(5), 284. doi:10.1177/153331750001500506
74. Coelho, C. W. y Araújo, C. G. S. D. (2000). Relação entre aumento da flexibilidade e facilitações na execução de ações cotidianas em adultos participantes de programa de exercício supervisionado. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 2(1), 31-41.
75. Coen, R. F., Swanwick, G. R., O'Boyle, C. A. y Coakley, D. (1997). Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 331-336. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199703)12:33.0.CO;2-J
76. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra. (2015). El Consejo de Fisioterapia reclama a las Administraciones Públicas y a la sociedad que se garantice la igualdad de trato y oportunidades. <http://www.cofn.net/ian> (Recuperado Septiembre 2013).
77. Conde-Sala, J. L. (1996). Grups de suport a famílies amb una persona gran discapacitada. *Quaderns de Serveis Socials: Els ajuntaments i la gent gran: present i futur*, 11, 61-68.

78. Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J. y López-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: An exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1236-1236. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.001
79. Connell, C. M. y Janevic, M. R. (2009). Effects of a telephone-based exercise intervention for dementia caregivers wives. *Journal of Applied Gerontology*, 28(2), 171-194. doi:10.1177/0733464808326951
80. Consejo de Europa. (1998). Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998. 2008, 9, 1-9.
81. Consejo General de Colegios Generales de Fisioterapeutas de España. Resolución 6/12 por la que se establece la definición de acto fisioterápico. [http://consejo-fisioterapia.org/adjuntos/adjunto\\_6.pdf](http://consejo-fisioterapia.org/adjuntos/adjunto_6.pdf) (Recuperado Septiembre, 2013).
82. Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Miguéis, S. y Ramos, F. (2012). Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: A perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging & Mental Health*, 16(6), 675-682. doi:10.1080/13607863.2012.684666
83. Cooperativa integral catalana. Sistema de Salud Pública Cooperativista. <http://cooperativa.cat/es/sistema-publico-cooperativo/salud/> (Recuperado Julio 2013).
84. Córdova Martínez, A., Garcés Enrique, G. y Seco Calvo, J. (Eds.). (2012). *Masaje deportivo* (1ª ed.). Madrid: Síntesis.
85. Cott, C. A., Finch, E., Gasner, D., Yoshida, D., Thiomias, S. G. y Verrier, M. C. (1995). The movement continuum theory of physical therapy. *Physiotherapy Canada*, 47(87), 87-95.
86. Crist, D. A. y Rickard, H. C. (1993). A "fair" comparison of progressive and imaginal relaxation. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 691-700. doi:10.2466/pms.1993.76.2.691
87. Cunha, A. C., Burke, T. N., França, F. J. y Marques, A. P. (2008). Effect of global posture reeducation and of static stretching on pain, range of motion, and quality of life in women with chronic neck pain: a randomized clinical trial. *Clinics (Sao Paulo)*, 63(6), 763-770. doi:10.1590/S1807-59322008000600010

88. Davies, C. y Davis, A. (2004). *Terapia de los puntos de activación*. Málaga: Sirio.
89. Davis, M., Mc Kay, M. y Eshelman, E. R. (Eds.). (1985). *Técnicas de autocontrol emocional* (1ª ed.). Barcelona: Martínez-Roca.
90. Daza Lesmes, J. y Torres Narváez, M. R. (2007). Diagnóstico fisioterapéutico para la toma de decisiones en el ejercicio profesional. En *Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano*. Colombia: Panamericana.
91. Dean, K. (1989). Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Social Science & Medicine*, 29(9), 137-152. doi:10.1016/0277-9536(89)90162-7
92. DeFriese, G. H., Woomert, A., Guild, P. A., Steckler, A. B. y Konrad, T. R. (1989). From activated patient to pacified activist: A study of the self-care movement in the United States. *Social Science & Medicine*, 9(2), 195-204. doi:10.1016/0277-9536(89)90167-6
93. De-Juanas Oliva, A., Limón Mendizábal, M. R. y Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 153-168. doi: 10.7179/PSRI\_2013.22.02
94. Devi, J. y Almazán, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(1), 30-37.
95. Devís Devís, J. y Peiró Velert, C. (Eds.). (1992). *Nuevas perspectivas curriculares en educación física: la salud y los juegos modificados*. Barcelona: Inde.
96. Devís, J. (Ed.). (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: Inde Publicaciones.
97. Devís, J., y Peiró, C. (1993). La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: la escuela y la educación física. *Revista de psicología del deporte*, 2(2) 71-86.
98. Devís, J., Perió, C., Pérez, V., Ballester, E., Devis, F., J., Gomar, M. J. y Sánchez, R. (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: Inde.
99. Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
100. Dimeglio, A. (Ed.). (1991). *Ortopedia infantil cotidiana*. Barcelona: Masson

101. Donatell, R., Snow, C. y Wilcox, A. (1999). *Wellness: Choices for Health and Fitness*. Belmont, CA.: Wadsworth Publishing Company.
102. Downie, R. S., Fyfe, C. y Tannahill, A. (1990). *Health Promotion. Models and Values*. Oxford: Oxford University Press.
103. Draper, B. M., Poulos, C. J., Cole, A. D., Poulos, R. G. y Ehrlich, F. (1992). A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(9), 896-901.
104. Endler, N., S. y Parker, J, D, A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
105. Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
106. Engel, G. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. doi:10.1093/jmp/6.2.101
107. Eppley, K. R., Abrams, A. L. y Shear, J. (1989). Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: a meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychology*, 45(6), 957-974. doi:10.1002/1097-4679(198911)45:6<957::AID-JCLP2270450622>3.0.CO;2-Q
108. Escós Quílez, C., Payán Martínez, A. I., Santos Sanz, M. A., Olivares Contreras, A. y Yubero Bascuñana, N. (2001). Educación para la salud dirigido a cuidadores informales de enfermos encamados y semi-encamados en el área de Salud de Cuenca. *Trabajo social y salud*, (40), 487-499.
109. Escudero, M. A. (1998). *Técnicas de relajación y autocontrol emocional*. Madrid: Ediciones TEA.
110. Esparza, C. (2011). *Discapacidad y dependencia en España*. Madrid: Informes Portal de Mayores.
111. Etxeberria-Arritxabal, I., Yanguas-Lezaun, J. J., Buiza-Bueno, C., Galdona-Erquicia, N. y González-Pérez, M. F. (2006). Eficacia de un programa psicosocial con cuidadores de enfermos de Alzheimer: análisis de los resultados al año de seguimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 46-54. doi:10.1016/S0211-139X(05)75073-3
112. EUROFIT. (2008). Eurofit: Batería de tests para la valoración de la condición física. <http://www3.ubu.es/blogubuabierta/wp->

- content/uploads/2014/07/protocolosEUROFIT-1.pdf (Recuperado Septiembre 2008)
113. EXERNET. (2008). Red de Investigación en ejercicio físico y salud para poblaciones especiales. <http://www.spanishexernet.com/> (Recuperado Septiembre 2008).
  114. Fakouri, C. y Jones, P. (1987). Relaxation Rx: slow stroke back rub. *Gerontological Nursing*, 13, 32-35.
  115. Fauth, E., Hess, K., Piercy, K., Norton, M., Corcoran, C., Rabins, P., Tschanz, J. A. (2012). Caregivers' relationship closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers' physical health and psychological well-being. *Aging & Mental Health*, 16(6), 699-711. doi:10.1080/13607863.2012.678482
  116. Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R. y Morton, D. A. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 720-725. doi:10.1001/archpsyc.1990.01810200028004
  117. Ferguson, T. (2007). Fundación Robert Wood Johnson para la Calidad de los Cuidados para la Salud. (Ed.), E-pacientes: cómo nos pueden ayudar a cuidar mejor la salud. <http://e-patients.net/u/2011/11/Libro-blanco-de-los-e-Pacientes.pdf> (Recuperado Enero 2009)
  118. Fernández Millán, J. M. (2003). Ayudando al cuidador del anciano: un programa televisivo para llegar a cada casa. *Intervención psicosocial*, 12(3), 345-352.
  119. Fernández-Abascal, E. G. (2003). El estrés. En E. García Fernández-Abascal, M.D, Martín Díaz y P. Jiménez (Eds), *Emoción y motivación: la adaptación humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
  120. Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
  121. Ferrell-Tory, A. T. y Glick, O. J. (1993). The use of therapeutic massage for a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nursing*, 16(2), 93-101.

122. Field, T., Diego, M., Cullen, C. T., Hartshorn, K., Gruskin, A., Hernandez-Reif, M. y Sunshine, W. (2004). Carpal tunnel syndrome symptoms are lessened following massage therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 8(1), 9-14. doi:10.1016/S1360-8592(03)00064-0
123. Fisioterapeutas sin red. I Encuentro sobre CIF en Fisioterapia. <http://fisioterapiasinred.com/encuentro-cif-y-fisioterapia/> (Recuperado Diciembre 2014).
124. Flor, H., Birbaumer, N., Schugens, M. M. y Lutzenberger, W. (1992). Symptom specific psychophysiological responses in chronic pain patients. *Psychophysiology*, 29(4), 452-460. doi:10.1111/j.1469-8986.1992.tb01718.x
125. Flor, H., Schugens, M. M. y Birbaumer, N. (2002). The role of operant conditioning in chronic pain: an experimental investigation. *Pain*, 95 (1-2), 111-118. doi:10.1016/S0304-3959(01)00385-2
126. Flores Validivia, G., M. y Arcos Náquira, M. E. (2011). Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia. *Revista de Psicología*, 1(1), 38-48.
127. Folkman, S., Lazarus, R. S. y Gruen, R.J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571- 579.
128. Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. y Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through lovingkindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062. doi:10.1037/a0013262
129. French, S. y Swain, J. (2005). The culture and context for promoting health through physiotherapy practice. En A. Scriven (Ed.), *Health Promoting Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
130. French, S. y Swain, J. (2009). Modificación de las relaciones para promover la salud En S. B. Porter (Eds), *Tidy. Fisioterapia*. Barcelona: Elsevier
131. Freres, M. y Mairlot, M. B. (2000). *Maestros y claves de la postura*. Barcelona: Paidotribo.
132. Fritz, S. (2005). *Automasaje. Fundamentos del masaje terapéutico (3ª ed.)*. Barcelona: Elsevier Iberoamericana.
133. Fuentelsaz Gallego, C., Roca Roger, M., Ubeda Bonet, I., García Viñers, L., Pont Ribas, A., López Pisa, R. y Pedreny Oriol, R. (2001). Validation of a

- questionnaire to evaluate the quality of life of nonprofessional caregivers of dependent persons. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 548-554.
134. Fuller-Jonap, F. y Haley, W. E. (1995). Mental and physical health of males caregivers of a spouse with Alzheimer's disease. *Journal of Aging and Health*, 7(1), 99-118. doi:10.1177/089826439500700105
135. Furlan, A. D., Brosseau, L., Imamura, M. y Irvin, E. (2002). Massage for low pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002;(2): doi: 10.1002/14651858.CD001929
136. Gallant, M. P. y Connell, C. M. (1997). Predictors of decreased self-care among spouse caregivers of older adults with dementing illnesses. *Journal of Aging and Health*, 9(3), 373-395. doi:10.1177/089826439700900306
137. Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B. y Brazier, J. E. (1998). Crossvalidation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Journal of Clinic Epidemiology*, 51(11), 1171-1178. doi:10.1016/S0895-4356(98)00109-7
138. Gandoy Crego, M., Millán Calenti, J. C., García Zamorano, B., Buide Illobre, A., López Ribeiro, M. P. y Mayán Santos, J. M. (1999). Evaluación y resultados de la instauración de un programa de terapia de grupo dirigido a un colectivo de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Intervención psicosocial*, 8(1), 109-116.
139. Garatachea, N. (2010). Evaluación de la capacidad física: selección y administración de protocolos. En Díaz de Santos, *Actividad Física y Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
140. Garatachea Vallejo, N. (2006). Valoración de la condición física funcional en personas mayores. La batería Senior Fitness Test. En Garatachea Vallejo (Ed.), *Actividad física y envejecimiento*. Sevilla: Wanceulen Editorial Deportiva.
141. García Fortes, Y., López Liria, R., Rodríguez Martín, C. y Sáez Lara, C. (Eds.). (2006). *Apoyo a los cuidadores [IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria: ponencias y comunicaciones]*. Murcia: Universidad de Murcia.

142. García Ocaña, M., Saíz Vinuesa, M. D., Gómez Robles, R. y López de Castro, F. (2007). Repercusión familiar de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Enfermería Rol*, 30(3), 219-224.
143. García-Alberca, J. M., Cruz, B., Lara, J. P., Garrido, V., Gris, E., Lara, A. y Castilla, C. (2012). Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. Results from the MÁLAGA-AD study. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 848-856. doi:10.1016/j.jad.2011.09.026
144. Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz Reina, M. M., López-Pousa, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31, 522-527.
145. Garsen, B., De Ruitter, C. y Van Dyke, R. (1992). Breathing retraining: a rational placebo? *Clinical Psychology Review*, 12, 141-153.
146. Génot, C., Neiger, H., Leroy, A., Pierron, G., Dufour, M., Péninou, G. y Dupré, J. M. (1988). Kinesioterapia. Tomo 2 - Miembros superiores. Cabeza y tronco. Evaluaciones. Técnicas pasivas y activas del aparato locomotor. Madrid: Médica Panamericana.
147. Germán, C., Romero, A. M., Nieto, M. J. y Bujaldón, M. A. (1996). Metodología del Trabajo de Enfermería en la Comunidad. En L. Mazarrasa, C. Germán, A.M. Sánchez, A. Sánchez, V. Aparicio, Biblioteca Enfermería Profesional. Salud pública y Enfermería Comunitaria. Madrid: Mcgraw-Hill. Interamericana.
148. Ghosh, C. S., Ravindran, P., Joshi, M. y Stearns, S. C. (1998). Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics. *Social Science & Medicine*, 46(8), 1087-1093. doi:10.1016/S0277-9536(97)10047-8
149. Gift, A. G., Moore, T. y Soeken, K. (1992). Relaxation to reduce dyspnoea and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research*, 41(4), 242-246.
150. Ginsberg, J., Martínez, M. F., Mendoza Ferrás, A. y Pabón Dávila, J., L. (2005). Carga subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con diagnóstico de demencia. Influencia de edad, estilo de personalidad y tipo de cuidador. *Archivo Venezolano de Psiquiatría y Neurología*, 51(104), 7-11.

151. Godoy Izquierdo, D. (2009). Introducción a las técnicas y terapias psicológicas para profesionales de las ciencias de la salud. Granada: Universidad de Granada.
152. González Montesinos, J. L. (2006). Beneficios y recomendaciones de ejercicio físico. Sevilla: Deportiva, S.L.
153. González, V., Hernández-Marin, M., Lorig, K. R., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D. y Minor, M. (2008). Tomando control de su salud. Madrid: CEP, S.L
154. González-Cabanach, R. (2007). La atención psicológica al cuidador: el estrés del cuidador. A Coruña: PsicoEduca.
155. González-Cabanach, R., Freire Rodríguez, C., Piñeiro Aguín, I. y González Millán, P. (2010). En R. González-Cabanach, A. Valle Arias, R. Arce Fernández y F. Fariña Rivera (Eds.), Calidad de vida, bienestar y salud. A Coruña: PsicoEduca.
156. Gouilly, P., Petitdant, B., Braun, R., Royer, A. y Cordier, J. P. (2009). Estudio de la columna cervical. EMC - Kinesiterapia - Medicina Física, 30(4), 1-16. doi:10.1016/S1293-2965(09)70727-3
157. Griñán Martínez, M. C. (2009). Fomentar el autocuidado de la salud a través de Internet: la atención a pacientes con enfermedades crónicas e implementación de trabajos de colaboración en los profesionales de la salud. <http://www.cibersociedad.net/congres2009/es/> (Recuperado Octubre 2010)
158. Gross, J., Fetto, J. y Rosen, E. (1996). Musculoskeletal examination. Cambridge: Blackwell Science.
159. Guccione, A. A. (1994). Arthritis and the Process of Disablement. Physical Therapy, 74(5), 39-45.
160. Guedes, A. C. y Pereira, M. G. (2013). Sobrecarga, Enfrentamiento, Síntomas Físicos y Morbilidad Psicológica en Cuidadores de Familiares Dependientes Funcionales. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21(4), 1-6.
161. Guskowska, M. (2004). Effects of exercise on anxiety, depression and mood. Psychiatria Polska, 38(4), 611-620.
162. Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., Berry, J. W. y Hughes, G. H. (1987). Psychological, social and health consequences of caring for a relative with senile dementia. Journal of American Geriatrics Society, 35(5), 405-411.
163. Hall, C. M. y Thein Brody, L. (2006). Ejercicio terapéutico. Recuperación funcional. Badalona: Paidotribo.

164. Han J.N., Zhu Y.J, Li S.W., Luo, D. M., Hu, Z., Van Diest, I., Van den Bergh, O. (2004). Medically unexplained dyspnea: psychophysiological characteristics and role of breathing therapy. *Chinese Medical Journal*, 117(1), 6-13.
165. Hasting Center. (2004). Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, 11, 1-79.
166. Hay, E. M., Mullis, R., Lewis, M., Vohora, K., Main, C. J., Watson, P., Croft, P. R. (2005). Comparison of physical treatments versus a brief pain-management programme for back pain in primary care: a randomised clinical trial in physiotherapy practice. *The Lancet.*, 365(9476), 2024-2030. doi:10.1016/S0140-6736(05)66696-2
167. Hedlund, L. y Gyllensten, A. L. (2013). The physiotherapists' experience of Basic Body Awareness Therapy in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17(2), 169-176. doi:10.1016/j.jbmt.2012.10.008
168. Heidt, P. (1981). Effect of therapeutic touch on anxiety level of hospitalized patients. *Nursing Research*, 30(1), 32-37. doi:10.1097/00006199-198101000-00014
169. Hengeveld, E. y Banks, K. (2006). Estrategias de autotratamiento: cumplimiento y cambio conductual. En E. Hengeveld y K. Banks, Maitland. *Manipulación periférica*. Barcelona: Elsevier España.
170. Hibbert, G. A. y Chan, M. (1989). Respiratory control: its contribution to the treatment of panic attacks. A controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 154, 232-236. doi:10.1192/bjp.154.2.232
171. Hirano, A., Suzuki, Y., Kuzuya, M., Onishi, J., Ban, N. y Umegaki, H. (2011). Influence of regular exercise on subjective sense of burden and physical symptoms in community-dwelling caregivers of dementia patients: a randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), 158-163. doi:10.1016/j.archger.2010.08.004
172. Hirsch, O., Leyh, J., Karch, C., Ferlings, R. y Schäfer, D. (2014). Impact of a training program for caregivers of neurological patients on depression, prostration, and subjective burden. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(2), 97-105. doi:10.1097/JNN.0000000000000036.
173. Hoffman, J. W., Benson, H., Arns, P. A., Stainbrook, G. L., Landsberg, G. L., Young, J. B. y Gill, A. (1982). Reduced sympathetic nervous system respon-

- sivity associated with the relaxation response. *Science*, 215, 190-192. doi:10.1126/science.7031901
174. Holman, H. y Lorig, K. R. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, 320(7234), 526-527. doi:10.1136/bmj.320.7234.526
175. Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
176. Hooker, K., Fraizier, L. D. y Monahan, D. J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *Gerontologist*, 3(34), 386-392. doi:10.1093/geront/34.3.386
177. Iglesias Balboa, R. (1982). La Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) en un grupo clínico (Síndrome tóxico).
178. Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (2014). Guía del cuidador: hábitos y consejos posturales. Boletín Informativo Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía, [http://www.cpficyl.com/descargas/geriatria/guia\\_del\\_cuidador.pdf](http://www.cpficyl.com/descargas/geriatria/guia_del_cuidador.pdf) (Recuperado Julio 2008)
179. IMSERSO. (2004). Atención a las personas en situación de dependencia en España/Libro Blanco
180. Instituto Nacional de Estadística. (Ed.). (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)
181. Islam, M. M., McRae, I. S., Yen, L., Jowsey, T. y Valderas, J. M. (2015). Time spent on health-related activities by senior Australians with chronic diseases: what is the role of multimorbidity and comorbidity? *The Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(3), 277-283. doi:10.1111/1753-6405.12355
182. Jacobs, C., Ross, R. D., Walker, I. M. y Stockdale, F. E. (1983). Behavior of cancer patients: a randomized study of the effects of education and peer support groups. *American Journal of Clinical Oncology.*, 6(3), 347-353.
183. Jacobs, G. D., Benson, H. y Friedman, R. (1996). Perceived benefits in a behavioral-medicine insomnia program: a clinical report. *The American Journal of Medicine*, 100(2), 212-216.

184. Jacobson, E. (Ed.). (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
185. Jones, C. J., Rikli, R. E., Max, J. y Noffa, G. (1998). The reliability and validity of a chair sit-and-reach test as a measure of hamstring flexibility in older adults. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 69(4), 338-343.
186. Jones, D. A. y Peters, T. J. (1992). Caring for elderly dependants: effects on carers quality of life. *Age and Ageing*, 21(6), 421-428. doi:10.1093/ageing/21.6.421
187. Jull, G. y Moore, A. (2012). Hands on, hands off? The swings in musculoskeletal physiotherapy practice. *Manual Therapy*, 17(3), 199-200. doi:10.1016/j.math.2012.03.009
188. Jull, G. A., Falla, D. L., Vicenzino, B. y Hodges, P. W. (2009). Effect of therapeutic exercise on activation of the deep cervical flexor muscles in people with chronic neck pain. *Manual Therapy*, 14(6), 696-701. doi:10.1016/j.math.2009.05.004
189. Junquera, R. (Ed.). (2012). *Disfunciones viscerο-emocionales y su repercusión en el sistema músculo-esquelético*. Madrid: Cultiva Libros.
190. Kaoverii Weber, K. (2005). *Automasaje terapéutico: 100 ejercicios fáciles para aliviar malestares y dolores cotidianos*. Barcelona: Parramón Paidotribo.
191. Kapandji, I. A. (1983). *Cuadernos de fisiología articular*, nº3. Barcelona: Editorial Médica Panamericana S.A.
192. Kay, J. A. y Carlson, C. R. (1992). The role of stretch-based relaxation in the treatment of chronic neck tension, *Behaviour Therapy*, 23(3), 423-431. doi:10.1016/S0005-7894(05)80167-4
193. Keleman, S. (Ed.). (2012). *Anatomía emocional. La estructura de la experiencia somática* (9ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
194. Kendall, F. P., Kendall Creary, F. y Geise Provance, P. (2005). *Músculos. Pruebas, funciones y dolor postural*. (4ª ed.). Madrid: Marban.
195. Kennedy, C. N. (2006). La columna cervical. En C.M, Hall y L. Brody L. (Eds.), *Ejercicio terapéutico. Recuperación funcional*. Badalona: Paidotribo.
196. Kerr, K. M. (2000). Relaxation techniques: a critical review. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 12, 51-89.

197. Keyes, C., Ryff, C. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, (82), 1007-1022. doi:10.1037/0022-3514.82.6.1007
198. Kielcolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, J. y Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53(4), 345-362.
199. Kim, H., Chang, M., Rose, K. y Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x
200. King, A. C. y Brassington, G. (1997). Enhancing physical and psychological functioning in older family caregivers: the role of regular physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 91-100. doi:10.1007/BF02883325
201. Kisner, C. y Colby, L. A. (2010). Ejercicio terapéutico. Fundamentos y técnicas (5ª ed.). Buenos Aires: Panamericana.
202. Komiyama, O., Kawara, M., Arai, M., Asano, T. y Kobayashi, K. (1999). Posture correction as part of behavioural therapy in treatment of myofascial pain with limited opening. *Journal of Oral Rehabilitation*, 26(5), 428-435. doi:10.1046/j.1365-2842.1999.00412.x
203. Kosma, M., Cardinal, B. y Rintala, P. (2002). Motivating individuals with disabilities to be physically active. *Quest*, 54(2), 116-132. doi:10.1080/00336297.2002.10491770
204. Kramer, B. y Thompson, E. (Eds.). (2002). Men as caregivers. Theory, research and service implications. Nueva York: Springer Publishing Company.
205. Kuhn, D., Fulton, B., R. y Edelman, P. (2003). Powerful Tools for Caregivers: Improving Self-Care and Self-Efficacy of Family Caregivers. *Alzheimer's Care Quarterly*, 4(3), 189-200.
206. Labrador, F. J., de la Puente, M. L. y Crespo, M. (2001). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. Madrid: Pirámide
207. Larsen, D., Attkisson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207. doi:10.1016/0149-7189(79)90094-6
208. Laserna, J. A., Castillo, A., Peláez, E., Navío, L., Torres, C. J., Rueda, S., Pérez, M. (1997). Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familia-

- res-cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología Conductual*, 3(5), 365-375.
209. Laxe, S., Bernabeu, M., López, R., García, A. y Tormos, J. M. (2010). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en Rehabilitación: de la teoría a la práctica. *Rehabilitación*, 44(2), 152-157.
210. Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca
211. Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
212. Lemmink, K. A., Kemper, H. C., de Greef, M. H., Rispen, P. y Stevens, M. (2003). The validity of the sit-and-reach test and the modified sit-and-reach test in middle-aged to older men and women. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 74(3), 331-361. doi:10.1080/02701367.2003.10609099
213. Leopoldino, A. A., Avelar, N. C., Passos, G. B. J., Santana, N. Á J., Teixeira, V. P. J., de Lima, V. P. y de Melo Vitorino, D. F. (2013). Effect of Pilates on sleep quality and quality of life of sedentary population. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17(1), 5-10. doi:10.1016/j.jbmt.2012.10.001
214. Lichstein, K. L. (Ed.). (1988). *Clinical relaxation strategies*. New York:Wiley.
215. Lluch, M. T. (2003). Métodos alternativos para mejorar el bienestar del paciente. En G. Novel Martí, M.T. Lluch Canut, D.M<sup>a</sup> Lopez De Vergara, (Eds.), *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Masson..
216. Lluch, M. T. y Novel, G. (2003). El autocuidado como estrategia para el crecimiento personal. En G. Novel Martí, M.T. Lluch Canut, D.M<sup>a</sup> Lopez De Vergara, (Eds.), *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Masson.
217. López Martínez, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa.
218. López Santos, V. (2000). *Marco conceptual de educación para la salud*. Barcelona: Masson.
219. López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80.
220. López-Miñarro, P. A., Sainz de Baranda Andújar, P., Yuste Lucas, J. L. y Rodríguez García, P. L. (2008). Validez del test sit-and-reach unilateral como cri-

- terio de extensibilidad isquiosural. Comparación con otros protocolos. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 3(8), 87-92.
221. Lorig, K., Thompson-Gallagher, D., Traylor, L., Ritter, P. L., Laurent, D. L., Plant, K., Hahn, T. J. (2012). Building Better Caregivers: A Pilot Online Support Workshop for Family Caregivers of Cognitively Impaired Adults. *Journal of Applied Gerontology*, 31(3), 423-437.
222. Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W. J., Bandura, A., Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 11(1), 217-223. doi:10.1097/00005650-200111000-00008
223. Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D. y Hobbs, M. (2001). Effects of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262.
224. Lorimer Moseley, G., Nicholas, M. K. y Hodges, P. W. (2004). A Randomized Controlled Trial of Intensive Neurophysiology Education in Chronic Low Back Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 20(5), 324-330. doi:10.1097/00002508-200409000-00007
225. Losada Baltar, A., Izal Fernández de Trocóniz, M., Montorio Cerrato, I., Márquez González, M. y Pérez Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 8(38), 701-708.
226. Losada Baltar, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15(1), 57-76.
227. Losada Baltar, A., Montorio Cerrato, I., Fernández de Trocóniz, M. I. y Márquez González, M. (Eds.). (2006). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
228. Losada, A., Moreno-Rodríguez, R., Cigarán, M., Peñacoba, C. y Montorio, I. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Intervenciones psiquiátricas*, 184(2), 173-186.

229. Lowen, A. (1985). *El lenguaje del cuerpo. Dinámica física de la estructura del carácter.* (5ª ed.). Barcelona: Herder.
230. Lucic, K. S., Steffen, J. J., Harrigan, J. A. y Stueding, R. C. (1991). Progressive relaxation training: muscle contractions before relaxation? *Behaviour Therapy*, 22(2), 249-256.
231. Lum, L. C. (1981). Hyperventilation and anxiety state. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 74(1), 1-4.
232. Lundblad, I., Elert, J. y Gerdle, B. (1999). Randomized controlled trial of physiotherapy and Feldenkrais interventions in female workers with neck-shoulder complaints. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 9(3), 179-94.
233. Madruga Vicente, M., Gozalo Delgado, M., Gusi Fuertes, N. y Prieto Prieto, J. (2009). Efectos de un programa de ejercicio físico a domicilio en cuidadores de pacientes de Alzheimer: un estudio piloto. *Revista de Psicología del Deporte*, 18(2), 255-270.
234. Magee, D. J. (1992). *Orthopedic Physical Assessment*. Philadelphia: WB Saunders.
235. Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.
236. Malonebeach, E. E. y Zarit, S. H. (1991). Current research issues in caregiving to the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 32(2), 103-114.
237. Manceau, E., Bourel, J. y Dubus, V. (2014). Adapted physical activity for caregivers suffering from low back pain. *Revue de l'infirmière*, 198, 29. doi:10.1016/j.revinf.2013.11.011
238. Manso Martínez, M. E., Sánchez López, M. P. y Cuéllar Flores, I. (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*, 24(1), 37-45. doi:10.5093/cl2013a5
239. Marques, A., P., Mendonça, L. y Cossermelli, W. (1994). Alongamento muscular em pacientes com fibromialgia a partir de um trabalho de reeducação postural global (RPG). *Revista brasileira de reumatologia*, 34(5), 232-234.
240. Marquez, M., Barquero, A., Carrasco, M. y Cárdenas, D. (1997). Los programas de educación para la salud desde una perspectiva cualitativa. El papel de la familia, cuidadores informales. *Enfermería científica*, 15(4), 170-177.

241. Martín Madrazo, C., Medina Fernández, M. y Irazábal Martín, E. (1999). Una experiencia grupal: cuidar al cuidador. *Metas de Enfermería*, (13), 15-18.
242. Martín, M., Merlos, M. I. y Mozos, A. (1999). Evaluación de una experiencia grupal de educación para la salud a cuidadores principales de personas con deterioro cognitivo. *Trabajo Social Hoy*, 23, 93-105.
243. Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L. C., Rico, J. M., Lanz y Taussing, M. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
244. Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón, A. I., G., E., Muñoz-Hermoso, P., Ballesteros, J. (2013). Effectiveness of a Psychoeducational Intervention Group Program in the Reduction of the Burden Experienced by Caregivers of Patients With Dementia. The EDUCA-II Randomized Trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 28(1), 79-87. doi:10.1097/WAD.0000000000000003
245. Martínez-de-Haro, V., Pareja-Galeano, H., Álvarez-Barrio, M. J., del-Campo-Vecino, J., Cid-Yagüe, L. y Muñoz-Blas, J. (2011). Sistema gráfico para evaluar la actividad física en relación a la salud. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 11(43), 608-618.
246. Mateo Rodríguez, I., Millán Carrasco, A., García Calvente, M. M., Gutiérrez Cuadra, P., Gonzalo Jiménez, E. y López Fernández, L. A. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención Primaria*, 26(3), 139-144. doi:10.1016/S0212-6567(00)78630-6
247. Matsuda, O. (1995). The effect of coping on the caregiver of elderly patients with dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49(4), 209-212. doi:10.1111/j.1440-1819.1995.tb01886.x
248. Mc Kenzie, J. F., Neiger, B. L. y Smelter, J. (Eds.). (2005). *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs* (4th ed.). San Francisco: Pearson Education.
249. McConaghy, R. y Caltabiano, M. L. (2005). Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing & Health Sciences*, 7(2), 81-91.

250. McGowan, P., Lorig, K., Jadad, A. R., Armayones, M., Bender, J., Gil-Zorzo, E., Serrano, M. (2010). Educación de pacientes y apoyo a la autogestión. En A. R. Jadad, A. Cabrera, F. Martos, R. Smith y R. F. Lyons (Eds.). Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases/> (Recuperado Diciembre 2012).
251. Mehling, W. E., Hamel, K. A., Acree, M., Byl, N. y Hecht, F. M. (2005). Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(4), 44-52.
252. Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre-Acevedo, D. y Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2), 137-145.
253. Michalsen, A., Grossman, P. y Acil, A. (2005). Rapid stress reduction and anxiety among distressed women as a consequence of a three-month intensive yoga program. *Medical Science Monitor*, 11(12), 555-61.
254. Milanović, Z., Pantelić, S., Trajković, N., Sporiš, G., Kostić, R. y James, N. (2013). Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 549-556. doi:10.2147/CIA.S44112
255. Millaruelo Trillo, J. M. y Martín Moreno, F. (2003). Toma de decisiones compartidas con el paciente. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 17 <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=17&art=08> (Recuperado Octubre 2012)
256. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299, de 15 de diciembre (2006).
257. Miotto, J. M., Chodzko-Zajko, W. J., Reich, J. L. y Supler, M. M. (1999). Reliability and validity of the Fullerton Functional Fitness Test: and independent replication study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7(4), 339-353.
258. Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G., Ambinder, A. y Mackell, J. (1997). Effects of a multicomponent support program on spouse-caregivers of Alzheimer's disease patients. En L.L Heston (Ed.), *Progress in*

- Alzheimer's disease and similar conditions. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
259. Mohamed, S., Rosenheck, R., Lyketsos, K. y Schneider, L. S. (2010). Caregiver burden in Alzheimer disease: Cross-sectional and longitudinal patient correlates. *The official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18(10), 917-927. doi:10.1097/JGP.0b013e3181d5745d.
260. Molina Linde, J. M., Iáñez Velasco, M. A. e Iáñez Velasco., B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología 34 y Salud*, 15(1), 33-43.
261. Montgomery, R. J. V. y Kosloski, K. D. (2000). *Family Caregiving: Change, Continuity and Diversity*. En P, Lawton y R. Rubenstein (Eds.), *Alzheimer's Disease and Related Dementias: Strategies in Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
262. Montorio Cerrato, I., Fernández de Trocóniz, M. I., López López, A. y Sánchez Colodrón, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de psicología*, 14(2), 229-48.
263. Montorio, I., Díaz, P. e Izal, M. (1995). Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 3(30), 157-168.
264. Moreno San Pedro, E. y Gil Roales-Nieto, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
265. Moreno, M. A., Catai, A. M., Teodori, R. M., Borges, B. L., Cesar, M. d. C. y Silva, E. (2007). Effect of a muscle stretching program using the Global Postural Reeducation method on respiratory muscle strength and thoracoabdominal mobility of sedentary young males. *The Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(6), 679-689.
266. Moseley, G. L. (2004). Imagined movements cause pain and swelling in a patient with complex regional pain syndrome. *Neurology*, 62(9), 1644. doi:10.1212/01.WNL.0000123019.13575.5E
267. Mota, Y. L., Barreto, S. L., Bin, P. R., Simões, H. G. y Campbell, C. S. G. (2008). Respostas cardiovasculares durante a postura sentada da Reedu-

- cação Postural Global (RPG). *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(3), 161-168.
268. Munduate, L. y Medina, F. J. (2009.). *Gestión del Conflicto, Negociación y Mediación*. (3ª ed.). Madrid: Pirámide.
269. Muñoz-Cruzado y Barba, M. (2007). La enfermedad de Alzheimer como factor de riesgo psicosomático para los cuidadores familiares de enfermos crónicos discapacitados. Universidad de Málaga (Tesis Doctoral no publicada)
270. Muñoz-Cruzado y Barba, M., Fernández Martín, F., Barón López, F. J., Sánchez Guerrero, E. y Labajos Manzanares, M. T. (2008). Enfermedades psicosomáticas músculoesqueléticas en cuidadores de enfermos de Alzheimer: necesidades de fisioterapia. *Fisioterapia*, 30(3), 116-121. doi:10.1016/S0211-5638(08)72968-7
271. Myers, T. W. (2010). *Vías anatómicas: meridianos miofasciales para terapias manuales y del movimiento*. (2ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
272. Nagi, S. Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. En M.B Sussman (Ed.), *Sociology and Rehabilitation*. Washington DC.: American Sociological Association..
273. Naidoo, J. y Wills, J. (Eds.). (1998). *Practising health promotion: dilemmas and challenges*. (1st ed.). London: Bailliere Tindall.
274. Namikoshi, T. (1992). *Shiatsu autoadministrado*. Fuenlabrada-Madrid: EDAF.
275. Narekuli, A., Raja, K. y Kumaran, S. (2011). Impact of physical therapy on burden of caregivers of individuals with functional disability. *Disability, CBR and Inclusive Development*, 22(1), 108-119. doi:10.5463/DCID.v22i1.17
276. National Institutes of Health. Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). <http://www.nihpromis.org/> (Recuperado Septiembre 2014).
277. Naughton, M. J., Shumaker, S. A., Anderson, R. T. y Czajkowski, S. M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En B. Spilker B. (Ed.), *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. New York, Lippincott-Raven.
278. Neary, M. A. (1993). Type of elder impairment: Impact on caregiver burden, health outcomes and social supports. *Clinical Gerontologist*, 13(2), 47-58. doi:10.1300/J018v13n02\_04

279. Nicolakis, P., Erdogmus, B., Kopf, A., Nicolakis, M., Piehslinger, E. y Fialka-Moser, V. (2002). Effectiveness of exercise therapy in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *Journal of Oral Rehabilitation*, 29(4), 362-368. doi:10.1046/j.1365-2842.2002.00859.x
280. Norton, B., J., Sahrman, S. A. y Van Dillen, F. L. (2004). Differences in measurements of lumbar curvature related to gender and low back pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 34(9), 524-534. doi:10.2519/jospt.2004.34.9.524
281. Novak, M. y Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*, 29(6), 798-803. doi:10.1093/geront/29.6.798
282. Promoción de la salud. Glosario. Promoción de la salud. Glosario. Promoción de la salud. Glosario. (1998).
283. O'Sullivan, S. (2013). *Rehabilitación física*. Badalona: Paidotribo.
284. Oliveri, M., Caltagirone, C., Loriga, R., Pompa, M. N., Versace, V. y Souchard, P. (2012). Fast increase of motor cortical inhibition following postural changes in healthy subjects. *Neuroscience letters*, 530(1), 7-11. doi:10.1016/j.neulet.2012.09.031
285. OMS, European Working Group on Health Promotion Evaluation (Ed.). (1998). *Health Promotion Evaluation: Recommendations to policy-makers*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
286. Orem, D. E. (Ed.). (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson Salvat.
287. Orem, D. E. (Ed.). (1981). *Normas prácticas de enfermería*. Madrid: Pirámide.
288. Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, OMS, Ginebra.
289. Organización Mundial de la Salud (Ed.). (1997a). "Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades e impedimentos físicos. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad". Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
290. Organización Mundial de la Salud (Ed.). (1997b). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Yakarta: Organización Mundial de la Salud.

291. Organización Mundial de la Salud (Ed.). (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
292. Organización Mundial de la Salud (Ed.). (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
293. Orgeta, V. y Claudia Miranda-Castillo, C. (2013). Does physical activity reduce burden in carers of people with dementia? A literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(8), 771-783. doi:10.1002/gps.4060
294. Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A. y Goodwin, J. S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (5), 473-478. doi:10.1111/j.1532-5415.2000.tb04991.x
295. Overmyer, L. (2012). *Ortobionomía: Camino hacia el autocuidado*. Barcelona: Paidotribo.
296. Pal, G. K., Velkumary, S. y Madanmohan. (2004). Effect of short-term practice of breathing exercises on autonomic functions in normal human volunteers. *Indian Journal of Med Research*, 120(2), 115-121.
297. Pate, R. R. (1988). The evolving definition of physical fitness. *Quest*, 40(3), 174-179. doi:10.1080/00336297.1988.10483898
298. Payne, R. A. (Ed.). (2009). *Técnicas de relajación. Guía práctica para el profesional de la salud*. (5ª ed.). Barcelona: Paidotribo.
299. Paz, F. (2004). *Características y necesidades del cuidador primario en las enfermedades neurodegenerativas. diseño y evaluación de un programa de intervención*. Universidad Nacional Autónoma de México. (Tesis Doctoral no publicada)
300. Peacock, S. C. y Forbes, D. A. (2003). Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 4(35), 88-107.
301. Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and The Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 5(30), 583-591. doi:10.1093/geront/30.5.583
302. Pecci, C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud: conceptos y campo de aplicación en Medicina. En H.A Argente y M.E Álvarez (Eds.), *Semiología*

- médica. Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. Enseñanza - aprendizaje centrada en la persona. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
303. Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3th ed.). Stamford: Appleton & Lange.
304. Pender, N. J., Murdaugh, C. L. y Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
305. Pérez Peñaranda, A. (2006). El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental.
306. Pinqart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
307. Pinqart, M. y Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 61(1), 33-45. doi:10.1093/geronb/61.1.P33
308. Píriz Campos, R. M., González Arévalo, B. y Sánchez Lozano, Y. (1997). Educación sanitaria a los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, 8(19), 26-30.
309. Poulshock, S. W. y Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden. *Journal of gerontology*, 39(2), 230-239. doi:10.1093/geronj/39.2.230
310. Powerful tools for caregiving. (2013). <http://www.powerfultoolsforcaregivers.org/> (Recuperado Diciembre 2013).
311. Prieto Rodríguez, A. y Naranjo Polania, S. P. (2005). El cuerpo en el campo de estudio de la Fisioterapia. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.*, 53(2), 57-71.
312. Prouzet, A. (2001). *Los automasajes*. Barcelona: Paidotribo.
313. Punamäki, R. y Aschan, H. (1994). Self-care and mastery among primary health care patients. *Social Science & Medicine*, 39(5), 733-741. doi:10.1016/0277-9536(94)90028-0
314. Pushkar-Gold, D., Cohen, C., Shulman, K., Zuccherro, C., Andres, D. y Etezadi, J. (1995). Caregiving and dementia. *International Journal of Aging and Human Development*, 41(3), 183-201.

315. Queralt Alcaraz, M. (2005). Intervención educativa sobre los autocuidados ante síntomas comunes. Universidad Autónoma de Barcelona.
316. Rabins, P. V., Mace, N. L. y Lucas, M. J. (1982). The impact of dementia on the family. *JAMA*, 248(3), 333-5.
317. Rakel, D. y Weil, A. (2009). Filosofía de la medicina integrativa. *Filosofía de la medicina integrativa* (2ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
318. Rasid, Z. M. y Parish, T. S. (1998). The effects of two types of relaxation training on students' levels of anxiety. *Adolescence*, 33(129), 99-101.
319. Rejeski, W. J. y Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56(2), 23-35. doi:10.1093/gerona/56.suppl\_2.23
320. Revicki, D. A., Gnanasakthy, A. y Weinfurt, K. (2007). Documenting the rationale and psychometric characteristics of patient reported outcomes for labeling and promotional claims: the PRO evidence dossier. *Quality of Life Research*, 16, 717-723. doi:10.1186/1477-7525-8-60
321. Richardson, J. L., Shelton, D. R., Krailo, M. y Levine, A. M. (1990). The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *American Journal of Clinical Oncology*, 8(2), 356-364.
322. Rikli, R., E. y Jones, C. J. (1999). Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 29-161.
323. Rikli, R., E. y Jones, C. J. (2001). *Senior Fitness Test Manual*. Champaign IL: Human Kinetics
324. Rivas, R. M. y Fernández, P. (1998). El proceso de evaluación en la educación para la salud. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra, *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España Editores SA. Siglo XXI. Madrid.
325. Rodríguez Ponce, C. (2010). El esfuerzo de cuidar a un ser querido y su impacto en la calidad de los cuidados y en la percepción de salud. *Cuidándote digital*, 1(1), 6-18.
326. Rodríguez Romero, B., Martínez Rodríguez, A., Carballo Costa, L., Senín Camargo, F. J., Paseiro Ares, G. y Raposo Vidal, I. (2009). Evidencia en el manejo del dolor de espalda crónico con el método McKenzie. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 12(2), 73-83.

327. Rodríguez, A. M. (2012). Determinants of overall quality of life in people with advanced cancer. McGill University, Montreal, Quebec, Canada (Tesis no publicada)
328. Rodríguez, A. M., Mayo, N. E. y Gagnon, B. (2013). Independent contributors to overall quality of life in people with advanced cancer. *British Journal of Cancer*, 108, 1790-1800. doi:10.1038/bjc.2013.146
329. Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15(6), 619-626. doi:10.1016/0191-8869(93)90003-L
330. Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. doi: 10.1177/109019817400200403
331. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. y Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
332. Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.
333. Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology*. Palo Alto: CA: Annual Reviews, Inc doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
334. Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, (57), 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
335. Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, (69), 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
336. Sahrman, S. A. (2005). Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento. Barcelona: Paidotribo.
337. Salleras Sanmartí, L. (1985). Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Diaz de Santos.
338. Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61. doi:10.1016/S0272-7358(99)00032-X

339. Salt, V. L. y Kerr, K. M. (1997). Mitchell's simple physiological relaxation and Jacobson's progressive relaxation techniques: a comparison. *Physiotherapy*, 83(4), 200-207. doi:10.1016/S0031-9406(05)66081-6
340. Sánchez Bañuelos, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
341. Sánchez Pascual, P., Mouronte Liz, P. y Olazarán Rodríguez, F. J. (2001). Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. *Revista de Neurología*, 33(5), 422-424.
342. Santiago Navarro, P., Lopez Mederos, O. y Lorenzo Riera, A. (1999). Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Atención primaria*, 24(7), 404-410.
343. Santonja, F (1993.) (Ed.). *Exploración clínica y radiográfica del raquis sagital*. Murcia: Universidad de Murcia, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico.
344. Santonja, F. y Martínez, I. (1992), *Síndrome de acortamiento de la musculatura isquiosural*. Murcia: Universidad de Murcia.
345. Savundranayagam, M. Y. y Brintnall-Peterson, M. (2010). Testing Self-Efficacy as a Pathway That Supports Self-Care Among Family Caregivers in a Psychoeducational Intervention. *Journal of Family Social Work*, 13(2), 149-162. doi:10.1080/10522150903487107
346. Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (Eds.). (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
347. Scholz, J. y Campbell, S. (1980). Muscle spindles and regulation of movement. *Manual Therapy*, 60(11), 1416-1424.
348. Schulz, R., Gallagher-Thompson, D., Haley, W. y Czaja, S. (2000). Understanding the interventions process: a theoretical/conceptual framework for intervention approaches to caregiving. En R. Schulz (Ed.), *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers*. Nueva York: Springer Publishing Company.
349. Schulz, R. y Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240-249. doi:10.1097/00019442-200405000-00002

350. Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771-791. doi:10.1093/geront/35.6.771
351. Schwartz, M. S. y Haynes, S. N. (1974). *Passive Muscle Relaxation*. New York: Guilford MBA.
352. Seco, J., Abecia, L. C., Echevarria, E., Barbero, I., Torres-Unda, J., Rodríguez, V. y Calvo, J. I. (2013). A long-term physical activity training program increases strength and flexibility, and improves balance in older adults. *Rehabilitation Nursing*, 38(1), 37-47. doi:10.1002/rnj.64
353. Seisdedos, M. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid. TEA. (7ª). Madrid: TEA.
354. Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American psychologist*, 50(12), 965-974. doi:10.1037/0003-066X.50.12.965
355. Seligman, M. E. P., Rashid, T. y Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. doi:10.1037/0003-066X.61.8.774
356. Selye, H. (1974). *Stress without distress* (1st ed.). Philadelphia: Lippincott.
357. Semiatin, A. M. y O'Connor, M. K. (2012). The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers. *Aging & Mental Health*, 16(6), 683-688. doi: 10.1080/13607863.2011.651437
358. Serna García, L., Santonja Medina, L. y Pastor Clemente, A. (1996). Exploración clínica del plano sagital del raquis. *Ortopedia y deporte*, 2(5), 88-102.
359. Serrano-Aguilar, P. G., Lopez-Bastida, J. y Yanes-Lopez, V. (2006). Impact on health-related quality of life and perceived burden of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Neuroepidemiology*, 27(3), 136-142. doi:10.1159/000095760
360. Shah, S., Vanclay, F. y Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.
361. Siegel, B. S. (Ed.). (1988). *Amor, medicina milagrosa: enseñanzas sobre autoturación debidas a la experiencia de un cirujano con pacientes excepcionales*. (4ª ed.). Madrid: Espasa.

362. Simons, D. G., Travell, J. G. y Simons, L. S. (2004). Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Volumen I. Mitad superior del cuerpo. (2ª ed.). Madrid: Panamericana.
363. Simonton, S. S. y Sherman, A. C. (1998.). Psychological aspects of mind-body medicine: promises and pitfalls from research with cancer patients. *Alternative Therapies, Health and Medicine*, 4(4), 50-64.
364. Sin, N. L. y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-87. doi:10.1002/jclp.20593
365. Slachevskya, A., Budiniche, M., Miranda-Castillo, C., Núñez-Huasaf, J., Silva, J. R., Muñoz-Neira, C., Martorell, B. (2013). The CUIDEME Study: Determinants of burden in Chilean primary caregivers of patients with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 35(2), 297-306. doi:10.3233/JAD-122086
366. Slinger, S. y Kushner, R. (2001.). Mind/Body Medicine: An Introduction for the Generalist Physician and Nutritionist. *Nutrition in Clinical Care*, 4(5), 256-264. doi:10.1046/j.1523-5408.2001.00006.x
367. Smith, J. C. (1999). Entrenamiento ABC en relajación: una guía práctica para los profesionales de la salud. (1ª ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.
368. Soto Álvarez, J. (2003). Incorporación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos: bases y recomendaciones prácticas. *Anales de medicina interna*, 20(12), 633-644. doi:10.4321/S0212-71992003001200009
369. Souchard, P. E. (1997). Auto-gym. Guía práctica de reeducación postural global. Barcelona: RBA Libros.
370. Souchard, P. E. (2002). Streching global activo. De la perfección muscular al éxito deportivo II. (2ª ed.). Barcelona: Paidotribo.
371. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press.
372. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Madrid, España: TEA Ediciones.
373. Starkey, C. y Ryan, J. L. (1996). Evaluation of orthopedic and athletic injuries. Philadelphia: Davis.

374. Stenstrom, C. H., Arge, B. y Sundbom, A. (1996). Dynamic training versus relaxation training as home exercise for patients with inflammatory rheumatic diseases: a randomized controlled study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25(1), 28-33.
375. Stessman, J., Hammerman-Rozenberg, R., Cohen, A., Ein-Mor, E. y Jacobs, J. M. (2009). Physical Activity, Function, and Longevity Among the Very Old. *Archives of Internal Medicine*, 169(16), 1476-1483. doi:10.1001/archinternmed.2009.248
376. Sudsuang, R., Chentanez, V. y Veluvan, K. (1991). Effect of Buddhist meditation on serum cortisol and total protein levels, blood pressure, pulse rate, lung volume and reaction time. *Physiology and Behaviour*, 50(3), 543-548.
377. Tappan, F. M. y Benjamin, P. (1998). *Tappan's handbook of healing massage techniques*. (3th ed.). Stamford, CT: Prentice Hall Professional Technical Reference.
378. Tartaglini, M. F., Ofman, S. D. y Stefani, D. (2010). Sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 221-226.
379. Tartaglini, M. F. y Stefani, D. (2012). Trastornos psicofisiológicos en adultos mayores cuidadores familiares de enfermos crónicos. Una revisión. *Boletín de Psicología*, (106), 65-79.
380. Terris, M. (Ed.). (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
381. Titlebaum, H. (1988). *Relaxation*. Philadelphia: W B Saunders.
382. Tobón Correa, O. y García Espina, C. (2004). Autocuidado. En O. Tobón Correa (Ed.), *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en Salud*. Colombia: Universidad de Caldas.
383. Toribio, A. y Ramírez, A. (1997). Cuidemos a los cuidadores. *Rol de Enfermería*, 222, 13-5.
384. Toronjo Gómez, A. M. (2001). Cuidador formal frente a cuidador informal. *Gerokomos*, 12(2), 59-66.
385. Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Osuna, M. J. (2005). La medida del bienestar en personas mayores: adaptación de la escala Ryff. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(3), 347-364.

386. Troisier, O. (1989). Exploración articular del raquis. *Enciclopedia Médico-Quirúrgico*, 26-008-G-10
387. Turner, F., Seiger, C. y Devine, N. (2013). Impact of patient and caregiver transfer training provided by a physical therapist in the hospice setting: a case study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(2), 204-209. doi: 10.1177/1049909112444716.
388. Turton, P. (1989). Touch me, feel me, heal me. *Nursing Times*, 85(19), 42-44.
389. Tweeddale, P. M., Rowbottom, I. M. y McHardy, G. J. (1994). Breathing re-training: Effect on anxiety and depression scores in behavioural breathlessness. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 11-21. doi:10.1016/0022-3999(94)90004-3
390. Úbeda Bonet, I. (2009). Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario. (Tesis no publicada).
391. Valderas Martínez, J. M. y Alonso Caballero, J. (2014). Medición de la calidad de vida relacionada con la salud. En A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez y J.G. Badia (Eds.), *Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia*. Barcelona: Elsevier.
392. Valderas, J. M. y Alonso, J. (2008). Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Quality of Life Research*, 17(9), 1125-1135. doi:10.1007/s11136-008-9396-4
393. Valdés, M. y Arroyo, M. C. (2002). Coping strategies and anxiety: preliminary survey on a sample of women with eating disorders. *Ansiedad y Estrés*, 8(1), 49-58.
394. Valencia, M., Alonso, B., Alvarez, M. J., Barrientos, M. J., Ayán, C. y Martín Sánchez, V. (2009). Effects of 2 physiotherapy programs on pain perception, muscular flexibility and illness impact in women with fibromyalgia: a pilot study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32(1), 84-92. doi:10.1016/j.jmpt.2008.07.003.
395. Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643. doi:10.1016/S0191-8869(03)00122-3
396. Van Tulder, M. W., Ostelo, R., Vlaeyen, J., Linton, S. J., Morley, S. J. y Assendelft, W. J. (2001.). Behavioral treatment for chronic low back pain: a sys-

- tematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine.*, 26(3), 270-281. doi:10.1097/00007632-200102010-00012
397. Vera, M. y Vila, J. (1998). Técnicas de relajación. En V. Caballo V. (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
398. Verbrugge, L. M. y Jette, A. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1-14. doi:10.1016/0277-9536(94)90294-1
399. Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, M., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
400. Vilagut, G., Valderasa, J. M., Ferrera, M., Garina, O., López-García, E. y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)*, 130(19), 726-735.
401. Villamarín, F. y Sanz, F. (2004). Autoeficacia y salud: investigación básica y aplicaciones. En M. Salanova, R. Grau, I.M. Martínez., E. Cifre, S. Llorens y M. García-Renedo (Eds.), *Nuevos horizontes en la investigación en autoeficacia*. Castelló de la Plana: Universidad Jaume I.
402. Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L. y Maiuro, R. D. (1991). Predictors of Burden in Spouse Caregivers of Individuals With Alzheimer's Disease. *Psychology and Aging*, 6(3), 392-402. doi:10.1037/0882-7974.6.3.392
403. Wallin, U., Kronovall, P. y Majewski, M. L. (2000). Body Awareness Therapy in Teenage Anorexia Nervosa: Outcome after 2 years. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 19-30. doi:10.1002/(SICI)1099-0968(200002)8:1<19::AID-ERV329>3.0.CO;2-K
404. Ware, J. E. J., Kosinski, M. y Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233. doi:10.1097/00005650-199603000-00003
405. Webber, P., Fox, P. y Burnette, D. (1994). Living alone with Alzheimer's disease: effects on health and social service utilization patterns. *The Gerontologist*, 34(1), 8-15. doi:10.1093/geront/34.1.8

406. Weintraub, M. I. (1992). Shiatsu, Swedish Muscle Massage, and Trigger Point Suppression in Spinal Pain Syndrome. *American Journal of Pain Management*, 2(2), 74-78.
407. Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H. y Keitner, G. I. (1995). Hopelessness depression in depressed inpatients: Symptomatology, patient characteristics, and outcome. *Cognitive Therapy and Research*, 19(4), 263-284. doi:10.1007/BF02230407
408. WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
409. Wilson, I. B. y Cleary, P. D. (1995). Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA*, 273(1), 59-65. doi:10.1001/jama.1995.03520250075037
410. Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
411. Won, C. W., Fitts, S. S., Favaro, S., Olsen, P. y Phelan, E. A. (2008). Community-based "powerful tools" intervention enhances health of caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(1), 89-100. doi:10.1016/j.archger.2007.02.009.
412. Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B. y Zeltzer, L. (2004). A yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10(2)60-3.
413. Youdas, J. W., Garrett, T. R., Harmsen, S., Suman, V. J. y Carey, J. R. (1996). Lumbar lordosis and pelvic inclination of asymptom. *Physical Therapy*, 76(10), 1066-1081.
414. Yuing, F. T. A., Almagià, A. F., Lizana, P. J., Rodríguez, R. F. J., Ivanovic, D. M., Binvignat, G. O., Verdejo, S. A. (2010). Comparación entre dos métodos utilizados para medir la curva lumbar. *International Journal of Morphology*, 2(28), 509-513.
415. Zabalegui, A., Navarro, N., Cabrera, E., Gallart, A., Bardallo, D., Rodríguez, E., Argemí, J. (2008). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(3), 157-66. doi: 10.1016/S0211-139X(08)71176-4

416. Zarit, S. H., Zarit, J. H. y Reever, K. E. (1982). Memory training for severe memory loss: Effects on senile dementia patients and their family. *Gerontologist*, 22(4), 373-377. doi:10.1093/geront/22.4.373
417. Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649



# **ANEXOS**



# **ANEXO 1. ENTREVISTA PARA CUIDADORES INFORMALES**

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN DOMICILIO:

TELÉFONO DE CONTACTO:

## **A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PARTICIPANTE.**

### **1. Género**

0. Varón.                      1. Mujer.

### **2. Edad (NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS)**

### **3. Relación con la persona cuidada:**

1. Esposo/a.
2. Hijo/a.
3. Yerno/Nuera.
4. Sobrino/a.
5. Hermano/a.

### **4. Nivel de estudios terminados:**

1. Sin estudios, soy analfabeto.
2. Sin estudios, pero se leer y escribir.
3. Primarios incompletos (preescolar o primeros años).
4. De primer grado (1ª etapa de la EGB, ingreso, etc. Hasta los 10 años).
5. De segundo grado/ Primer ciclo (2ª etapa de la EGB, 4º de bachiller, Graduado escolar, Auxiliar administrativo, etc. Hasta los 14 años).
6. De segundo grado/ Segundo ciclo (BUP, COU, FP1, FP2, Secretariado, etc. Hasta los 18 años).
7. Universitarios (Diplomaturas en Escuelas Universitarias, Licenciaturas en facultades, Doctorados etc.).

### **5. Asociación de familiares de enfermos a la que pertenece:**

## **B. CARACTERÍSTICAS DEL FAMILIAR RECEPTOR DE LOS CUIDADOS.**

1. Género

0. Varón.                      1. Mujer.

2. Edad de la persona a la que cuida (NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS)

3. Enfermedad diagnosticada:

4. Nivel de dependencia funcional (Índice de Barthel):

## **C. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS.**

5. La responsabilidad en el cuidado de la persona que usted atiende es asumida:

1. En solitario.  
2. Compartida.

6. Desempeña usted alguna actividad remunerada:

0. No.                              1. Sí.

7. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a la persona a la que actualmente ayuda?  
(INDICAR LA CANTIDAD EN MESES)

## **D. CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO.**

8. ¿Cuánto tiempo dedica usted al cuidado de sí mismo en toda la semana?

1. Nada.  
2. Un cuarto de hora.  
3. Media hora.  
4. Tres cuartos de hora.  
5. Una hora o más.

9. Si no dedica usted tiempo, ¿a qué es debido? (anotar todas las posibles respuestas)
1. Falta de tiempo.
  2. Falta de interés.
  3. Falta de formación.
10. Si dedica usted tiempo a cuidarse, ¿cuál de los siguientes tipos de ejercicio realiza? (anotar todas las posibles respuestas)
1. De flexibilidad y fuerza (incluido pilates y yoga).
  2. Aeróbico (caminar, correr, bicicleta, natación etc.).
  3. De relajación/manejo del estrés (respiración, tensión-distensión, automasajes).



## ANEXO 2.ÍNDICE DE BARTHEL

NOMBRE Y APELLIDOS CUIDADOR:

FECHA:

Ítem	Situación del paciente	Ptos
Comer	-Totalmente independiente.....	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. ....	5
	- Dependiente .....	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño .....	5
	- Dependiente .....	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos .....	10
	- Necesita ayuda .....	5
	- Dependiente .....	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. ....	5
	- Dependiente .....	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal .....	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas .....	5
	- Incontinencia .....	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta .....	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda .....	5
	- Incontinencia .....	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa, etc. ....	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo .....	5
	- Dependiente .....	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama .....	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo .....	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo .....	5
	- Dependiente .....	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros .....	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros .....	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda .....	5
	- Dependiente .....	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras .....	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo .....	5
	- Dependiente .....	0
	<b>Total:</b>	
	Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	



## ANEXO 3. ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

A continuación se presenta una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE y CASI SIEMPRE. No existen respuestas correctas o incorrectas.

- 1 = NUNCA
- 2 = CASI NUNCA
- 3 = A VECES
- 4 = FRECUENTEMENTE
- 5 = CASI SIEMPRE

CON QUÉ FRECUENCIA (rodee con un círculo la opción elegida)

- 1.- ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita.....1 2 3 4 5
- 2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo? .....1 2 3 4 5
- 3.- ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades.....1 2 3 4 5
- 4.-¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar? .....1 2 3 4 5
- 5.-¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar.....1 2 3 4 5
- 6.-¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa.....1 2 3 4 5
- 8.-¿Siente que su familiar depende de usted?.....1 2 3 4 5

- 9.- ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar?.....1 2 3 4 5
- 10.-¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familia.....1 2 3 4 5
- 11.-¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar.....1 2 3 4 5
- 12.- ¿Cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?.....1 2 3 4 5
- 13.- ¿Se siente incómoda/o por invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?.....1 2 3 4 5
- 14.- ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?.....1 2 3 4 5
- 15.- ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?.....1 2 3 4 5
- 16.- ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?.....1 2 3 4 5
- 17.- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?.....1 2 3 4 5
- 18.- ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otra persona?.....1 2 3 4 5
- 19.-¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar?.....1 2 3 4 5
- 20.- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar.....1 2 3 4 5
- 21.- ¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?.....1 2 3 4 5
- 22.-En general ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar a su familiar.....1 2 3 4 5

## **ANEXO 4.CUESTIONARIO SF-12 v.1**

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta rodeando con un círculo el número que corresponda a la respuesta que mejor le parezca. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1.- En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente.
2. Muy buena.
3. Buena.
4. Regular.
5. Mala.

2.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2.a. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, hacer las camas o caminar más de 1 hora:

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

2.b. Subir varios pisos por la escalera:

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

3.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?.

3.a. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?.

1. Sí.                      2. No.

3.b. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

1. Sí.                      2. No.

4.- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?.

4.a. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

1. Sí.                      2. No.

4.b. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

1. Sí.                      2. No.

5.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada.  
2. Un poco.  
3. Regular.  
4. Bastante.  
5. Mucho.

6.-Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las 4 últimas semanas....

6.a. ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Sólo alguna vez.
6. Nunca.

6.b. ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Sólo alguna vez.
6. Nunca.

Durante las 4 últimas semanas....

6.c. ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Sólo alguna vez.
6. Nunca.

7.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Algunas veces.
4. Sólo alguna vez.
5. Nunca.



## ANEXO 5. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

A continuación se presenta una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique cómo se siente, escogiendo entre COMPLETAMENTE EN DESACUERDO, MUY EN DESACUERDO, EN DESACUERDO, DE ACUERDO, MUY DE ACUERDO y TOTALMENTE DE ACUERDO.

1=TOTALMENTE EN DESACUERDO.

4=DE ACUERDO.

2=MUY EN DESACUERDO.

5=MUY DE ACUERDO.

3=EN DESACUERDO.

6=TOTALMENTE DE ACUERDO.

- 1.- Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.....1 2 3 4 5 6
- 2.- A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.....1 2 3 4 5 6
- 3.- No tengo tiempo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.....1 2 3 4 5 6
- 4.- Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.....1 2 3 4 5 6
- 5.- Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.....1 2 3 4 5 6
- 6.- Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.....1 2 3 4 5 6
- 7.- En general me siento seguro y positivo conmigo mismo.....1 2 3 4 5 6
- 8.- No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.....1 2 3 4 5 6

- 9.- Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.....1 2 3 4 5 6
- 10.- Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.....1 2 3 4 5 6
- 11.- He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.....1 2 3 4 5 6
- 12.- Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.....1 2 3 4 5 6
- 13.- Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.....1 2 3 4 5 6
- 14.- Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.....1 2 3 4 5 6
- 15.- Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.....1 2 3 4 5 6
- 16.- En general, me siento que soy responsable de la situación en la que vivo.....1 2 3 4 5 6
- 17.- Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.....1 2 3 4 5 6
- 18.- Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.....1 2 3 4 5 6
- 19.- Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.....1 2 3 4 5 6
- 20.- Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.....1 2 3 4 5 6
- 21.- Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.....1 2 3 4 5 6
- 22.- Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.....1 2 3 4 5 6
- 23.- Tengo clara la dirección y objetivo de mi vida.....1 2 3 4 5 6
- 24.- En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.....1 2 3 4 5 6
- 25.- En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.....1 2 3 4 5 6

- 26.- No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.....1 2 3 4 5 6
- 27.- Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.....1 2 3 4 5 6
- 28.- Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.....1 2 3 4 5 6
- 29.- No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.....1 2 3 4 5 6
- 30.- Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.....1 2 3 4 5 6
- 31.- En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.....1 2 3 4 5 6
- 32.- Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.....1 2 3 4 5 6
- 33.- A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.....1 2 3 4 5 6
- 34.- No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.....1 2 3 4 5 6
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.....1 2 3 4 5 6
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.....1 2 3 4 5 6
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.....1 2 3 4 5 6
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.....1 2 3 4 5 6
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.....1 2 3 4 5 6



## **ANEXO 6. SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO**

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas rodeando debajo de cada ítem el número que corresponda a la respuesta elegida.

1.- ¿Cómo calificaría la calidad de la formación que ha recibido?

1. Excelente.
2. Buena.
3. Regular.
4. Mala.

2.- ¿Encontró la clase de formación que buscaba?

1. Sí, totalmente.
2. Sí, en general.
3. Sí, parcialmente.
4. No.

3.- ¿En qué medida nuestro programa de formación ha satisfecho sus necesidades?

1. Totalmente.
2. En general.
3. Parcialmente.
4. Ninguna.

4.- Si un familiar o un amigo necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa de formación?

1. No.
2. Probablemente no.
3. Probablemente si.
4. Si.

5.-La formación que ha recibido, ¿le ha ayudado a hacer frente más eficazmente a alguno de sus problemas de salud?

1. Muchísimo
2. Mucho.
3. Bastante.
4. Poco.

6.-¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

1. Mucho.
2. Bastante.
3. Poco.
4. Nada.

7.- En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?

1. Mucho.
2. Bastante.
3. Poco.
4. Nada.

8.- Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?

1. No.
2. Probablemente no.
3. Probablemente si.
4. Si.

## ANEXO 7.CUESTIONARIO SOBRE PREFERENCIA EN EL TRATAMIENTO-GRUPO EXPERIMENTAL

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

1.-Ordene de 1 a 3 su preferencia sobras las técnicas, donde 1 es la que más le ha gustado y 3 la que menos.

- Técnicas de relajación.
- Autoposturas de estiramiento.
- Automasaje.

2.- Ordene de 1 a 3 su preferencia sobre las diferentes técnicas de relajación enseñadas, donde 1 es la que más le ha gustado y 3 la que menos.

- Tensión distensión.
- Inducción directa.
- Técnicas de respiración.

3.- Ordene de 1 a 4 su preferencia sobre las diferentes autoposturas de reeducación postural global, donde 1 es la que más le ha gustado y 4 la que menos:

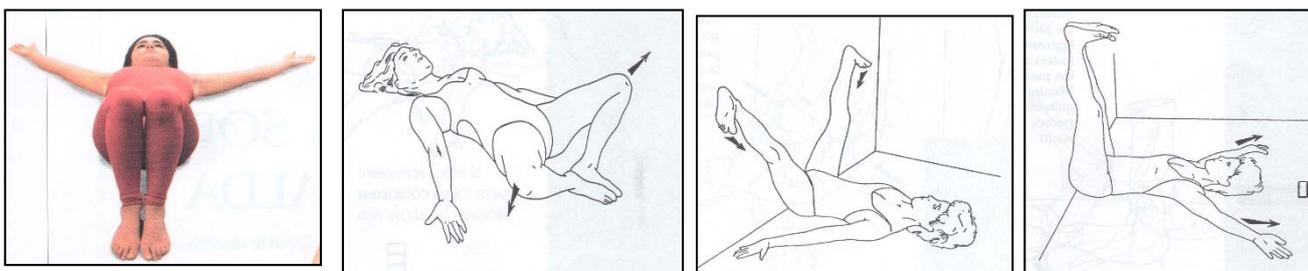


Foto 1. Autopostura de rana al suelo con insistencia en miembros superiores (..)

Foto 2. Autopostura de rana al suelo con insistencia en miembros inferiores (..)

Foto 3. Autopostura de rana al aire con insistencia en miembros inferiores (..)

Foto 4. Autopostura de rana al aire con insistencia en miembros superiores (..)

4.- Ordene de 1 a 3 su preferencia en la práctica de las diferentes técnicas de automasaje, donde 1 es la que más le ha gustado y 4 la que menos.

- Cara, cuello y columna.
- Extremidades inferiores.
- Extremidades superiores.



## **ANEXO 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Impreso CBE-A1**

Yo <sup>1</sup>

DNI/Pasaporte,

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada <sup>2</sup>

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el Dr./Investigador: Dña. Beatriz Alonso-Cortés Fradejas

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a MIS cuidados médicos.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

•Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

•Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

•Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Doy mi consentimiento solo para la extracción necesaria en la investigación de la que se me ha informado y para que sean utilizadas las muestras (fluidos, tejidos, etc.) exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder estas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE *INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN CUIDADORES*, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del paciente o sujeto colaborador:

DNI o Pasaporte:

Firma:

Fecha:

Nombre del investigador: Beatriz Alonso-Cortés Fradejas

DNI: 9801695-S

Firma:

Fecha:

### **Identificación de los responsables de la investigación:**

- Dr. D. Ramón González-Cabanach-Universidad A Coruña.
- Dr. D. Jesús Seco Calvo-Universidad de León.

Dirección de contacto del profesional que lleva a cabo la investigación y del tratamiento de los datos:

Dña. Beatriz Alonso-Cortés Fradejas

E.U Ciencias de la Salud-Universidad de León (Campus de Ponferrada).

Avd. Astorga S/N. 24400 Ponferrada.

Teléfono: 987-442067

Correo electrónico: balof@unileon.es

NOTAS:

<sup>1</sup> Indicar el nombre completo.

<sup>2</sup> Incorporar de forma inseparable o al dorso de este documento.

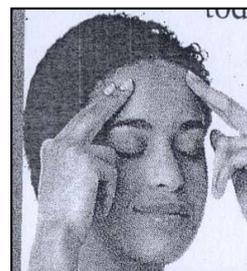
## ANEXO 9. ENTRENAMIENTO EN AUTOMASAJE

A-Automasaje de la cara.

Para realizar las siguientes técnicas sólo necesitará un poco de crema. Durante las maniobras usted deberá colocarse en una posición cómoda por lo que lo mejor será que se siente en una silla con respaldo.

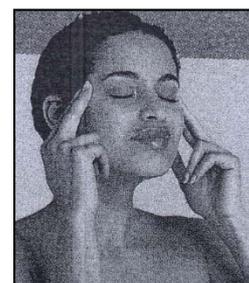
1- Comience cubriéndose la cara con las manos y permanezca así unos instantes, aprovechando un pequeño momento de relax. Luego, muy despacio, deslice las manos hacia los lados, en dirección a las orejas, imaginándose al moverlas que son como imanes que atraen y arrastran la tensión del rostro. Repita este movimiento tres veces.

2- Coloque los dedos índice, corazón y anular de ambas manos en la zona de la frente, una a cada lado. Realice una suave tracción con los dedos en dirección a las sienas. Vuelva a la posición de partida y repita este movimiento tres veces. Note la sensación de relax que va invadiendo poco a poco su cuerpo.

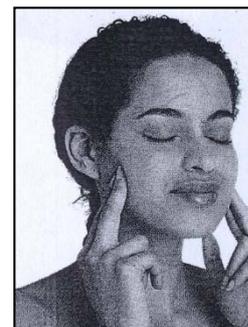


3- Coloque ahora los dedos índice y corazón de ambas manos en la parte más interna de las cejas y deslice lentamente los dedos hacia afuera siguiendo la dirección de las mismas. Vuelva a la posición de partida. y repita el movimiento tres veces.

4- Ahora coloque los dedos índice y corazón de ambas manos en la zona más interna de las cejas y deslice lentamente los dedos hacia abajo siguiendo la forma de nariz hasta alcanzar los orificios de la misma. Vuelva a la posición de partida y repita el movimiento tres veces.



5- Sitúe ahora los dedos índice y corazón de ambas manos en la zona de las sienas, una a cada lado. Realice pequeños movimientos circulares con ambas manos durante unos treinta segundos. Invierta el sentido de los círculos y continúe así treinta segundos más.

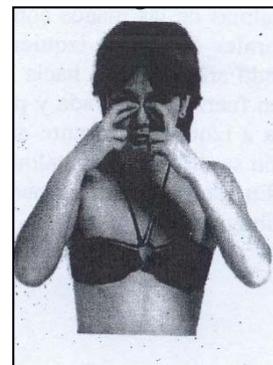


6- Deslice los dedos hasta alcanzar la parte de la mandíbula situada delante de las orejas. Apriete los dientes y perciba la sensación de tensión en esa zona. Deje de apretar los dientes y sienta como se relaja la musculatura. Realice pequeños movimientos circulares con

ambas manos sobre la zona durante treinta segundos. Invierta el sentido de los círculos y continúe treinta segundos más.

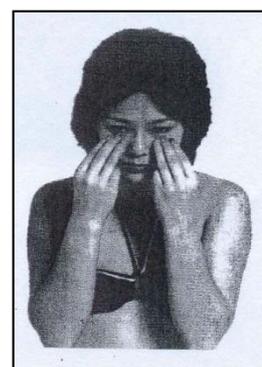
7- En la cara se localizan varios puntos de acupresión.

En primer lugar vamos a tratar los tres puntos de la región nasal. La presión se debe aplicar con la yema del dedo índice de cada mano, reforzado por el dedo medio encima. Para tratar el primer punto sitúe los dedos a ambos lados de la nariz, a la altura del extremo interno del ojo. Presione suavemente durante tres segundos. Presione el punto dos veces más. Para tratar el segundo punto sitúe los dedos un poco más abajo, a cada lado del hueso nasal. Presione suavemente durante tres segundos, tres veces.



Para tratar el tercer punto sitúe los dedos junto a las aletas de las fosas nasales. Presione suavemente durante tres segundos, tres veces.

Ahora vamos a tratar los cuatro puntos situados en la zona inferior de la órbita del ojo. Utilizando los dedos índice, medio y anular de ambas manos, presione al mismo tiempo todos los puntos durante tres segundos tres veces. Trate ahora de la misma manera los cuatro puntos situados por encima de la órbita. Presione al mismo tiempo todos los puntos durante tres segundos, tres veces.



8- Finalice cubriéndose la cara con las manos y permanezca así unos instantes, aprovechando un pequeño momento de relax. Luego, muy despacio, deslice las manos hacia los lados, en dirección a las orejas, imaginándose al moverlas que son como imanes que atraen y arrastran la tensión del rostro. Repita este movimiento tres veces.

B- Automasaje de cuello y hombros.

Para realizar las siguientes técnicas necesitará un poco de crema, un calcetín largo y dos pelotas. Durante las maniobras, usted deberá colocarse en una posición cómoda.

1- Coja el calcetín con las pelotas que ha preparado con anterioridad y colóquelo en el cuello de forma que se adapte a la musculatura de la mejor manera posible y dejando las espinosas de las vértebras libres. Extienda el cuello hacia atrás ligeramente y tire de los extremos del calcetín hacia la izquierda y hacia la derecha.



Realice esta maniobra durante treinta segundos. Desplace el calcetín hacia otra zona y realice la misma maniobra treinta segundos más.

2- Deje el calcetín, apoye las puntas de los dedos de ambas manos en la base del cráneo a cada lado de la columna. Realice pequeños movimientos circulares durante un minuto. Vaya deslizando lentamente las manos hacia abajo siguiendo la musculatura del cuello durante un minuto más. Continúe el masaje siguiendo la dirección del músculo trapecio hasta llegar a los hombros.



3- Coloque ahora el talón de la mano derecha en la parte frontal del hombro izquierdo y los dedos en la parte trasera. Mantenga el codo de la extremidad que realiza el masaje con la mano contraria. Presione ligeramente el músculo trapecio con los dedos y deslícelos hacia arriba. Devuelva los dedos a la posición inicial y repita el movimiento durante dos minutos.

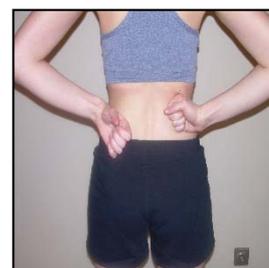


### C- Automasaje de columna dorsal y lumbar.

Para realizar las diferentes siguientes necesitará una toalla, un calcetín largo y tres pelotas. Estas maniobras se realizan de pie.

1- Coja una toalla y colóquela alrededor de su espalda a la altura de los omóplatos. Mantenga la toalla tensa y tire fuertemente hacia derecha e izquierda, con el fin de friccionar la espalda. Realice estos movimientos durante treinta segundos. Repita esta misma maniobra con la toalla situada a la altura de la columna lumbar, justo por encima de la cintura, durante otros treinta segundos más.

2- Lleve las manos hacia la espalda y cierre los puños. Con las muñecas relajadas, dese golpecitos con ellos en la región dorsal baja y lumbar. Realice esta misma maniobra sobre el hueso sacro y las nalgas.



3- Coloque ahora las manos en la parte baja de la espalda, con las palmas sobre las caderas y los pulgares a ambos lados de la musculatura lumbar. Masajee lentamente los músculos con los pulgares planos, efectuando pequeños movimientos circulares para cubrir toda la zona durante un minuto.



4- Coja el calcetín con las pelotas que ha preparado con anterioridad y apoye la espalda contra el suelo o la pared. Coloque las pelotas entre su espalda y la pared/suelo evitando presionar las apófisis espinosas. Masajee la zona utilizando el movimiento de su propio cuerpo durante dos minutos. Ahora deslice las pelotas hacia arriba o hacia abajo para tratar otra zona durante dos minutos más.



5- Coloque ahora una pelota de tenis entre la pared y el glúteo del lado izquierdo. Masajee la zona durante un minuto utilizando el movimiento de su propio cuerpo. Si encuentra un punto más sensible, trátelo manteniendo una presión sobre el mismo hasta que disminuya la sensación de dolor. Continúe masajeando la zona y si encuentra algún otro punto de dolor, trátelo de nuevo mediante la aplicación de presión. Masajee el otro glúteo procediendo de la misma manera.



**Nota:** las maniobras incluidas en este anexo han sido extraídas de los libros "Fundamentos del masaje terapéutico" (Fritz, 2005), "Shiatsu autoadministrado" (Nami-koshi, 1992), "Automasaje terapéutico: 100 ejercicios fáciles para aliviar malestares y dolores cotidianos" (Kaoverii Weber, 2005) y "Terapia de los puntos de activación" de (Davies y Davis, 2004).

## **ANEXO 10. ESTUDIO DE NORMALIDAD**

En este anexo se muestran los resultados del estudio de normalidad de las variables cuantitativas de nuestra investigación, tanto las que hacen referencia a los factores personales y como a la calidad de vida relacionada con la función, para la muestra de estudio (n=36), y también los grupos de control (n=14) y experimental (n=22).

En este estudio, las variables que hacen referencia a las *características sociodemográficas* (participantes y familiares receptores de los cuidados) y los *factores ambientales* han sido analizadas en el momento previo al inicio de las intervenciones (preintervención), mientras que los *factores personales* (sobrecarga percibida y dedicación al autocuidado) y la *calidad de vida relacionada con la función* han sido analizadas para las tres tomas de datos realizadas (preintervención, postintervención y seguimiento) y para las diferencias pre/postintervención (\_12), preintervención/seguimiento (\_13) y postintervención/seguimiento (\_23).

Para este análisis se ha tomado como referencia el valor del estadístico Shapiro-Wilks [W] ya que tanto la muestra de estudio, como los grupos de control como experimental estaban conformados por menos de cincuenta casos.

### **A.10.1 FACTORES PERSONALES**

A continuación se muestra el estudio de normalidad de variables cuantitativas de los factores personales, los cuales simbolizan lo particular que está detrás de la apariencia de vida de una persona, así como su estilo de vida.

Dentro de ellos se han incluido las características sociodemográficas de los cuidadores, los factores asociados al riesgo (carga percibida) y los de protección (dedicación al autocuidado).

Este análisis se presenta para las tres evaluaciones realizadas (preintervención, postintervención y seguimiento) y para las diferencias pre/postintervención (\_12), preintervención/seguimiento (\_13) y postintervención/seguimiento (\_23).

#### **A.10.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS-PARTICIPANTES**

La tabla A10.1 muestra los resultados del estudio de normalidad de la variable *edad del cuidador* para la totalidad de la muestra y los grupos experimental y control.

Variable	Muestra (n=36) [W]	Grupo control (n=14) [W]	Grupo experimental (n=22) [W]
<b>Edad del cuidador</b>	0.126	0.835	0.114

[W] Prueba de Shapiro-Wilk.

Tabla A10.1. Estudio de la normalidad de la variable edad del cuidador para la muestra de estudio y los grupos experimental y control.

Respecto a los resultados, cabe destacar la normalidad de la variable estudiada tanto para la totalidad de la muestra (p: 0.0126), como para los grupos de control (p: 0.835) y experimental (p: 0.114).

### A.10.1.2 FACTOR ASOCIADO AL RIESGO (SOBRECARGA PERCIBIDA)

En las tablas A10.2 y A10.3 se presenta el estudio de normalidad de la variable *sobrecarga percibida*, tanto lo relativo a la puntuación global, como a sus dimensiones impacto, interpersonal e incompetencia.

<b>SOBRECARGA PERCIBIDA</b>				
Variable	Momento de medida	Muestra (n=36) [W]	Grupo control (n=14) [W]	Grupo experimental (n=22) [W]
<b>Sobrecarga global</b>	<b>Pre</b>	0.183	0.319	0.277
	<b>Postintervención</b>	0.422	0.498	0.706
	<b>Seguimiento</b>	0.379	0.170	0.377
	<b>_12</b>		0.975	0.342
	<b>_13</b>		0.278	0.663
	<b>_23</b>		0.437	0.439
<b>Impacto</b>	<b>Pre</b>	0.190	0.065	0.677
	<b>Post</b>	0.420	0.892	0.202
	<b>Seguimiento</b>	0.143	0.923	0.110
	<b>_12</b>		0.979	0.128
	<b>_13</b>		0.946	0.583
	<b>_23</b>		0.100	0.778

[W] Prueba de Shapiro-Wilk.

\*\* Significativo al nivel 0.01.

\*Significativo al nivel 0.05.

Tabla A10.2. Estudio de normalidad de la variable sobrecarga para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental-parte I.

SOBRECARGA PERCIBIDA				
Variable	Momento de medida	Muestra (n=36) [W]	Grupo control (n=14) [W]	Grupo experimental (n=22) [W]
Interpersonal	Pre	0.617	0.525	0.655
	Post	0.191	0.164	0.545
	Seguimiento	0.253	0.390	0.353
	_12		0.567	0.918
	_13		0.010**	0.434
	_23		0.732	0.606
Incompetencia	Pre	0.213	0.291	0.748
	Post	0.005**	0.098	0.428
	Seguimiento	0.071	0.586	0.139
	_12		0.311	0.544
	_13		0.002**	0.297
	_23		0.909	0.141

[W] Prueba de Shapiro-Wilk.

\*\* Significativo al nivel 0.01.

\*Significativo al nivel 0.05.

Tabla A10.3. Estudio de normalidad de la variable sobrecarga para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental-parte II.

Los resultados del mismo muestran la ausencia de normalidad para la dimensión *incompetencia* en la evaluación postintervención ( $p$ : 0.005) para la muestra de estudio y para las dimensiones *interpersonal* ( $p$ : 0.010) e *incompetencia* ( $p$ : 0.002) en las diferencias preintervención/seguimiento (\_13) para el grupo control.

### A.10.1.3 FACTOR PROTECTOR (DEDICACIÓN AUTOCUIDADO)

La tabla A10.4 muestra el estudio de normalidad de la variable cuantitativa asociada a las conductas de autocuidado, el tiempo dedicado (minutos/semana).

DEDICACIÓN AL AUTOCUIDADO				
Variable	Momento de medida	Muestra (n=36) [W]	Grupo control (n=14) [W]	Grupo experimental (n=22) [W]
Tiempo dedicación autocuidado (en minutos /semana)	Preintervención	0.000**	0.219	.000**
	Postintervención	0.016*	0.184	0.329
	Seguimiento	0.020*	0.247	0.147
	_12		0.731	0.362
	_13		0.143	0.005**
	_23		0.542	0.003**

[W] Prueba de Shapiro-Wilk.

\*Significativa al .05 (bilateral).

\*\*Significativa al .01 (bilateral).

Tabla A10.4. Estudio de normalidad de la variable tiempo semanal dedicado-en meses para la totalidad de la muestra y los grupos de control y experimental.

El estudio de normalidad muestra ausencia de normalidad para todos los momentos de medida de la muestra de estudio (n=36) así como para la evaluación preintervención (p: 0.000) y las diferencias preintervención/seguimiento (p: 0.005) y postintervención/seguimiento (p: 0.003) en el grupo experimental.

## A.10.2 FACTORES AMBIENTALES

A continuación se muestran los resultados del estudio de normalidad de variables cuantitativas de los factores ambientales. Dentro de ellos se han incluido las características sociodemográficas de los familiares receptores de los cuidadores y las características generales de la situación de cuidados.

Este análisis se presenta para las tres evaluaciones realizadas (preintervención, postintervención y seguimiento) y para las diferencias pre/postintervención (\_12), preintervención/seguimiento (\_13) y postintervención/seguimiento (\_23).

### A.10.2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS FAMILIARES RECEPTORES DE LOS CUIDADOS

La tabla A10.5 muestra el análisis del estudio de normalidad de las variables *edad del familiar* y *nivel de dependencia funcional* para la totalidad de la muestra y los grupos experimental y de control.

Variable	Muestra (n=36) [W]	Grupo control (n=14) [W]	Grupo experimental (n=22) [W]
<b>Edad del familiar</b>	0.548	0.531	0.447
<b>Nivel dependencia funcional</b>	0.001**	0.005**	0.005**

[W] Prueba de Shapiro-Wilk.

\*\* Significativa al nivel .01.

\* Significativa al nivel .05.

Tabla A10.5. Estudio de la normalidad de las variables *edad del familiar* y *nivel de dependencia funcional* para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental.

Respecto a los resultados, cabe destacar la normalidad para la variable *edad del familiar* y la ausencia de normalidad la variable *nivel de dependencia funcional* tanto para la totalidad de la muestra (p: 0.001) como en los grupos de control (p: 0.005) y experimental (p: 0.005).

### A.10.2.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SITUACIÓN DE CUIDADOS

La tabla A10.6 muestra los resultados del estudio de normalidad de la variable *tiempo en el rol de cuidador-en meses* para la muestra de estudio y los grupos experimental y de control.

Respecto a los resultados, cabe destacar la normalidad para la variable *tiempo en el rol de cuidador-en meses* para el grupo de control y la ausencia de normalidad para la totalidad de la muestra (p: 0.006) y para el grupo experimental (p: 0.046).

Variable	Muestra (n=36) [W]	Grupo control (n=14) [W]	Grupo experimental (n=22) [W]
<b>Tiempo en el rol de cuidador (en meses)</b>	0.006**	0.149	0.046*

[W] Prueba de Shapiro-Wilk.

\*Significativa al .05 (bilateral).

\*\*Significativa al .01 (bilateral).

Tabla A10.6. Estudio de normalidad de la variable tiempo en el rol de cuidador-en meses para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental.

Respecto a los resultados, cabe destacar la ausencia de normalidad de la variable *tiempo en el rol de cuidador* para la totalidad de la muestra (n=36) en todos los momentos de medida, tanto en la totalidad de la muestra como en los grupos de control y experimental.

### A.10.2.3 CALIDAD DE VIDA

La tabla A10.7 presenta el estudio de normalidad de las dos puntuaciones sumario de la variable calidad de vida, salud física (PCS) y salud mental (MCS).

Para la totalidad de la muestra (n=36) se observa una ausencia de normalidad en todos los momentos de medida, exceptuando para la evaluación preintervención en la puntuación sumario salud mental (MCS).

Para el grupo experimental (n=22) se observa ausencia de normalidad para las tres evaluaciones de la puntuación sumario salud física (PCS) y para la diferencia pre/post intervención (\_12).

CALIDAD DE VIDA				
Variable	Momento de medida	Muestra (n=36) [W]	Grupo control (n=14) [W]	Grupo experimental (n=22) [W]
Salud física (PCS)	Preintervención	0.040*	0.283	0.043*
	Postintervención	0.001*	0.547	0.000*
	Seguimiento	0.009*	0.707	0.011*
	_12		0.326	0.003*
	_13		0.054	0.457
	_23		0.090	0.845
Salud mental (MCS)	Preintervención	0.362	0.980	0.320
	Postintervención	0.028*	0.379	0.294
	Seguimiento	0.010*	0.090	0.133
	_12		0.452	0.461
	_13		0.688	0.407
	_23		0.298	0.300

[W] Prueba de Shapiro-Wilks.

\*Significativo al nivel 0.05.

Tabla A10.7. Estudio de normalidad de la variable calidad de vida para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental.

#### A.10.2.4 FUNCIONAMIENTO

En este apartado se muestran los resultados del estudio de normalidad de las variables cuantitativas incluidas en la dimensión funcionamiento, tanto en su dimensión psicológica (bienestar psicológico y ansiedad) como física.

#### A.10.2.5 FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO

La tabla A10.8 presenta el estudio de normalidad de la variable *bienestar psicológico* (escalas autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal).

Para la muestra de estudio (n=36) se observa ausencia de normalidad en la evaluación preintervención para las escalas *autoaceptación* (p: 0.015) y *crecimiento personal* (p: 0.042), y en la postintervención para *autoaceptación* (p: 0.013), relaciones positivas (p: 0.014), dominio del entorno (0.042) y *crecimiento personal* (p: 0.007). Para el grupo de control (n=14) se observa ausencia de normalidad para las diferencias pre-post intervención (\_12) en las escalas *autoaceptación* (p: 0.016), dominio del entorno (0.034), propósito en la vida (p: 0.002) y crecimiento personal (p: 0.002).

<b>BIENESTAR PSICOLÓGICO</b>				
<b>Variable</b>	<b>Momento de medida</b>	<b>Muestra (n=36) [W]</b>	<b>Grupo control (n=14) [W]</b>	<b>Grupo experimental (n=22) [W]</b>
<b>Autoaceptación</b>	<b>Preintervención</b>	0.015*	0.103	0.288
	<b>Postintervención</b>	0.013*	0.378	0.285
	<b>Seguimiento</b>	0.070	0.120	0.001*
	<b>_12</b>		0.016*	0.070
	<b>_13</b>		0.157	0.049*
	<b>_23</b>		0.447	0.000*
<b>Relaciones positivas</b>	<b>Preintervención</b>	0.928	0.898	0.975
	<b>Postintervención</b>	0.014*	0.636	0.004*
	<b>Seguimiento</b>	0.284	0.506	0.99
	<b>_12</b>		0.724	0.004*
	<b>_13</b>		0.181	0.021*
	<b>_23</b>		0.851	0.000*
<b>Autonomía</b>	<b>Preintervención</b>	0.180	0.758	0.229
	<b>Postintervención</b>	0.586	0.388	0.528
	<b>Seguimiento</b>	0.667	0.811	0.230
	<b>_12</b>		0.989	0.650
	<b>_13</b>		0.070	0.510
	<b>_23</b>		0.238	0.000*
<b>Dominio del entorno</b>	<b>Preintervención</b>	0.599	0.511	0.357
	<b>Postintervención</b>	0.042*	0.274	0.196
	<b>Seguimiento</b>	0.164	0.455	0.535
	<b>_12</b>		0.034*	0.075
	<b>_13</b>		0.435	0.014*
	<b>_23</b>		0.832	0.000*
<b>Propósito en la vida</b>	<b>Preintervención</b>	0.677	0.522	0.434
	<b>Postintervención</b>	0.771	0.193	0.268
	<b>Seguimiento</b>	0.187	0.569	0.003*
	<b>_12</b>		0.002*	0.403
	<b>_13</b>		0.971	0.178
	<b>_23</b>		0.200	0.000*
<b>Crecimiento personal</b>	<b>Preintervención</b>	0.042*	0.089	0.114
	<b>Postintervención</b>	0.007*	0.889	0.032*
	<b>Seguimiento</b>	0.544	0.865	0.238
	<b>_12</b>		0.002*	0.002*
	<b>_13</b>		0.007	0.004*
	<b>_23</b>		0.231	0.000*

[W] Prueba de Shapiro-Wilk.

\*Significativo al nivel 0.05.

Tabla A10.8. Estudio de normalidad de la variable bienestar psicológico para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental.

En la tabla A10.9 se presenta el estudio de normalidad de las subescalas ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, así como de sus factores afirmativo y negativo.

<b>ANSIEDAD</b>				
<b>Variable</b>	<b>Momento de medida</b>	<b>Muestra [W]</b>	<b>Grupo control [W]</b>	<b>Grupo experimental [W]</b>
<b>Ansiedad-estado</b>	<b>Preintervención</b>	0.015*	0.196	0.063
	<b>Postintervención</b>	0.135	0.885	0.122
	<b>Seguimiento</b>	0.143	0.304	0.138
	<b>_12</b>		0.037*	0.923
	<b>_13</b>		0.462	0.506
	<b>_23</b>		0.062	0.253
<b>Ansiedad-estado afirmativo</b>	<b>Preintervención</b>	0.088	0.659	0.042*
	<b>Postintervención</b>	0.019*	0.224	0.117
	<b>Seguimiento</b>	0.001**	0.081	0.005**
	<b>_12</b>		0.064	0.436
	<b>_13</b>		0.262	0.468
	<b>_23</b>		0.646	0.176
<b>Ansiedad estado negativo</b>	<b>Preintervención</b>	0.315	0.946	0.515
	<b>Postintervención</b>	0.045*	0.439	0.454
	<b>Seguimiento</b>	0.736	0.429	0.386
	<b>_12</b>		0.019*	0.984
	<b>_13</b>		0.482	0.277
	<b>_23</b>		0.062	0.919
<b>Ansiedad-rasgo</b>	<b>Preintervención</b>	0.842	0.614	0.606
	<b>Postintervención</b>	0.336	0.202	0.073
	<b>Seguimiento</b>	0.089	0.038*	0.152
	<b>_12</b>		0.784	0.541
	<b>_13</b>		0.109	0.267
	<b>_23</b>		0.387	0.348
<b>Ansiedad-rasgo afirmativo</b>	<b>Preintervención</b>	0.881	0.190	0.246
	<b>Postintervención</b>	0.173	0.382	0.271
	<b>Seguimiento</b>	0.642	0.281	0.107
	<b>_12</b>		0.016*	0.112
	<b>_13</b>		0.622	0.012*
	<b>_23</b>		0.015*	0.261
<b>Ansiedad-rasgo negativo</b>	<b>Preintervención</b>	0.467	0.463	0.929
	<b>Postintervención</b>	0.676	0.997	0.208
	<b>Seguimiento</b>	0.734	0.392	0.682
	<b>_12</b>		0.830	0.350
	<b>_13</b>		0.297	0.002**
	<b>_23</b>		0.849	0.410

[W] Prueba de Shapiro-Wilk

\*Significativo al nivel .05.

Tabla A10.9 Estudio de normalidad de la variable ansiedad para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental.

El estudio de normalidad para la muestra de estudio (n=36) muestra una ausencia de normalidad para la subescala *ansiedad-estado* (p: 0.015) en la evaluación preintervención, así como para su factor afirmativo (EA) (p: 0.019) en la eva-

luación postintervención (p: 0.019) y en la de seguimiento (p: 0.001) y para el negativo (EN) en la postintervención (p: 0.045).

Para el grupo control (n=14) se observa ausencia de normalidad para la subescala *ansiedad-estado* (p: .037) y su factor negativo (p: .019) (EA) en las diferencias pre/postintervención, para la subescala *ansiedad-rasgo* (p: 0.038) (AR) en la evaluación de seguimiento y para su factor afirmativo (p: 0.016) (RA) en la diferencia pre/postintervención (\_12).

Para el grupo experimental (n=22) se observa ausencia de normalidad para el factor afirmativo de la *ansiedad-estado* en la evaluación preintervención (p: 0.042) y en la seguimiento (p: 0.005), así como para el factor afirmativo (p: 0.012) (EA) y negativo (p: 0.002) (EN) de la *subescala ansiedad-rasgo* en las diferencias preintervención/seguimiento (\_13).

### **A.10.2.6 FUNCIONAMIENTO FÍSICO**

En la tabla A10.10 se presenta el estudio de normalidad de las pruebas relacionadas con las dos variables asociadas al funcionamiento físico, flexibilidad (test alcanzar las manos a la espalda y cajón) y alineación postural (flechas cervical y lumbar).

En el test alcanzar las manos a la espalda se observa ausencia de normalidad para la diferencia preintervención/seguimiento (\_13) en el grupo experimental (p: 0.000).

Para el test del cajón apreciamos ausencia de normalidad en la evaluación de seguimiento, tanto en la muestra de estudio (p: 0.006) como en el grupo experimental (p: 0.007). También se ha encontrado falta de normalidad en la variable resultante de las diferencias pre/postintervención (\_12) dentro del grupo de control (p: 0.024) y en la resultantes de la evaluación preintervención/seguimiento (\_13) (p: 0.000) y postintervención/seguimiento (\_23) (p: 0.000) en el experimental.

A propósito de los resultados sobre las flechas sagitales, cabe destacar la ausencia de normalidad para la *flecha lumbar* en la evaluación preintervención para la totalidad de la muestra (p: 0.040), así como para las evaluaciones pre- y postintervención (p: 0.024 y 0.040 respectivamente), pre- y postintervención (\_12) (p: 0.000) y preintervención/seguimiento (\_13) (p: 0.001) en el grupo experimental.

<b>FUNCIONAMIENTO FÍSICO</b>				
<b>Variable</b>	<b>Momento de medida</b>	<b>Muestra [1]</b>	<b>Grupo control [1]</b>	<b>Grupo experimental [1]</b>
<b>Test alcanzar manos espalda</b>	<b>Preintervención</b>	0.109	0.466	0.107
	<b>Postintervención</b>	0.653	0.448	0.825
	<b>Seguimiento</b>	0.502	0.463	0.639
	<b>_12</b>		0.732	0.237
	<b>_13</b>		0.671	0.000*
	<b>_23</b>		0.338	0.000*
<b>Test cajón</b>	<b>Preintervención</b>	0.302	0.757	0.495
	<b>Postintervención</b>	0.185	0.826	0.374
	<b>Seguimiento</b>	0.006*	0.524	0.007*
	<b>_12</b>		0.024*	0.929
	<b>_13</b>		0.057	0.000*
	<b>_23</b>		0.349	0.000*
<b>Flecha cervical</b>	<b>Preintervención</b>	0.127	0.206	0.192
	<b>Postintervención</b>	0.581	0.992	0.688
	<b>Seguimiento</b>	0.432	0.177	0.598
	<b>_12</b>		0.438	0.741
	<b>_13</b>		0.851	0.168
	<b>_23</b>		0.896	0.203
<b>Flecha lumbar</b>	<b>Preintervención</b>	0.040*	0.205	0.024*
	<b>Postintervención</b>	0.315	0.126	0.040*
	<b>Seguimiento</b>	0.446	0.909	0.480
	<b>_12</b>		0.071	0.000*
	<b>_13</b>		0.252	0.001*
	<b>_23</b>		0.562	0.305

[W] Prueba de Shapiro-Wilk.

\*Significativo al nivel 0.05.

Tabla A10.10. Estudio sobre la normalidad de las variables relacionadas con la función física para la muestra de estudio y los grupos de control y experimental.