



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA

Programa de intervención de fisioterapia sobre personas cuidadoras de niños con diversidad funcional: un proyecto de aprendizaje y servicio

Physiotherapy intervention program on caregivers of children with functional diversity: a service-learning project

Programa de intervención de fisioterapia sobre persoas cuidadoras de nenos con diversidade funcional: un proxecto de aprendizaxe e servizo



Facultad de Fisioterapia

Estudiante: Dña. Nely López Filomena

DNI: 34273501- M

Tutor: Dña. María Luz González Doniz

Convocatoria: Febrero 2018

AGRADECIMIENTOS

Desarrollar este proyecto y escribirlo, ha supuesto horas de duro trabajo y un crecimiento personal importante. Por eso, me gustaría agradecer a todas aquellas personas que me han ayudado y apoyado durante este proceso.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi familia sus sabios consejos, paciencia, comprensión y apoyo.

También darle las gracias al Instituto de Liderazgo de Las Segovias, al equipo del Centro Regional de Rehabilitación y Educación Las Segovias y a las cuidadoras participantes por brindarme la oportunidad de llevar a cabo esta experiencia y enseñarme tanto.

Agradecer especialmente a mi tutora, M^a Luz González Doniz y a mi profesora Verónica Robles García por su valiosa ayuda y dedicación y por ayudarme cuando lo necesitaba de forma desinteresada.

Finalmente, a mis amigas, no solo habéis estado ahí para apoyarme, sino que sin vosotras no hubiese llegado en muchos momentos a lograr los objetivos.

¡Muchas gracias a todos!

INDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1 TIPO DE TRABAJO.....	4
2.2 MOTIVACIÓN PERSONAL.....	5
3. PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA	6
3.1 INFORMACIÓN DEL PROYECTO.....	6
3.1.1 Titulación.....	6
3.1.2 Materia o materias en la que se encuadra la actividad.....	6
3.1.3 Curso y cuatrimestre.....	6
3.1.4 Docentes/ responsables.....	6
3.1.5 Tipo de experiencia de Aprendizaje y Servicio.....	6
3.1.6 Entidades receptoras del servicio.....	7
3.1.7 Destinatarios del servicio.....	8
3.1.8 Entidades y personas colaboradoras.....	8
3.2 ANTECEDENTES.....	9
4. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	13
5. DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA	14
5.1 CRONOGRAMA DEL PROYECTO.....	14
5.2 DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA.....	15
5.2.1. Planificación del proyecto.....	15
5.2.2. Etapas del desarrollo del proyecto.....	16
6. ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS, APRENDIZAJE Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN	36
6.1 COMPETENCIAS ADQUIRIDAS.....	36
6.1.1. Competencias de Aprendizaje y Servicio.....	36
6.1.2 Competencias del grado.....	36
6.2 RESULTADOS DE APRENDIZAJE.....	38
6.3 SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	39
7. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA	40
7.1 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE COMUNICACIÓN EN PÚBLICO.....	40
7.2 RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN RUBRICA DE APS.....	41
7.3 RESULTADOS RELATIVOS A LA SATISFACCIÓN DE LOS DESTINATARIOS DEL SERVICIO.....	43
7.4 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA GRUPAL A LOS DESTINATARIOS DEL SERVICIO.....	45
7.5 DISCUSIÓN, ASPECTOS A MEJORAR Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.....	46
8. CONCLUSIONES	47
9. BIBLIOGRAFÍA	49
10. ANEXOS	54
ANEXO 1: ENTREVISTA A LA FISIOTERAPEUTA DEL CRRET LAS SEGOVIAS.....	55
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	56
ANEXO 3: ENCUESTA PROPIA DE RECOGIDA DE DATOS PERSONALES.....	58

ANEXO 4: ESCALA VISUAL ANALÓGICA	61
ANEXO 5: CUESTIONARIO PROPIO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS.....	62
ANEXO 6: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN	66
ANEXO 7: PROTOCOLO ENTREVISTA GRUPAL.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Servicios del CRRET Las Segovias (4).....	7
Tabla 2: Características generales de los participantes.....	9
Tabla 3: Características de los participantes. Factores de vida, autocuidado y cuidado del dependiente.....	22
Tabla 4: Temática de las sesiones	23
Tabla 5: Resultados EVA	34
Tabla 6: Resultados cuestionario SF-36.....	35
Tabla 7: Dinamismos (63)	40
Tabla 8: Resultados cuestionario de satisfacción de los destinatarios del servicio.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Cumplimiento de los formularios	18
Figura 2: Movilización de la pelvis en decúbito supino.....	25
Figura 3: Ejercicio "gato enfadado" "gato contento"	26
Figura 4: Posición correcta en sedestación	28
Figura 5: Enderezamiento en la silla	28
Figura 6: Tránsito de una silla a otra	28
Figura 7: Reajuste de una silla de ruedas	28
Figura 8: Sesión teórica con la trabajadora social del centro.....	29
Figura 9: Sesión expositiva donde se muestran los medios audiovisuales disponibles.	31
Figura 10: Exposición teórica	31
Figura 11: Cumplimiento de los cuestionarios finales	31
Figura 12: Gráfico resultados del examen inicial y final	35
Figura 13: Competencias de ApS	36
Figura 14: Resultados del nivel alcanzado en los dinamismos.....	41

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS/ABREVIATURAS

ApS	Aprendizaje y Servicio
TFG	Trabajo Fin de Grado
EVA	Escala de Visual Analógica
EpD	Proyecto de Educación para el Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ILLS	Instituto de Liderazgo de Las Segovias
CRRET Las Segovias	Centro regional de rehabilitación temprana Las Segovias
AVDs	Actividades de la vida diaria
CSF	Componente Sumario Físico
CSM	Componente Sumario Mental
GMFS	Gross Motor Function System

1. RESUMEN

Tipo de trabajo

Este trabajo consiste en un proyecto de Aprendizaje y Servicio (ApS) orientado al conocimiento e implicación con la realidad de un país en vías de desarrollo (Nicaragua). Se enmarcó en la asignatura Trabajo Fin de Grado (TFG) y se realizó desde julio de 2017 a febrero de 2018.

Objetivo general

Ejecutar un proyecto de cooperación al desarrollo en colaboración con una ONG, poniendo en práctica las competencias adquiridas en el grado para proporcionar estrategias de autocuidado y manejo a mujeres cuidadoras de niños con diversidad funcional.

Desarrollo de la experiencia

Inicialmente se llevó cabo una búsqueda bibliográfica para la preparación del temario y adquisición de conocimientos necesarios para proporcionar estrategias de autocuidado y de manejo de niños con diversidad funcional a personas cuidadoras. Después se realizó la valoración inicial de los participantes para diseñar la acción de fisioterapia y su ulterior implementación. Por último, una valoración final en la que se expusieron los resultados y se hizo un análisis reflexivo de los mismos.

Resultados

La comparación de los datos iniciales con los finales mostró la disminución del dolor corporal medida a través de la Escala Visual Analógica del dolor (EVA). Asimismo, se encontró mejoría en la calidad de vida de los participantes (Cuestionario de calidad de vida SF-36). Además, se comprobó, a través de un cuestionario final, que los sujetos habían adquirido un mayor conocimiento de la temática abordada siendo la valoración global de la experiencia satisfactoria por parte de los cuidadores.

Conclusiones

Esta propuesta educativa ha permitido capacitar a personas cuidadoras sobre autocuidado y manejo del niño con diversidad funcional, así como alcanzar las competencias del grado, conocer la realidad de un país empobrecido, desarrollar y adquirir competencias y habilidades personales y sociales.

Palabras clave: Cuidadores, Diversidad funcional, Fisioterapia, Educación.

1. ABSTRACT

Work issue

This work consists of a service-learning project related to knowledge and involvement of a developing country's reality (Nicaragua). It was part of the Final Degree Project and was carried out from July 2017 to February 2018.

General purpose

Executing a development cooperation project in collaboration with an NGO, putting the skills acquired in the degree into practice to provide self-care strategies and management to women caregivers of children with functional diversity.

Development of experience

Initially, a bibliographic search was carried out to prepare the topic and acquire the necessary knowledge to achieve self-care strategies and management of children with functional diversity for caregivers. After the initial participants' assessment, the action of physiotherapy was designed and implemented. Finally, a final assessment in which the results were presented and a reflexive analysis of them was made.

Results

The comparison of the initial and the final information showed a diminution of the body pain measured with the Visual Analogue Scale (VAS). Moreover, it was found improvement of the participants' quality of life (Questionnaire of quality of life SF-36). In addition, it was verified, through a final questionnaire, that the subjects had acquired a greater knowledge of the subject being the overall assessment experience satisfactory by the caregivers.

Conclusions

This educational proposal has permitted to train caregivers in self-care and management of the child with functional diversity, as well as achieving the skills of the degree, knowing the reality of an impoverished country, developing and acquiring personal and social skills.

Keywords: Caregivers, Functional diversity, Physiotherapy, Education.

2. RESUMO

Tipo de traballo

Este traballo consiste nun proxecto de Aprendizaxe e Servizo (ApS) orientado ao coñecemento e á implicación coa realidade dun país en vías de desenvolvemento (Nicaragua). Foi enmarcado na materia de Traballo de Fin de Grao (TFG) e realizouse entre xullo de 2017 e febreiro de 2018.

Obxectivo xeral

Executar un proxecto de cooperación ao desenvolvemento en colaboración cunha ONG, poñendo en práctica as habilidades adquiridas no grao para proporcionar estratexias de autocoidado e manexo a mulleres cuidadoras de nenos con diversidade funcional.

Desenvolvemento da experiencia

Inicialmente realizouse unha busca bibliográfica para a preparación do temario e adquisición dos coñecementos necesarios para proporcionar estratexias de autocoidado e manexo de nenos con diversidade funcional a persoas cuidadoras. Despois realizouse unha avaliación inicial dos participantes para deseñar a acción de fisioterapia e a súa posterior execución. Finalmente, unha avaliación final na que se presentaron os resultados e unha análise reflexiva dos mesmos.

Resultados

A comparación dos datos iniciais cos finais mostrou unha diminución da dor corporal medida a través da Escala Visual Analóxica da dor (EVA). Do mesmo xeito, atopouse melloría da calidade de vida dos participantes (Cuestionario de calidade de vida SF-36). Ademais, verificouse, mediante un cuestionario final, que os suxeitos adquiriron un maior coñecemento da materia abordada sendo a avaliación global da experiencia satisfactoria por parte dos cuidadores.

Conclusiones

Esta proposta educativa permitiu capacitar a persoas cuidadoras sobre autocoidado e manexo de nenos con diversidade funcional, así como acadar as competencias do grao, coñecer a realidade dun país empobrecido, desenvolver e adquirir habilidades e competencias persoais e sociais.

Palabras clave: Cuidadores, Diversidade funcional, Fisioterapia, Educación.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 TIPO DE TRABAJO

Este trabajo consiste en un proyecto de ApS.

Es una propuesta educativa que combina procesos de aprendizaje y servicio a la comunidad en un solo proyecto bien articulado donde los participantes aprenden al trabajar en necesidades reales del entorno con la finalidad de mejorarlo (1) al tiempo que reflexionan de forma estructurada sobre la experiencia vivida (2).

Se trata de actividades complejas, que requieren la sistematización de objetivos y tareas, tanto de servicio como de aprendizaje; éstas se engranan en un proyecto bien articulado ejecutado en diferentes fases: diagnóstico de la realidad, desarrollo de un plan de acción, ejecución de la propuesta y obtención de resultados evaluables; y que fomentan una mirada crítica y reflexiva respecto a los retos socioculturales y medioambientales de la comunidad, con la finalidad de mejorarla a través de la participación y el compromiso cívico (1-2).

Las acciones de ApS se dirigen principalmente a personas que viven en escenarios de desventaja social, exclusión y/o riesgo de exclusión, centrandose sus actuaciones en situaciones de injusticia social relacionadas con la equidad, el respeto a la diversidad, la interculturalidad, la diversidad funcional, las dificultades de aprendizaje, la inclusión educativa y los derechos humanos (2).

En definitiva, el ApS es un método para unir compromiso social con el aprendizaje de conocimientos, habilidades, actitudes y valores. Aprender a ser competentes siendo útiles a los demás (1).

Este proyecto de ApS es un proyecto de conocimiento e implicación con la realidad de los países en vías de desarrollo basado en las siguientes acciones:

- Acción de servicio: dotar a las mujeres cuidadoras de niños con diversidad funcional de estrategias para su manejo y el autocuidado.
- Acción de aprendizaje: conocimiento de la realidad de los países empobrecidos, nociones sobre autocuidado, manejo del niño con diversidad funcional, mejora de habilidades lingüísticas y comunicativas y generación de resultados para la elaboración del TFG.

2.2 MOTIVACIÓN PERSONAL

Los países “invisibles” para mucha población, despiertan interés y ganas de indagar sobre las diferentes culturas y situaciones.

Las diferentes prácticas durante los estudios, permiten conocer una importante variedad de ámbitos socioculturales y sanitarios; con ello, se toma consciencia de la cantidad de recursos existentes y se reflexiona sobre cómo otros países podrían carecer de ellos y de qué manera se podría contribuir en su facilitación.

La modalidad de trabajo de fin de grado en ApS es una oportunidad para aportar un granito de arena, prestando colaboración a las personas que realmente lo necesitan, y sobre todo aprender de ellas.

Asimismo, este proyecto es una gran oportunidad para seguir en formación como profesional, transmitir lo aprendido y utilizarlo para mejorar la vida de las personas. Permite, además, obtener una nueva visión de la realidad en la que se vive, enriqueciéndose culturalmente y asumiendo nuevos retos. Exige también la capacidad para adaptarse a un nuevo contexto, y un entrenamiento del desarrollo de la autonomía.

Es un continuo aprendizaje no sólo profesional sino también personal que implica compromiso, y desarrollo e integración de conceptos como diversidad, sensibilidad, comprensión e inclusión social.

Basándose en el proyecto de educación para el desarrollo (EpD) de la profesora Verónica Robles García sobre mujeres cuidadoras en países en vías de desarrollo, se decidió elaborar un proyecto de ApS dedicado a las mujeres. ¿Por qué a ellas y no a otro sector?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), las inequidades sanitarias son diferencias en el estado de salud o en la distribución de los recursos para la salud entre los distintos grupos de población, que se derivan de las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

En el caso de las mujeres es especialmente preocupante, además de las condiciones sociales y ambientales que afectan a su salud, el hecho de enfrentarse a una doble discriminación: ser mujer y vivir en un país en vías de desarrollo (3). Por ese motivo, es necesario generar compromiso y promover iniciativas que, diseñadas desde la propia realidad de las mujeres, proporcionen servicios y actuaciones para mejorar sus condiciones y calidad de vida.

3. PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

3.1 INFORMACIÓN DEL PROYECTO

3.1.1 Titulación

Grado en Fisioterapia de la Universidad de la Coruña.

3.1.2 Materia o materias en la que se encuadra la actividad

TFG.

3.1.3 Curso y cuatrimestre

Curso académico 2016-2017, cuarto curso, segundo cuatrimestre.

Este trabajo se llevó a cabo durante los meses de julio de 2017 a febrero de 2018.

3.1.4 Docentes/ responsables

María Luz González Doniz fue la docente responsable de tutorizar este TFG.

Verónica Robles García brindó asesoramiento con la ONG y apoyo durante la estancia.

Instituto de Liderazgo de las Segovias (ILLS) es la ONG que realizó el seguimiento de la estudiante durante su residencia en Nicaragua.

3.1.5 Tipo de experiencia de Aprendizaje y Servicio

Temática

Colaboración en la ejecución de un proyecto de cooperación al desarrollo con una ONG dirigida a mujeres cuidadoras de niños con diversidad funcional para proporcionar estrategias sobre su autocuidado y el manejo del niño con diversidad funcional.

Acción

- Conocimiento de la realidad de los niños con diversidad funcional y sus cuidadoras en el municipio de Ocotal capital departamental de Nueva Segovia (Nicaragua).
- Búsqueda de bibliografía acerca de los temas a abordar.
- Diseño de un plan de acción en base a las necesidades detectadas in situ.
- Intervención:
 - Valoración de los participantes antes de la intervención.
 - Realización de talleres formativos sobre manejo y autocuidado.
 - Valoración de los participantes después de la intervención.
- Obtención de resultados y reflexión sobre los mismos.

3.1.6 Entidades receptoras del servicio

El programa se desarrolló en el Centro Regional de Rehabilitación y Educación temprana Las Segovias (CRRET Las Segovias).

Descripción del centro

Debido a la necesidad de disponer de un centro de atención especializada para las personas con diversidad funcional, en 2010 se creó el CRRET Las Segovias con los fondos de la Fundación Teletón Nicaragua (4).

Además de la atención a las personas que la requieran (especialmente niños y adolescentes), el centro se encarga de la educación de las familias para la rehabilitación y el correcto cuidado de dichas personas en el ámbito familiar (4).

Ubicación

El CRRET Las Segovias está ubicado en la ciudad de Ocotal, situada a 226 km. al norte de la ciudad de Managua, coordenadas 13° 30. Latitud Norte y 86° 29. Longitud Oeste (4).

Población atendida

El CRRET Las Segovias atiende los departamentos de Estelí, Nueva Segovia y Madriz. La población total de los tres departamentos asciende a 542,513 habitantes (4).

Servicios

Los servicios prestados y los recursos humanos disponibles por el CRRET Las Segovias aparecen reflejados en la Tabla 1.

Tabla 1: Servicios del CRRET Las Segovias (4)

Servicios que brinda el centro	Personal del centro
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación médica • Fisioterapia y Educación Temprana • Autonomía y Aprendizaje • Logopedia • Hidroterapia • Psicología • Atención a niños con autismo • Terapia Ocupacional • Asistencia familiar y visitas domiciliarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Una médico general • Una fisioterapeuta • Una logopeda • Dos psicólogas • Una trabajadora social • Una responsable secretaria • Una administradora • Una conserje • Directora del centro

3.1.7 Destinatarios del servicio

Cuidadoras informales (madres y abuelas) y cuidadoras formales (mujeres contratadas por las familias) de niños con diversidad funcional.

Características principales de los participantes:

En el programa participaron un total de nueve cuidadores informales. De los nueve, ocho eran mujeres (88,9%) y uno varón (11,1%) al que se le brindó la posibilidad de asistencia debido a su alto interés en el programa y su grado de implicación en la atención de su hijo. Por motivos laborales dos de ellas abandonaron el proyecto en su inicio.

La media de edad de los participantes era de 38,36 ($\pm 11,47$) años. Solo dos de los participantes presentaron una patología por la cual debían tomar medicación.

Respecto al ámbito educativo, cinco (55,6%) presentaron estudios universitarios, tres (33,3%) estudios secundarios y uno (11,1%) primarios. En relación a la actividad laboral, cinco (55,6%) no trabajaban de forma remunerada, de los cuales cuatro (44,4%) eran amas de casa. Dos de los participantes que conformaron el porcentaje de personas no remuneradas dejaron sus puestos de trabajo para poder hacerse cargo de la persona dependiente.

Por último, en relación al cuidado, todos a excepción de uno (88,9%) eran los progenitores directos de la persona dependiente, es decir, padres o madres. La excepción (11,1%) consistió en una abuela que se encontraba al cuidado de su nieta.

Las características generales de los participantes se presentan en la Tabla 2.

3.1.8 Entidades y personas colaboradoras

Colaboradores:

- El ILLS: puso en contacto a la estudiante con el centro y la logística.
- El equipo del CRRET puso a disposición de la estudiante espacios, material y cooperación para llevar a cabo los talleres.
- La Fisioterapeuta del centro: Zeydi Yuditt Herrera Matamoros participó en la elección de los temas abordados y colaboró en los talleres.

Tabla 2: Características generales de los participantes

VARIABLES	n	%	IC95%*
• Edad			
○ Media(DT): 38,36 (11,47)			
• Sexo			
○ Mujer	8	88,9	66,7-100
○ Hombre	1	11,1	0,0-33,3
• Estado civil			
○ Casado	1	11,1	0,0-33,3
○ Soltero	2	22,2	0,0-55,6
○ Pareja de hecho	5	55,6	22,2-88,9
○ Divorciado/a	1	11,1	0,0-33,3
• Ocupación			
○ Amo/a e casa	4	44,4	11,1-77,8
○ Estudiante	1	11,1	0,0-33,3
○ Conserje	1	11,1	0,0-33,3
○ Instructora de salud	1	11,1	0,0-33,3
○ Enfermero/a	1	11,1	0,0-33,3
○ Admisionista de salud	1	11,1	0,0-33,3
• Trabajo remunerado			
○ No	5	55,6	22,2-88,9
○ Si	4	44,4	11,1-77,8
• Estudios			
○ Primarios	1	11,1	0,0-33,3
○ Secundarios	3	33,3	11,1-66,7
○ Universitarios	5	55,6	22,2-88,9
• Enfermedad cuidador			
○ No	6	66,7	33,3-88,9
○ Si	3	33,3	11,1-66,7
• Tipo			
○ Ninguna	6	66,7	33,3-88,9
○ HTA	1	11,1	0,0-33,3
○ Hipotiroidismo	1	11,1	0,0-33,3
○ Alergias piel	1	11,1	0,0-33,3
• Medicación actual			
○ No	7	77,8	44,4-100
○ Si	2	22,2	0,0-55,6
• ¿Para qué?			
○ Enfermedad	2	22,2	0,0-55,6
○ No	7	77,8	44,4-100
• Parentesco con la persona que cuida			
○ Abuelo/a	1	11,1	0,0-33,3
	8	88,9	66,7-100
• ¿Ha dejado su trabajo para encargarse del cuidado?			
○ No	7	77,8	44,4-100
○ Si	2	22,2	0,0-55,6

*Intervalo de confianza del 95%

3.2 ANTECEDENTES

La Organización de las Naciones Unidas estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de los cuales unos 400 millones viven en países en vías de desarrollo y, aproximadamente unos 60, en el continente de América (5).

Se calcula que 150 millones de las personas con discapacidad son niños, la mayoría residentes en las partes más pobres del mundo; y en casi ningún lugar un grupo prioritario (6). Hay circunstancias que influyen en las condiciones de vida de estos niños: la pobreza, la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y sobre todo la indiferencia y la falta de sensibilidad de algunos sectores de la sociedad, aislándolos y retrasando su desarrollo (7,8). También se ocultan o se evitan y a menudo viven en hogares y comunidades inaccesibles con poco o ningún acceso a la educación o la atención primaria de salud (5–8). Aunque una mínima parte de los recursos se destina a su rehabilitación, hay una escasez de profesionales de la salud con experiencia en rehabilitación pediátrica. Incluso los pocos medios disponibles no se utilizan de manera efectiva de acuerdo con la práctica basada en la evidencia, y los servicios se siguen entregando de acuerdo con el modelo biomédico (7).

Nicaragua es la nación centroamericana de mayor extensión territorial con una densidad poblacional de 44.5 habi/ km². La situación de la discapacidad no difiere del panorama mundial, siendo un problema que se ha incrementado durante los últimos años debido a múltiples causas, una de ellas el conflicto bélico que vivió el país (5,9). Todo ello asociado a bajas condiciones de bienestar como la pobreza extrema, la marginación social, la desnutrición, el analfabetismo, la ignorancia, el acelerado crecimiento poblacional, su dispersión y migración, que limitan la prestación de servicios de salud (5).

En Nicaragua, los niños y adolescentes con diversidad funcional representan el 24.1%, encontrándose la prevalencia más alta en los departamentos de Matagalpa, Madriz, Jinotega, Rivas, Masaya, Nueva Segovia y Estelí (5).

La vida de estos niños no se ve condicionada únicamente por el entorno social, sus limitaciones motoras o psicosociales les dificultan la exploración e interacción con el entorno, la realización de tareas de la vida diaria y el desarrollo de su autonomía, precisando ayuda para su ejecución (10–12). Se encontró que, en las edades comprendidas entre seis a dieciséis años, sus principales limitaciones eran (5):

- Limitaciones para la “participación en sociedad” (47%).
- Problemas para “relacionarse con otras personas” (43%).
- Problemas de autocuidado (41%).
- Dificultades de movilidad (31%).
- Problemas de comprensión y comunicación (30%).

Estas limitaciones no solo afectan a la persona que las sufre, sino también a toda la familia, puesto que la responsabilidad de su cuidado es asumida principalmente por ella. Aunque

toda la familia se ve afectada, en la mayoría de los casos es sólo un individuo el que se encarga del cuidado (12,13).

Se denomina cuidador familiar a la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica, participando en la toma de decisiones, supervisando y apoyando en la realización de las actividades de la vida diaria (AVDs) y adaptándose a las demandas del cuidado (13).

Generalmente, la atención del cuidado, recae en la mujer, no importando la edad de la persona dependiente (10,13–17). Parte del rol femenino ha sido asumir responsabilidad de atención en el hogar, lo que conlleva dificultades frente a la posibilidad de esta población de insertarse de modo igualitario en el ámbito laboral, social y económico de la sociedad (14).

La problemática es tal que se ha señalado que “el estado se ha desentendido de ellos y ha delegado su responsabilidad a las mujeres quienes, por lo general, son de escasos recursos y no logran tener un proyecto de vida propio” (Agencia de Cooperación Internacional de Japón, Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2006) (15).

Adicional a las condiciones asociadas al género y la desatención de esta población, en diferentes contextos se han documentado las implicaciones de la experiencia de cuidado de los cuidadores sobre su calidad de vida, relacionadas con el estrés permanente al que se ven sometidos, alteraciones de la salud física en general, del patrón del sueño, sobrecarga, fatiga, incertidumbre, depresión y ansiedad, aislamiento social, alteración de la ejecución habitual del rol, y la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud (10,12,13,17–20).

Si se hace referencia a la atención informal a personas con condiciones neurológicas, los cuidadores se ven más afectados negativamente, aumentando los síntomas psicológicos y físicos. Esto puede ser debido a que los niños con afectación neuropsicomotriz requieren de una atención a largo plazo mayor, y a los desafíos asociados a la deambulación, deficiencias intelectuales, conducta, autocontrol y comunicación del niño (10,16,20–22).

El trabajo físico demandado cotidianamente como la necesidad de manipular el peso de la persona al cuidado o el mantenimiento de posturas inadecuadas y prolongadas, se ha relacionado con la aparición de lesiones y/o alteraciones músculo-esqueléticas con preponderancia en la columna vertebral tales como, hernias, fisuras, contracturas, calambres musculares por sobreesfuerzo, artrosis de articulaciones intervertebrales y

pinzamientos de raíces nerviosas (10,15). Asimismo la ausencia de ejercicio (23) y el estado de ánimo (12) influyen en el agravamiento del dolor.

La alta vulnerabilidad de los cuidadores impone que el profesional sanitario dedique esfuerzos en la detección precoz de cualquier situación de riesgo (17). El fisioterapeuta como profesional especializado en el movimiento, se preocupa por maximizar la capacidad funcional dentro de las esferas de promoción, prevención y rehabilitación (24).

Aprender a realizar esfuerzos de la vida cotidiana de forma adecuada y realizar un programa de ejercicio terapéutico, disminuye el dolor de espalda y previene su aparición (25). Es necesario por ello, brindar capacitaciones sobre salud de reeducación postural, rutinas sobre seguridad en las transferencias y levantamiento de peso, además de asesoramiento psicológico en el manejo del estrés, control de los trastornos del sueño, y conducta de la persona dependiente (9,11,16,21,23). Su intervención es tan importante para su salud como para la persona a su cuidado, ya que de ellos depende en gran parte la calidad de vida y rehabilitación de dicha persona (12,27). Una buena salud y un mayor nivel de “energía” en los cuidadores de niños con discapacidad pueden aumentar la probabilidad de brindar cuidados positivos incluso ante circunstancias adversas (16).

4. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

GENERAL

Para la estudiante:

- Poner en práctica las competencias adquiridas en el grado de fisioterapia mediante una experiencia de aprendizaje-servicio en un país en vías de desarrollo enmarcada en la asignatura TFG.

Para las participantes:

- Capacitar a cuidadoras, tanto formales como informales, en el manejo de las personas a las que cuidan, fomentar la prevención sanitaria y el autocuidado, adaptando la formación a la realidad del entorno.

ESPECIFICOS

Para la estudiante:

- Diseñar un plan de intervención a partir de la realidad observada.
- Poner en práctica habilidades, destrezas y competencias para la dirección de las sesiones.
- Adquirir competencias comunicativas orales y escritas con un grupo de población diferente.
- Proporcionar material de apoyo a las cuidadoras que facilite el cuidado.
- Ser capaz de identificar los cambios y los resultados fruto de ese proyecto de intervención a través de los instrumentos de medida utilizados.
- Realizar un análisis reflexivo sobre el proceso de aprendizaje a partir de la experiencia vivida.

Para los participantes:

- Concienciar y mejorar los hábitos de higiene postural en las AVDs.
- Aprender los fundamentos del manejo de la persona con diversidad funcional o no: posicionamiento, transferencia y movilización.
- Aprender la ejecución de un programa de ejercicio terapéutico para prevenir o paliar el dolor neuro-musculo- esquelético.

5. DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA.

5.1 CRONOGRAMA DEL PROYECTO

JUNIO

L	M	M	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

JULIO

L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

AGOSTO










L	M	M	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

SEPTIEMBRE

L	M	M	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
	26	27	28	29	30	

OCTUBRE

L	M	M	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

-  Reuniones con el ILLS
-  Preparación material didáctico
-  Observación del funcionamiento del centro y modificación del material
-  Reuniones con la tutora
-  Viaje
-  Presentación del centro y entrevista con la fisioterapeuta
-  Primera reunión con los cuidadores
-  Sesiones con los cuidadores
-  Inicio de la redacción del proyecto

5.2 DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

La intervención comenzó el día cinco de junio de 2017, en el que se llevó a cabo la primera reunión con la ONG y terminó el día veintinueve de octubre de 2017 tras la última tutoría con la tutora. Tuvo, por tanto, una duración de cuatro meses.

Tras los primeros contactos con la ONG, se procedió a la preparación del temario que implicó sobre todo búsquedas bibliográficas y adquisición de conocimientos específicos para poder proporcionar estrategias de autocuidado y de manejo de niños con diversidad funcional a las personas encargadas de ellos. Una vez en Ocotlán, se realizó una breve investigación de metodología mixta utilizando instrumentos cuantitativos y cualitativos para la obtención de información del centro y de los participantes necesaria para adaptarse al funcionamiento del centro, la metodología de trabajo y definir el diseño del programa.

Finalmente, después de una primera toma de contacto con los cuidadores interesados en participar en el programa, se inició la implantación del programa modificado. Dicho programa constó de dos sesiones de valoración, inicial y final, y siete sesiones teórico-prácticas, cada una de ellas de una hora y media de duración dos días a la semana: martes y viernes.

Además de la realización del proyecto de ApS se desarrollaron tareas de apoyo en la unidad de fisioterapia: tratamiento de los niños, talleres para las profesionales y actividades en relación al empoderamiento de la mujer realizadas por el ILLS.

A continuación, se expondrá de manera exhaustiva lo citado.

5.2.1. Planificación del proyecto

En el presente apartado se expondrá el proceso de la programación del proyecto, desarrollada durante los primeros contactos con la ONG y las respectivas reuniones con la tutora:

Reuniones de coordinación con el ILLS:

- Las primeras tomas de contacto con la ONG de destino, a las que ya se ha hecho referencia, se llevaron a cabo a través de la profesora Verónica Robles, vía email y telefónica, presentándose la idea de colaborar con el ILLS, coordinar las fechas de la estancia y determinar el tipo de colaboración en base al perfil académico.
- Una vez en el lugar de destino, todos los lunes se desarrollaron reuniones en la sede del ILLS donde se planificaron los eventos de la semana, se comentaron los objetivos, las dificultades, dudas y avances conseguidos.

Reuniones de coordinación con la tutora:

Las dudas surgidas durante la elaboración del proyecto se resolvieron principalmente vía email, realizando las siguientes tutorías presenciales:

- 24 Julio: Se presentó la idea de realizar un proyecto de ApS en un país en vías de desarrollo como tema para el TFG.
- 6 y 28 de septiembre: Vía Skype, se abordaron las dudas en cuanto a la intervención desarrollada y la planificación de las sesiones.
- 20 de octubre: Se realizó una tutoría presencial tras el regreso, en la cual se comentó la experiencia y se programó la redacción del trabajo.

Reuniones de coordinación con el centro CRRET Las Segovias:

Se realizaron dos encuentros claves para la planificación de la intervención:

- En el primer encuentro se adquirió conocimiento del centro, su funcionamiento y sus trabajadoras. Posteriormente se realizó una entrevista a la fisioterapeuta del CRRET Las Segovias por ser una informante clave, no solo por el cargo que ocupa y la relación con los participantes, sino por años de experiencia trabajando en el centro, los siete años que lleva en funcionamiento. Dicha entrevista tuvo una duración aproximada de 25 minutos, se realizó en un aula a solas y se tomaron anotaciones puesto que no se autorizó la grabación de la misma. (Anexo 1)
- En el segundo encuentro se realizó una reunión con los familiares y cuidadores interesados en participar en el proyecto. Se procedió a la presentación de la estudiante, su motivación personal y el objetivo del proyecto. Se entregó por escrito la información junto con un modelo de consentimiento informado (Anexo 2). Se establecieron, en base a sus preferencias, los horarios, el número de sesiones y los temas que les interesase abordar en ellas.

5.2.2. Etapas del desarrollo del proyecto

El proceso de implementación se realizó en 3 etapas diferentes:

- Etapa 1: Búsqueda bibliográfica.
- Etapa 2: Intervención.
 - 2.1 Valoración inicial.
 - 2.2 Diseño de la acción de fisioterapia e implementación.
 - 2.3 Valoración final.
- Etapa 3: Exposición de los resultados.

Etapa 1: Búsqueda Bibliográfica

Previamente a la llegada de la estudiante a Nicaragua (lugar del desarrollo del proyecto), se elaboró el material didáctico en base a lo hablado con la ONG. Se recabó información para la elaboración de las sesiones desde el 26 de junio al 17 de agosto.

Para ello se emplearon las principales bases de datos en ciencias de la salud, (PubMed, Cinahl, Scopus, PEDro y Cochrane Library), además de Google académico, mediante el uso combinado de lenguaje natural y lenguaje documental. Las palabras claves utilizadas para las búsquedas fueron las siguientes:

“Caregivers”, “family caregiver”, “Self care”, “posture” “early intervention”, “motor development”, “tummy time”, “position”, “motor skills”, “supine”, “prone”, “infant equipment”, “position”, “breastfeeding”, “breastfeeding attitudes”, “plagiocephaly”, “cranial deformations”, “prevention”, “Cerebral palsy”, “spinal dysraphism”, “microcephaly” “health education”, “low back pain”, “back pain”, “physiotherapy”, “physical therapy”, “Postural balance”, “pressure ulcers”, “spasticity”, “rehabilitation”.

El principal criterio de selección de la bibliografía fue la relación con los temas de interés: higiene postural y autocuidado, manejo de la persona dependiente, posicionamiento del niño, principales patologías y primeros auxilios.

Para determinar si este criterio se cumplía o no se procedió a la lectura de los títulos y resúmenes de los artículos identificados en las búsquedas iniciales, y si existía alguna duda respecto a su utilidad para el trabajo, se realizó una lectura completa de los textos.

También se consultaron páginas web con garantía de fiabilidad (“Australasian academy of cerebral Palsy and Developmental Medicine”, “Canchild”, “Rednose saving little lifes”, “Instituto internacional de displasia de cadera” y “Asociación Española de reeducación Postural Global”), la Biblioteca de Oza y material publicado en la web de la página de la Facultad de Fisioterapia sobre “Hábitos de vida saludable y prevención de problemas músculo-esqueléticos”.

La bibliografía utilizada para la elaboración del temario se encuentra en el apartado de la bibliografía (3,25,28–56) .

Etapa 2: Intervención

Para alcanzar los objetivos formulados en el proyecto de ApS se diseñó un programa de intervención que consta de las siguientes subetapas:

2.1 Valoración inicial de los participantes

La primera valoración de los participantes (Figura 1) se realizó previamente a los talleres formativos para evaluar la situación de partida. Los cuestionarios fueron auto-cumplimentados, a excepción de una persona que no sabía leer, se distribuyeron en el aula y fueron devueltos de forma anónima.



Figura 1: Cumplimiento de los formularios

Uno de los cuestionarios empleados fue diseñado por la propia estudiante al no encontrarse cuestionarios validados en el país de referencia y relacionados con la temática. Además, el lenguaje empleado fue adaptado y se utilizaron escalas validadas en un país culturalmente parecido. Los instrumentos de medida fueron los siguientes:

- **Encuesta propia de recogida de datos personales:** Se realizó un cuestionario semi-estructurado. Consta de diferentes ítems sobre variables sociodemográficas, factores de vida, autocuidado y cuidado de la persona dependiente. (Anexo 3)
- **Escala Visual Analógica (EVA):** Para medir la intensidad del dolor músculo-esquelético se empleó la EVA.
Esta escala consiste en una línea (generalmente de 10 cm de longitud), cuyos puntos extremos representan “nada de dolor” y “el peor dolor imaginable”. Se le indica al sujeto que marque sobre dicha línea el punto que mejor indique la intensidad de su dolor para cada región corporal. Con una regla se mide la distancia entre el extremo de “no dolor” hasta la marca. Para este contexto, se adaptó la EVA solicitando información para diez zonas corporales (57,58). (Anexo 4)
- **Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (español, Colombia):** Para adecuar culturalmente la escala, se utilizó la adaptación Colombiana de la misma.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de salud. Los 36 ítems del instrumento cubren 8 dimensiones del estado de salud función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; además de un ítem que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población (50 ± 10). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global, sin embargo permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: *Componente Sumario Físico (CSF)* y *Componente Sumario Mental (CSM)* (59–61).

- **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit:** Se empleó la versión chilena. Esta escala mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores. Consta de 22 preguntas tipo Likert de cinco opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) o “sobrecarga intensa” (≥ 56). “Sobrecarga ligera” representa un factor de riesgo para generar “sobrecarga intensa”. Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador (coeficiente de correlación intraclase (CCI) 0,71 en su estudio original, y 0,71-0,85 en validaciones internacionales, consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países. Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas (14,62). Esta escala se aplicó para determinar cuáles son los factores que intervienen la salud del cuidador. El objetivo de este trabajo no es analizar desde una perspectiva psicológica la sobrecarga, pero se considera conveniente tener en cuenta otros condicionantes sociales, como la sobrecarga emocional. Los datos obtenidos nos permiten realizar una valoración integral y holística de las personas cuidadoras y establecer la mejores estrategias de intervención.
- **Cuestionario propio para evaluación de los conocimientos:** Se redactaron veinticinco preguntas tipo test elaboradas por la estudiante y relacionadas con el temario abordado para evaluar si los participantes adquirieron los conocimientos previstos. Las preguntas se estructuraron en relación con el temario impartido en cada sesión para ser contestadas previamente al desarrollo de la sesión. (Anexo 5)

2.2 Diseño de la acción de fisioterapia e implementación

Para el diseño de la intervención se tuvieron en cuenta: los datos recogidos de la entrevista con la fisioterapeuta del centro, la información aportada por la observación, los intereses y la disponibilidad de los participantes detectados durante el primer encuentro.

En la primera entrevista con la fisioterapeuta, como se ha expresado anteriormente, se determinó el grupo al que van dirigidas las acciones, cuáles eran los problemas observados en el centro y los aspectos clave en la familia que requerían intervención: cuidadoras informales residentes en la ciudad de Ocotlán de bajos recursos económicos con corta experiencia en el cuidado centrando la temática en el manejo del niño con diversidad funcional.

Durante dos semanas se tomaron anotaciones sobre el centro para entender su funcionamiento. Al mismo tiempo se iniciaron las correcciones de los temas elaborados.

Además teniendo en cuenta las principales dificultades previas descritas por los profesionales del centro (motivación, trabajo y economía) para llevar a cabo una actuación sobre cuidadores/as de niños con diversidad funcional con el objetivo de mejorar su bienestar y el de la persona que recibe los cuidados, se indagó sobre los temas de mayor interés para los participantes (manejo de la conducta del niño/a) y, en consenso con ellos se planificó la intervención: ocho sesiones de una duración de 1:30h cada una y dos días por semana, martes y viernes. El horario se estableció de 15:00h a 16.30h.

Según los datos recogidos en la Tabla 3, ningún participante había formado parte de un programa de salud destinado a la formación del cuidador. Ocho de los participantes (88,9%) afirmaron que recibieron explicaciones sobre el diagnóstico de su familiar pero todos concordaron en que necesitaban más información sobre la patología de la persona dependiente y sobre su cuidado.

Además ninguno contaba con ayudas del gobierno municipal o estatal y la mayoría (77,8%) consideró que no existían ayudas públicas suficientes para familias con niños con diversidad funcional.

La media de edad de las personas de las que se hacían cargo dichos cuidadores era de 8,27 (\pm 7,82). La gran mayoría necesitaba ayuda en las AVDs: aseo personal (66,7%), vestirse, beber, comer, moverse (77,8%) y toma de medicación (66,7%).

Por este motivo, todos ellos se dedicaban al cuidado los siete días de la semana con una media de horas diaria de 18:40 h (\pm 5:49 h). Seis de las personas cuidadoras (el 66,7%)

llevaban más de tres años ejerciendo como cuidador principal y el resto menos de dos años. Y aunque el núcleo familiar estaba formado por una media de 5,11 (\pm 3,02) personas, solo el 66,7 % de los cuidadores recibía ayuda de otro familiar, generalmente la pareja o hijo. En uno de los casos estudiados la persona responsable del niño contrató (o se podía permitir) a una niñera como ayuda.

En relación al manejo de las personas atendidas, se refleja que el 88,9% reconocieron no ser conscientes de la postura que adoptaban al transferir o movilizar a la persona que cuidaban. Las horas en las que el niño se encontraba en los brazos del cuidador ascendieron a 12 h diarias en el 44% de los casos. Además, refirieron dificultad para el cuidado por faltarle fuerza física (el 33,3%) y presentaron dudas de cuál sería la mejor forma de hacerlo (22,2 %).

Por otra parte ocho de ellos (88,9%) no habían realizado ninguna actividad física con el propósito de mejorar su bienestar. Igualmente tres, (33,3%) no habían dedicado ningún tiempo así mismo y el 44,4% menos de 30 minutos.

A pesar de que todos (salvo uno) presentaron una buena relación afectiva con la persona que cuidan, el nivel de sobrecarga fue intenso en el 77,8% de los casos.

Los servicios recibidos por el familiar cuidado fueron principalmente fisioterapia y, una minoría, terapia ocupacional, logopedia y educación especial. Todos estaban satisfechos o muy satisfechos con dichos servicios.

De la información obtenida se concluyó la pertinencia de desarrollar estrategias de autocuidado, cuidado y manejo del niño con diversidad. Se decidió no realizar ninguna intervención sobre el niño y dedicar el programa exclusivamente a los cuidadores además de elaborar talleres de carácter multidisciplinar (social y psicológico) con el apoyo de profesionales especializados.

Tabla 3: Características de los participantes. Factores de vida, autocuidado y cuidado del dependiente

VARIABLES	n	%	IC95%*
• Edad persona que cuida			
○ Media(DT): 8,27 (7,82)			
• Vive con la persona que cuida			
○ Si	9	100	100-100
• Número de personas en el núcleo familiar			
○ Media (DT): 5,11(3,02)			
• Tiempo ejercido como cuidador principal			
○ Menos de 1 año	2	22,2	0,0-55,6
○ Entre 1 y 2 años	1	11,1	0,0-33,3
○ Más de 3 años	6	66,7	33,3-100
• Días a la semana dedicados a prestar cuidados			
○ De 6 a 7 días	9	100	100-100
• Horas diarias dedicadas a prestar cuidados			
○ Media (DT): 18:4 (5:49)			
• Única persona a cargo de la persona que cuida			
○ No	6	66,7	33,3-88,9
○ Si	3	33,3	11,1-66,7
• Grado de afectividad de 0-10 con la persona que cuida			
○ Media (DT): 9,44 (1,67)			
• AVDs en las que depende de usted			
Aseo personal			
○ No	3	33,3	11,1-66,7
○ Si	6	66,7	33,3-88,9
Vestirse, beber, comer y moverse			
○ No	2	22,2	0,0-55,6
○ Si	7	77,8	44,4-100
• Derivado del cuidado, indique si:			
siente dificultad por faltarle fuerza física			
○ No	6	66,7	33,3-88,9
○ Si	3	33,3	11,1-66,7
duda sobre cómo sería la mejor manera			
○ No	7	77,8	44,4-100
○ Si	2	22,2	0,0-55,6
tiene alguna dificultad			
○ No	6	66,7	33,3-100
○ Si	3	33,3	0,0-66,7
• Si es el caso, tiempo que dedica a chinear** a la persona			
○ Todo el día	1	11,1	0,0-33,3
○ Medio día	4	44,4	11,1-77,8
○ Unas horas	3	33,3	11,1-66,7
○ Nunca	1	11,1	0,0-33,3
• Forma parte de algún programa de salud destinado al cuidador			
○ No	9	100	0-100
• Realización de actividad física para mejorar su bienestar			
○ No	8	88,9	66,7-100
○ Si	1	11,1	0-33,3
• Tiempo dedicado a sí mismo/a			
○ Ninguno	3	33,3	11,1-66,7
○ Menos de 30 min	4	44,4	11,1-77,8
○ Entre 30 min y 1 hora	1	11,1	0-33,3
○ Más de 2 horas	1	11,1	0-33,3
• Consciente de la postura que adopta al transferir/movilizar			
○ No	8	88,9	66,7-100
○ Si	1	11,1	0-33,3

• Ayuda del gobierno municipal y/o estatal			
No	9	100	100-100
• Considera que existen ayudas públicas suficientes			
○ No	7	77,8	44,4-100
○ Si	2	22,2	0-55,6
• Recursos para desplazarse hacia los sitios que necesita estar			
○ No	7	77,8	44,4-100
○ Si	2	22,2	0-55,6
• Usted y su familia reciben servicios/información relacionados con el diagnóstico de su familiar			
○ No	1	11,1	0-33,3
○ Si	8	88,9	66,7-100
• Necesita más información de la patología y cuidados			
○ Si	9	100	100-100
• Tratamientos que recibe la persona que cuida			
Terapia ocupacional			
○ No	6	66,7	33,3-100
○ Si	3	33,3	0,0-66,7
Educación especial			
○ No	7	77,8	44,4-100
○ Si	2	22,2	0-55,6
Logopedia			
○ No	7	77,8	44,4-100
○ Si	2	22,2	0-55,6
Fisioterapia			
○ Si	9	100	100-100
• Satisfacción general con los servicios anteriores			
○ Completamente satisfecho	5	55,6	22,2-88,9
○ Satisfecho	4	44,4	11,1-77,8

* Intervalo de confianza del 95%

** Llevar en brazos

Las sesiones teórico-prácticas diseñadas fueron siete, de una duración de 1,30h divididas en 40 min teóricos y 50 min prácticos, martes y viernes.

Dichas sesiones se realizaron desde el 12 de septiembre de 2017 hasta el 6 de octubre de 2017. La sesión seis no se pudo llevar a cabo debido a condiciones meteorológicas adversas.

A continuación se realiza una breve explicación del contenido de la Tabla 4. Esta tabla contiene las temáticas abordadas en cada una de las sesiones estructuradas en objetivos, contenidos y resumen de la sesión.

Tabla 4: Temática de las sesiones

Nº Sesión	Título	Fecha
1	Higiene postural en las AVDs	12/09/17
2	Manejo de la persona dependiente	19/09/17
3	Bebés, niños y su posicionamiento	22/09/17
4	Práctica de la teoría de las sesiones anteriores	26/09/17
5	Ley sobre discapacidad	29/09/17
6	Trastornos de conducta: manejo y abordaje	03/10/17
7	Patología y primeros auxilios	06/10/17

Sesión 1. Higiene postural en las AVDs.

Objetivos:

- Conocer la definición de dolor e identificar su posible origen.
- Aprender las posturas correctas e incorrectas en las AVDs.
- Crear en el cuidador una rutina de ejercicios que le ayuden a mantener y mejorar su salud.

Contenidos teóricos:

- ¿Qué es el dolor? ¿A qué puede ser debido? ¿Cómo se puede prevenir el dolor de espalda?
- La columna vertebral.
- Cuidarnos para cuidarles. Importancia de una buena postura.
- Concepto de higiene postural, ergonomía y mecánica corporal.
- Normas de posición del cuerpo en las AVDs y durante la sobrecarga.

Resumen de la sesión:

Para la realización del taller se contó con la ayuda de la fisioterapeuta del centro, dos aulas, papelógrafos para la explicación de la teoría y colchonetas y sillas para la ejecución práctica de los ejercicios.

Los cuidadores participantes de la sesión fueron cuatro.

Se inició con una breve dinámica de presentación para conocerse. A continuación, para evaluar sus conocimientos iniciales, se efectuaron preguntas a través de un juego relacionados con el tema a abordar. Posteriormente se explicó la teoría y finalmente se resolvieron las dudas.

Al finalizar la parte teórica se procedió a iniciar la parte práctica en el aula de fisioterapia. Inicialmente se explicó la importancia de los ejercicios propuestos y se aconsejó su práctica diaria en el hogar. Seguidamente se ejecutaron los ejercicios centrados en concienciación postural en decúbito:

- Ejercicio respiratorio y de la faja abdominal, movilización de la pelvis (Figura 2), hombros, columna cervical, dorsal y lumbar.
- Estabilización de la región lumbar combinado con movilización de la cadera, ejercicio “gato enfadado” y “gato contento”.
- Por último se realizan ejercicios de estiramiento y pasos para incorporarse desde el suelo.

Una vez finalizado el taller, se consultó a los participantes si la actividad fue de su agrado y si consideraban necesario realizar algún cambio en la logística de la sesión.



Figura 2: Movilización de la pelvis en decúbito supino

Sesión 2. Manejo de la persona dependiente

Objetivos:

- Aportar herramientas para ayudar a mejorar la calidad de los cuidados y evitar lesiones al realizarlos.
- Crear en el cuidador una rutina de ejercicios que le ayuden a mantener y mejorar su salud.

Contenidos teóricos:

- Concepto de movilización y transferencia.
- Consejos para la movilización y las transferencias
- ¿Qué son los cambios posturales y cuál es su importancia?

Resumen de la sesión:

Para la realización del taller se contó con la ayuda de la fisioterapeuta del centro, dos aulas, un proyector para la explicación de la teoría y colchonetas y sillas para la ejecución práctica de los ejercicios.

Los cuidadores participantes de la sesión fueron cuatro.

Inicialmente se efectuaron preguntas relacionadas con el tema a abordar para evaluar sus conocimientos. A continuación se explicó la teoría, y posteriormente se resolvieron las dudas surgidas a lo largo de la sesión.

En la parte práctica se realizaron ejercicios de flexibilización y fortalecimiento en decúbito y sedestación:

- Ejercicio respiratorio y de la faja abdominal, estabilización de la región lumbar combinada con movilización de la cadera, puente, ejercicio para glúteo medio.
- Ejercicio “gato enfadado” y “gato contento” (Figura 3) y “superman” para glúteo mayor.
- En sedestación: Movilización de los hombros, movilización del nervio mediano, fortalecimiento de cuello y hombro, efectuar corrección postural (alargamiento cadena posterior) “sensación de crecer”.
- Por último sentadillas y estiramientos, algunos, combinados con movilización del nervio ciático.



Figura 3: Ejercicio "gato enfadado" "gato contento"

Sesión 3. Bebés, niños y su posicionamiento

Objetivos:

- Alcanzar los conocimientos básicos sobre posicionamiento y su importancia en el niño con diversidad funcional.
- Crear en el cuidador una rutina de ejercicios que ayuden a mantener y mejorar su salud.

Contenidos teóricos:

- ¿Cuál es la posición recomendada en el bebé para dormir y mientras está despierto?
- Sistemas de porteo, recomendaciones.
- Estimulación en decúbito prono.
- Posicionamiento del niño en grado IV-V según la escala Gross Motor Function System (GMFS).
- Importancia de la bipedestación y recomendaciones.

Resumen:

Para la realización del taller se contó con la ayuda de la fisioterapeuta del centro, dos aulas, un proyector para la explicación teórica y colchonetas y sillas para la ejecución práctica de los ejercicios.

Los cuidadores participantes de la sesión fueron cinco.

Inicialmente se efectuaron preguntas relacionadas con el tema a abordar para evaluar sus conocimientos. A continuación se explicó la teoría, y posteriormente se resolvieron las dudas surgidas a lo largo de la sesión.

En la parte práctica se realizaron ejercicios de flexibilización y fortalecimiento en decúbito y sedestación:

- Ejercicio respiratorio y de la faja abdominal, estabilización de la región lumbar combinado con movilización de la cadera, puente, ejercicio glúteo medio.
- Ejercicio “gato enfadado” y “gato contento” y “superman” para glúteo mayor.
- En sedestación: Movilización de los hombros, movilización del nervio mediano, fortalecimiento de cuello y hombro, efectuar corrección postural (alargamiento cadena posterior) “sensación de crecer”.
- Por último sentadillas y estiramientos de la cadera y muslo combinados con movilización del ciático.

Sesión 4. Práctica de las sesiones anteriores

Objetivos:

- Desarrollar los conceptos teóricos de la sesión 1, 2 y 3 de forma práctica.
- Comprobar los conocimientos teóricos adquiridos y el grado de comprensión de los mismos.

Contenidos prácticos:

- Simulación de AVDs adaptando una postura correcta.
- Práctica de movilizaciones y transferencias.
- Posición del niño con diversidad funcional.

Resumen de la sesión:

Para la realización del taller se contó con la ayuda de una voluntaria del centro, el aula de fisioterapia y colchonetas y sillas para la ejecución práctica de los ejercicios.

Cuatro han sido los cuidadores participantes de la sesión.

Se lleva a cabo de forma práctica la teoría de las sesiones anteriores. Para la realización de las transferencias y movilizaciones, los participantes, al no encontrarse su familiar en la sala, lo efectúan con un compañero.

- Simulación de AVDs adaptando una postura correcta (Figura 4).
- Práctica de movilizaciones y transferencias (Figura 5 y 6).
- Posición del niño con diversidad funcional.

Finalmente, por petición de un participante. Se realiza una práctica de transferencia, corrección postural de la silla de ruedas de su hija con diversidad funcional (Figura 7).



Figura 4: Posición correcta en sedestación



Figura 5: Enderezamiento en la silla



Figura 6: Tránsito de una silla a otra



Figura 7: Reajuste de la silla de ruedas

Sesión 5. Ley sobre discapacidad

Objetivos:

- Conocer los derechos de los niños con diversidad funcional en Nicaragua, ayudas y recursos de los que disponen.
- Crear en el cuidador una rutina de ejercicios que le ayuden a mantener y mejorar su salud.

Contenidos teóricos:

- ¿Cuál es la ley de discapacidad en Nicaragua?
- Derechos en salud, educación y otros derechos sociales.

Resumen de la sesión:

Para la realización del taller se contó con la ayuda de la trabajadora social, la fisioterapeuta del centro, dos aulas, colchonetas y sillas para la ejecución práctica de los ejercicios.

Los cuidadores participantes de la sesión fueron tres.

La parte teórica de esta sesión fue dirigida por la trabajadora social del centro (Figura 8). A su finalización, se realizó la parte práctica de ejercicio terapéutico. Se ejecutaron ejercicios de flexibilización y fortalecimiento en decúbito y sedestación:

- Ejercicio respiratorio y de la faja abdominal, estabilización de la región lumbar combinado con movilización de la cadera, puente, ejercicio glúteo mediano.
- Ejercicio “gato enfadado” y “gato contento” y “superman” para glúteo mayor.
- En sedestación: Movilización de los hombros, movilización del nervio mediano, fortalecimiento de cuello y hombro y efectuar corrección postural (alargamiento cadena posterior) “sensación de crecer”.
- Por último sentadillas y estiramientos cadera y muslo y combinados con movilización del ciático.



Figura 8: Sesión teórica con la trabajadora social del centro.

Sesión 6. Trastornos de conducta: manejo y abordaje

Objetivos:

- Entender las dificultades que afronta un niño con diversidad funcional.
- Detectar cambios de comportamiento de difícil manejo y estrategias para el abordaje de los mismos.
- Conocer algunas estrategias para el manejo del estrés.

Contenidos:

- Dinámica de ejercicios de coordinación para los familiares.
- Conductas del niño. ¿Qué debo hacer y qué no?
- Sesión de ejercicios respiratorios y relajación.

Resumen de la sesión:

Esta sesión no se desarrolló debido a las fuertes lluvias que sufrió la ciudad. La fisioterapeuta del centro se comprometió a realizar esta práctica junto a la psicóloga en otra fecha.

Sesión 7. Patologías y primeros auxilios

Objetivos:

- Conocer las características de las principales patologías, cuáles son las dificultades asociadas y como intervenir.
- Ejecución práctica de primeros auxilios.

Contenidos teóricos:

- Patologías: Parálisis cerebral infantil, espina bífida y microcefalia.
- Problemas de deglución e infecciones respiratorias.
- Primeros auxilios: obstrucción de la vía aérea, parada cardiorespiratoria, fiebre, vómitos, diarrea y convulsiones.

Resumen de la sesión:

Para la realización del taller se contó con la ayuda de la fisioterapeuta del centro, dos aulas, se emplearon papelógrafos para la explicación teórica (Figura 9), colchonetas y sillas para la parte práctica.

Los cuidadores participantes en la sesión fueron cinco.

Inicialmente se efectuaron preguntas relacionadas con el tema a abordar para evaluar sus conocimientos. A continuación se explicó la teoría (Figura 10), y posteriormente se resolvieron las dudas surgidas a lo largo de la sesión. Por último se procedió a la práctica de algunos de los conceptos sobre primeros auxilios.

Agrupados por parejas se realizaron las diferentes maniobras de seguridad vistas en la teoría.



Figura 9: Sesión expositiva donde se muestran los medios audiovisuales disponibles.



Figura 10: Exposición teórica

Valoración final

Se repitieron las valoraciones sobre dolor (EVA) y calidad de vida (SF-36). Además se realizó nuevamente el examen (Cuestionario propio para la evaluación de los conocimientos) para evaluar lo aprendido y se midió el grado de satisfacción del participante sobre la influencia del programa en su vida diaria, la utilidad de la intervención, la organización, la facilitadora y sobre la propia intervención (Véase apartado "Sistemas de evaluación de la experiencia"). En la Figura 11 se puede observar a los participantes rellenando dichos formularios.



Figura 11: Cumplimiento de los cuestionarios finales

Asimismo, con el objetivo de profundizar en la percepción de la mujer en su rol de cuidadora y conocer las debilidades y fortalezas del proyecto implementado, se realizó una entrevista grupal (abordada posteriormente en el epígrafe “Sistemas de evaluación de la experiencia”).

Los resultados comparativos de la valoración inicial y final se recogen en el apartado de “Exposición de los resultados”.

Dificultades durante el proceso

Durante los cuatro meses que duró el desarrollo práctico del proyecto se presentaron dificultades de muy diversa índole:

- Dificultades de coordinación: al inicio de la actividad si bien estaba definido cuáles eran los destinatarios del servicio, se desconocía su tipología, la concreción de las actividades y el espacio físico necesario, a lo que hay que sumarle las deficiencias de infraestructura (cortes de luz) o las derivadas de la diferencia horaria y el poco margen de tiempo para elaborar el proyecto in situ.
- Dificultades culturales: una vez en el lugar, la principal dificultad presentada la supuso el entorno cultural que condiciona los modos de trabajo, el proceso de adaptación (los ritmos de trabajo, el concepto de prisa o puntualidad, las variedades diatópicas del español, el humor, etc.).
- Dificultades en los recursos: la escasa disponibilidad de material; en concreto del material tecnológico, obligó a pasar a papel las presentaciones para ser expuestas.

Etapa 3: Exposición de los resultados

Tal como se señaló anteriormente han participado un total de nueve cuidadores, ocho mujeres y un varón, progenitores directos a excepción de una abuela. Dos participantes abandonaron el programa, por motivos laborales, por lo que solo fueron evaluables los siete restantes. Asimismo, la asistencia a las sesiones no fue constante, habiendo dos participantes que acudieron a todas (22,2%), una a seis (11,1%), otra a cuatro (11,1 %), una a dos sesiones (11,1%) y dos de ellas en una ocasión (22,2%).

Resultados de la EVA

En la valoración inicial de la EVA, los participantes manifestaron mayor dolor en el cuello, la parte alta de la espalda y la zona lumbar con una media de $5,29\pm 3,25$, $5,00\pm 4,12$ y $8,14\pm 1,95$ respectivamente. Una vez hecha la valoración final se encontró una reducción del dolor en dichas zonas, siendo la lumbar la que presentó mayor disminución del dolor ($8,14\pm 1,95$ vs $5,00\pm 2,58$).

El análisis comparativo de los datos pre y postintervención permite, por consiguiente, observar que se ha producido una reducción del dolor (Tabla 5). No sería lícito afirmar que esta mejora es significativa y consecuencia de la intervención puesto que no se ha realizado una rigurosa sistematización de las sesiones y la muestra fue muy escasa.

Resultados del cuestionario de calidad de vida SF-36

La puntuación para las 8 dimensiones (de 0 a 100) y para los dos componentes sumario (de 0 a 50) tanto inicial como final puede observarse en la Tabla 6. Las puntuaciones más bajas observadas, es decir, peor calidad de vida relacionada con la salud se observan en Rol físico, Rol emocional, Salud general, así como CSM. Si se comparan las puntuaciones antes y después de la intervención, se observa un aumento de la calidad de vida en todas las componentes excepto la función social, que se mantiene pareja. El mayor incremento registrado se da a nivel de dolor corporal ($47,42 \pm 24,57$ vs $61,71 \pm 11,22$).

No se analizó el grado de significación estadístico de los resultados encontrados en el SF-36, debido al escaso tamaño muestral.

Tras examinar los dos cuestionarios (EVA y SF-36), se observa que los datos relativos a la disminución del dolor corporal fueron los que obtuvieron una mejor puntuación.

Resultados de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

No se procedió a su complementación final por parte de los participantes debido a que las sesiones contempladas en el proyecto de apoyo emocional con el objetivo de disminuir la sobrecarga psicológica de sus actividades de cuidado no pudieron ser implementados.

Resultados de los conocimientos adquiridos

Se realiza una comparativa entre los resultados iniciales y finales de las pruebas en la que se observa una clara mejoría de los conocimientos adquiridos. Como se puntualizó anteriormente, dos de los participantes no han sido evaluados y por tanto en el gráfico (Figura 12) aparecen con un cero.

Los sujetos cuatro, siete y ocho, son aquellos que han alcanzado mejores resultados tras la intervención y también aquellos que han acudido con mayor frecuencia a las sesiones. Se puede afirmar la relación entre la asistencia y los conocimientos adquiridos por ser el resultado de la prueba de chi-cuadrado $0,003 < 0,01$ y el coeficiente de correlación de Pearson $0,029 < 0,05$.

Tabla 5: Resultados EVA

Parte corporal	EVA INICIAL			EVA FINAL		
	MEDIA \pm DT	MEDIANA	MÍNIMO-MÁXIMO	MEDIA \pm DT	MEDIANA	MÍNIMO - MÁXIMO
Cuello	5,29 \pm 3,25	5	0 – 9	4,14 \pm 2,34	5	0 – 7
Parte alta de la espalda	5,00 \pm 4,12	5	0 – 10	2,71 \pm 2,63	3	0 – 7
Hombro izq.	2,14 \pm 3,76	0	0 – 9	1,14 \pm 2,04	0	0 – 5
Hombro dcho.	4,14 \pm 5,18	0	0 – 9	2,29 \pm 3,14	0	0 – 8
Codo izq.	1,29 \pm 3,40	0	0 – 9	0,71 \pm 1,89	0	0 – 5
Codo dcho.	2,57 \pm 3,55	0	0 – 9	1,00 \pm 2,64	0	0 – 7
Muñeca izq.	1,71 \pm 3,40	0	0 – 9	0,71 \pm 1,89	0	0 – 6
Muñeca dcha.	3,00 \pm 3,32	4	0 – 9	2,57 \pm 3,55	0	0 – 9
Mano izq.	1,29 \pm 3,40	0	0 - 9	1,00 \pm 2,23	0	0 - 6
Mano dcho.	1,29 \pm 3,40	0	0 - 9	1,43 \pm 2,93	0	0 - 8
Lumbares	8,14 \pm 1,95	8	5 – 10	5,00 \pm 2,58	5	0 – 7
Rodilla izq.	2,14 \pm 3,93	0	0 – 10	1,00 \pm 2,64	0	0 – 7
Rodilla drcho.	3,29 \pm 4,35	0	0 - 10	1,43 \pm 2,50	0	0 - 6
Cadera izq.	2,43 \pm 4,15	0	0 – 9	2,43 \pm 3,35	0	0 - 8
Cadera drcho.	2,71 \pm 4,03	0	0 - 9	1,86 \pm 1,46	2	0 - 4
Tobillo izq.	2,43 \pm 3,64	0	0 - 9	1,29 \pm 2,63	0	0 - 7
Tobillo drcho.	2,14 \pm 3,76	0	0 - 9	1,00 \pm 2,65	0	0 - 7
Pie izq.	1,29 \pm 3, 40	0	0 - 9	1,29 \pm 2,63	0	0 - 7
Pie drcho.	1,29 \pm 3, 40	0	0 - 9	1,43 \pm 2,99	0	0 - 8

Tabla 6: Resultados cuestionario SF-36

Componente	INICIAL			FINAL		
	Min.	Máx.	Media	Min.	Máx.	Media
Función física ¹	35,00	85,00	62,86 ± 18,90	20,00	70,71	70,71 ± 23,53
Rol físico ¹	0,00	18,75	7,14 ± 6,68	6,25	14,28	14,28 ± 5,94
Dolor corporal ¹	10,00	74,00	47,42 ± 24,57	42,00	74,00	61,71 ± 11,22
Salud general ¹	20,00	70,00	47,28 ± 15,84	40,00	72,00	51,86 ± 13,66
Vitalidad ¹	12,50	87,50	50,59 ± 23,35	50,00	68,75	58,93 ± 7,09
Función social ¹	25,00	100,00	64,28 ± 24,39	37,50	87,50	64,28 ± 16,81
Rol emocional ¹	0,00	25,00	11,90 ± 12,59	8,33	25,00	19,04 ± 7,93
Salud mental ¹	10,00	87,50	53,93 ± 23,97	25,00	75,00	55,83 ± 7,93
CSF ²	30,15	47,31	39,30 ± 7,43	35,36	48,53	43,03 ± 4,43
CSM ²	18,34	50,36	32,47 ± 10,47	31,95	39,90	34,85 ± 2,72

(1) Puede tomar valores de 0-100 siendo mejores los más próximos a 100

(2) Puede tomar valores de 0 -50, siendo los más próximos a 50 aquellos que se aproximan más a la media de la población de referencia.

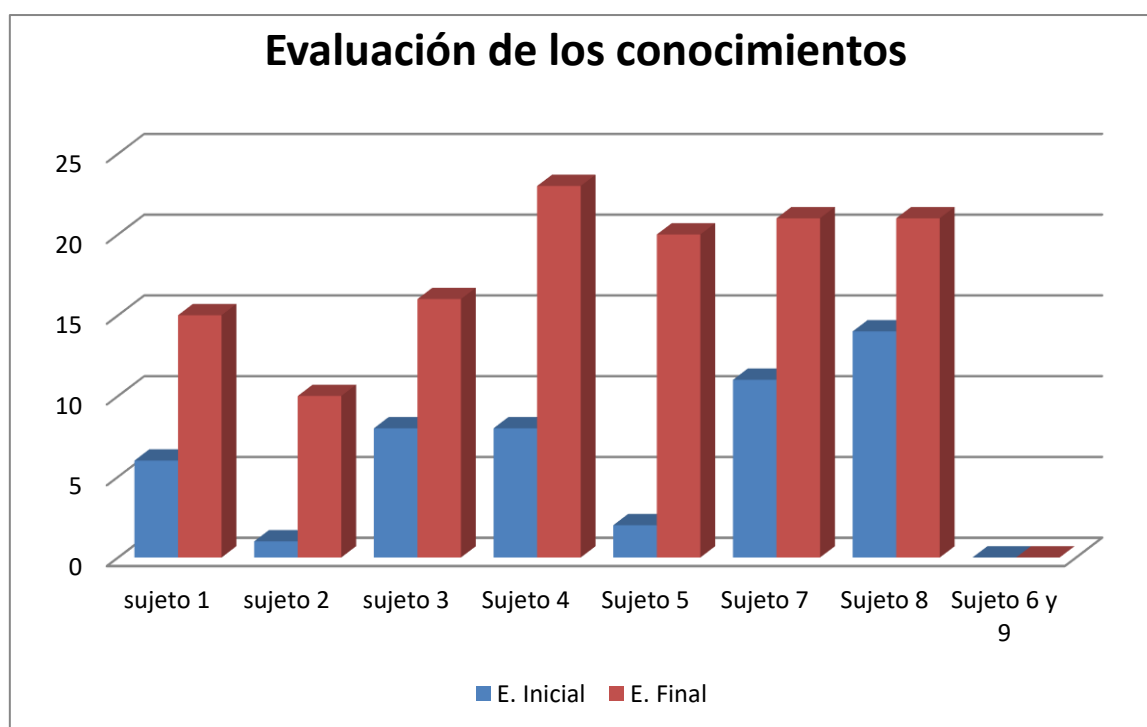


Figura 12: Gráfico resultados del examen inicial y final

6. ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS, APRENDIZAJE Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN

6.1 COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

6.1.1. Competencias de Aprendizaje y Servicio.

Con esa modalidad de trabajo de fin de grado se pretende que la estudiante adquiera las competencias recogidas en la Figura 13.

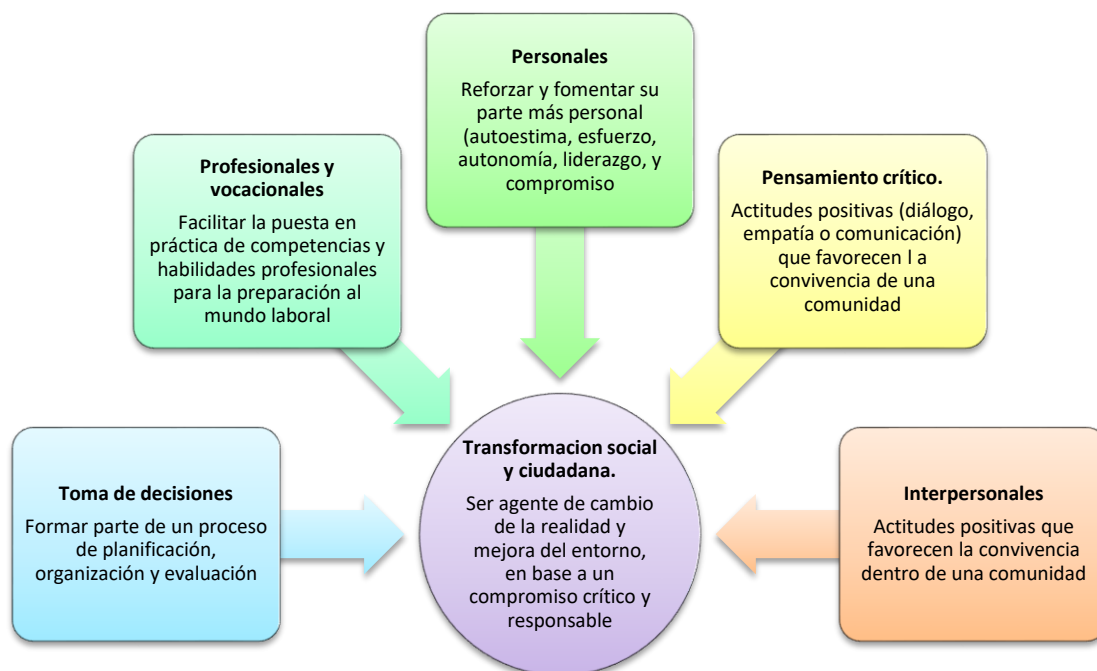


Figura 13: Competencias de ApS

6.1.2 Competencias del grado

Para el desarrollo competencial fue necesario utilizar los conocimientos y habilidades previas y relacionarlos con los nuevos aprendizajes adquiridos durante la aplicación del proyecto. Por lo tanto, esta experiencia permitió adquirir o mejorar la mayoría de las competencias del grado, específicamente aquellas en común con la asignatura en la que se engloba este trabajo. Dichas competencias se encuentran recogidas en la guía docente del Grado de Fisioterapia. A continuación, se realizará un análisis reflexivo de las mismas.

Como profesional de la salud, el fisioterapeuta interviene en todas las esferas de la atención sanitaria: promoción, prevención, mantenimiento y recuperación de la salud. Este trabajo engloba dichas esferas a través de los talleres elaborados. Para ello, se han seleccionado diferentes métodos, procedimientos y actuaciones fisioterapéuticas y se ha valorado el

estado funcional del paciente considerándolo como un todo (aspectos físicos, psicológicos y sociales), basándose en las normas y utilizando los instrumentos de validación reconocidos internacionalmente.

Según la OMS la salud se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades(3). Esta definición incluye un componente subjetivo importante, y por ello se ha tenido en cuenta en la intervención de la persona cuidadora, abordando, no solo los problemas físicos, sino también los psicosociales. Consiguientemente, se ha proporcionado asistencia integral a los participantes colaborando con otras disciplinas y aprendiendo a trabajar en equipo de manera multidisciplinar e interdisciplinar.

Poner en práctica un programa como el presente, requirió, un esfuerzo importante. Primeramente, nunca se había elaborado con anterioridad una propuesta de intervención grupal, implementado y dirigido de forma propia. En segundo lugar, su realización en un nuevo contexto sociocultural, supuso un reto mayor debido al desconocimiento inicial. Además surgieron múltiples dificultades de coordinación, planificación y comunicación. Dadas las circunstancias expuestas, fue necesario realizar cambios organizativos, directivos, adecuaciones del material didáctico y reestructuraciones en la intervención. Por lo tanto, se ha trabajado la adquisición de competencias en ejecución, dirección y coordinación de un plan de intervención de fisioterapia.

Por otro lado, referente a la comunicación efectiva y clara, tanto de forma oral como escrita, ha requerido de un mayor esfuerzo durante el proceso de la ejecución del trabajo por carencias personales. En primer lugar, para poder elaborar el material didáctico fue necesario un alto conocimiento de la lengua inglesa y un buen manejo de las herramientas básicas de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). En segundo lugar, para conseguir una comunicación apropiada, fue requisito la integración en la cultura del país de destino. Esto implicó aprender expresiones orales locales y saber cuáles de las expresiones del castellano peninsular no se podían utilizar al tener otro significado en Nicaragua.

Realizar un proyecto de ApS en un país en vías de desarrollo ayudó a desenvolverse para el ejercicio de una ciudadanía abierta, culta, crítica, comprometida, democrática y solidaria, capaz de analizar la realidad, diagnosticar problemas, formular e implantar soluciones basadas en el conocimiento y orientadas al bien común.

Además, con la obtención de resultados de esta experiencia se desarrolló la capacidad crítica evaluando los resultados obtenidos en relación con los objetivos marcados. Dado los

resultados positivos de la implementación de este proceso, se puede llegar a la conclusión de que con iniciativa e interés es totalmente posible mejorar todas aquellas circunstancias que deseamos cambiar.

Es importante reflexionar críticamente sobre el conocimiento y la tecnología de la información disponible para resolver los problemas con los que los profesionales deben enfrentarse. Se puede afirmar que al intervenir en una población donde los recursos son minoritarios, se es consciente de la importancia del libre acceso a la información y los cambios generados como consecuencia de su accesibilidad. Durante la estancia en el país, se vivió de primera mano la falta de recursos materiales, la dificultad para acceder a información por vía informática, ya sea por los cortes de luz o la carencia de internet. Esta problemática ha dificultado los cambios necesarios durante la intervención, pero para el profesional residente fue y es un obstáculo diario en su proceso de “actualización”, sumado a la imposibilidad en la comprensión de los textos científicos por encontrarse, la mayoría, escritos únicamente en inglés.

Por último, es necesario valorar la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico en el avance socioeconómico y cultural de la sociedad. La ciencia avanza cada día y, es importante, como profesional, mantener el aprendizaje a lo largo de la vida, de lo contrario, hay un riesgo de déficit de actualización y, por lo tanto, no se brindaría una atención eficaz a las personas que lo necesitan.

6.2 RESULTADOS DE APRENDIZAJE

En base a los objetivos planteados, se considera que se ha adquirido o reforzado las competencias del grado mediante dicha experiencia de ApS. Desde la perspectiva de la estudiante se destacan los resultados de aprendizaje expuestos a continuación:

- Reunir información apropiada con respecto al autocuidado y el manejo del niño con diversidad funcional.
- Asimilar conceptos sobre autocuidado y manejo del niño con diversidad funcional.
- Esbozar un plan de intervención.
- Investigar las necesidades y los principales problemas de los cuidadores.
- Perfilar el plan de intervención en base a la problemática estudiada.
- Aprender habilidades comunicativas y escritas con un grupo poblacional diferente.
- Desarrollar un buen entendimiento con los participantes de forma que ellos se sientan a gusto hablando de sus inquietudes.
- Dirigir sesiones teóricas y prácticas.

- Adaptarse a una nueva cultura y solucionar los contratiempos surgidos.
- Demostrar un comportamiento profesional y un buen manejo clínico.
- Trabajar en equipo.
- Reconocer los errores cometidos.
- Evaluar los resultados y realizar un análisis reflexivo sobre el mismo.

Desde la perspectiva de los participantes:

- Integrar conceptos sobre autocuidado y manejo del niño con diversidad funcional.
- Reproducir los hábitos de higiene postural en las AVDs.
- Emplear un programa de ejercicio terapéutico en su día a día.
- Llevar a cabo de forma segura movilizaciones y transferencias del niño con diversidad funcional.

6.3 SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La experiencia puede ser analizada desde dos puntos de vista: (1) la estudiante y (2) el participante.

1. Desde la estudiante: Se han cubierto dos documentos para su autoevaluación recogidas en la página web de la UDC en el apartado de ApS (63):
 - **Cuestionario de autoevaluación sobre comunicación en público:** Evalúa en una escala de valor estimativa tres aspectos: la comunicación en público, liderazgo y servicio a la comunidad y el trabajo en equipo e individual (64).
 - **Rubrica de ApS:** Pensada para facilitar la autoevaluación, la mejora de las experiencias de ApS a través del análisis y debate de sus características pedagógicas. Esta se constituye por los dinamismos, elementos pedagógicos que organizados de acuerdo a fines dan forma global a las experiencias de ApS. Existen doce dinamismos divididos en tres apartados: básicos (núcleo central de las experiencias de ApS), pedagógicos (abordan los dinamismos formativos), y organizativos (aspectos logísticos e institucionales del ApS) (Véase la Tabla 7). Cada dinamismo consta de cuatro niveles que manifiestan el grado de desarrollo pedagógico de la competencia alcanzada. El primer nivel significa la presencia ocasional y no organizada del dinamismo y el cuarto la máxima implicación de los participantes y la apertura a nuevos implicados. Cada nivel se considera pedagógicamente superior al precedente, aunque no todas las experiencias deben alcanzar en cada dinamismo el máximo nivel (65).

Tabla 7: Dinamismos (65)

BÁSICOS	<p>Necesidades: Carencias y dificultades detectadas que invitan a realizar acciones para mejorarla.</p> <p>Servicio: Conjunto de tareas altruistas para contribuir a paliar una necesidad.</p> <p>Sentido del servicio: Apunta al impacto de la actividad realizada.</p> <p>Aprendizaje: Adquisición de competencias, conocimientos conductas y valores.</p>
PEDAGÓGICOS	<p>Participación: Tipo de intervención elaborada, diseño, aplicación y evaluación.</p> <p>Trabajo en grupo: Proceso de preparación y desarrollo de la actividad conjunta.</p> <p>Reflexión: Mecanismo de optimización del aprendizaje.</p> <p>Reconocimiento: Acciones destinadas a comunicar a los protagonistas de la actividad que la han realizado correctamente.</p> <p>Evaluación: Proceso de obtención de información para conocer el desempeño de los participantes y ofrecerles un feedback que les ayude a mejorar.</p>
ORGANIZATIVOS	<p>Partenariado: Colaboración entre instituciones sociales independientes.</p> <p>Consolidación de centros: Proceso mediante el cual un centro educativo formal o no formal conoce, prueba, integra y afianza algún proyecto de ApS.</p> <p>Consolidación de entidades: Proceso mediante el cual una entidad social conoce, prueba, integra y afianza algún proyecto de ApS.</p>

2. Desde los participantes:

- **Cuestionario propio de satisfacción:** Se realiza un cuestionario estructurado con preguntas acerca de la influencia del programa en su vida diaria, la utilidad de la intervención, la organización, la facilitadora y sobre la propia intervención. (Anexo 6)
- **Entrevista grupal:** Se realizó en un grupo de sesión única de una duración de 40 minutos. El protocolo empleado se puede ver en el Anexo 7. Se considera la entrevista objeto de relevancia para la obtención de información “no superficial” profundizando en los temas relevantes.

7. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

7.1 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE COMUNICACIÓN EN PÚBLICO

Los resultados obtenidos del cuestionario muestran que se ha mejorado bastante la exposición oral en general, las habilidades en la “forma” (mirada, sonrisa, gestos, velocidad,

volumen, vocalización, entonación), las habilidades en el “fondo” (objetivo estructura, contenidos y desarrollo de una presentación) y la empatía como elemento clave. Sin embargo las nociones sobre el control de nervios y mejora de seguridad se han mejorado un poco.

Sobre el objetivo servicio a la comunidad, se considera que el desarrollo de éste, ha permitido aplicar los aprendizajes mejorando la capacidad de planificar, desarrollar y evaluar en equipo un proyecto concreto. También ha ayudado a percatarse de que la comunicación oral es una necesidad educativa y social sobre la que es necesario actuar.

Tras esta experiencia, se ha mejorado bastante la capacidad de liderazgo, inspirando y motivando a jóvenes para que valoren y mejoren sus habilidades comunicativas.

Por último, se ha mejorado la capacidad de trabajar en equipo, cuyo éxito radica en una colaboración activa de todo el grupo y en el respeto absoluto entre sus integrantes. Se ha necesitado mucho autoconocimiento y autoconfianza en los propios recursos comunicativos y se ha fortalecido el compromiso personal.

7.2 RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN RUBRICA DE ApS

La aplicación de la rúbrica ha permitido señalar aquellos puntos susceptibles de ser trabajados para un proceso de mejora. En la Figura 14 se muestra una representación gráfica de los resultados de su empleo en base al nivel alcanzado en cada dinamismo:

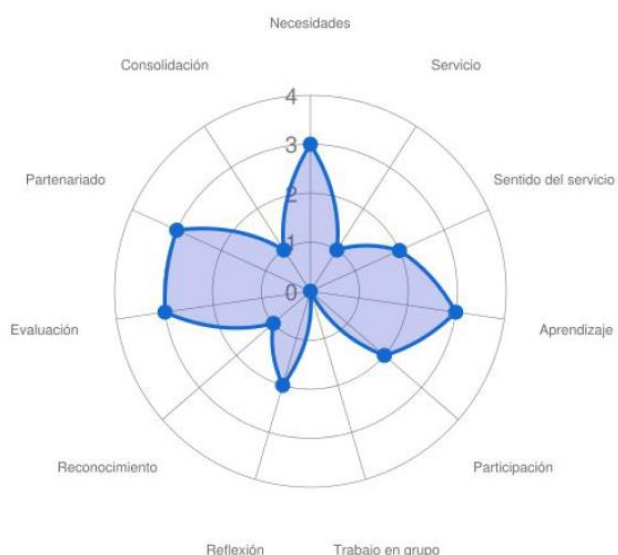


Figura 14: Resultados del nivel alcanzado en los dinamos

En la siguiente página, se describen de manera detallada los niveles alcanzados:

Dinamismos básicos:

- **Necesidades:** Los participantes, a menudo junto con los educadores, deciden las necesidades sobre las que quieren actuar a través del análisis de diferentes problemáticas y la elección de una de ellas.
- **Servicio:** Servicio de corta duración compuesto por tareas sencillas cuya realización supone una exigencia e implicación limitadas.
- **Sentido de servicio:** Servicio que da respuesta a una necesidad de la comunidad, aunque los participantes no siempre logran percibir su dimensión social.
- **Aprendizaje:** Los aprendizajes planificados y las actividades formativas tienen una estrecha relación con el servicio. Su adquisición favorece una mejor calidad de la intervención.

Dinamismos pedagógicos:

- **Participación:** Los participantes realizan aportaciones puntuales requeridas por los educadores en distintos momentos del proceso.
- **Trabajo en grupo:** no se evalúo este apartado.
- **Reflexión:** La reflexión está programada y tiene previstas tareas para facilitarla, aunque ocupa tan solo un tiempo limitado y separado del curso de las actividades del proyecto.
- **Reconocimiento:** No hay actividades de reconocimiento previstas, aunque de manera espontánea los diferentes agentes que intervienen pueden agradecer y valorar la tarea realizada por los protagonistas.
- **Evaluación:** Los educadores aplican un plan de evaluación que define objetivos, criterios, indicadores y metodologías para mejorar el desarrollo competencial de los participantes y para acreditarlos.

Dinamismos organizativos:

- **Partenariado:** Al menos dos organizaciones una educativa y otra social acuerdan conjuntamente las condiciones de aplicación de un proyecto de aprendizaje servicio diseñado exclusivamente por una de ellas.
- **Consolidación:** El aprendizaje servicio se conoce a causa de un proyecto que ya lleva a cabo algún educador/a o debido a la presentación de una experiencia de otro centro.

7.3 RESULTADOS RELATIVOS A LA SATISFACCIÓN DE LOS DESTINATARIOS DEL SERVICIO

Los participantes, en relación a la influencia del programa en su vida cotidiana, el 71,4% aseguran que su estado de ánimo ha mejorado, se encuentran más satisfechos con su vida y se sienten más seguros en el cuidado. Además, para un 42% este proyecto ha supuesto un beneficio para su familia mientras que el 57,1%, lo valora poco beneficioso. Desde la aplicación del programa el 28,6% dedica más tiempo a sí mismo, el 85% dice que ha aprendido a cuidarse mejor y el 42,9% siente que ha aprendido a cuidar mejor.

Sobre la utilidad, para el 42,9% se han cubierto las expectativas de forma excelente pudiendo aplicar los conocimientos adquiridos en su día a día, y para el 57,1% de forma muy buena.

En cuanto a la organización del curso, la han considerado excelente, muy buena y buena, el 14,1%, 28,6% y 42,9% respectivamente. El horario en el que se daban las sesiones ha sido calificado como excelente en un 42,9% y muy bueno en un 57,1%. La duración de las sesiones ha sido excelente y muy bueno en un 42,9%. La organización de las sesiones ha sido excelente, muy buena y buena (28,6%, 13,3% y 42,9%). La utilización de los medios pedagógicos ha sido excelente y muy buena (42,9%).

Sobre la facilitadora, la forma en que ha explicado se ha apreciado como excelente (71,4%) y muy buena (28,6%). Los conocimientos en la materia impartida fueron considerados excelentes (28,6%) y muy buenos (57,1%). La claridad en la contestación a las dudas formuladas se ha estimado como excelente y muy buena (85,7%). Además la atención recibida se ha valorado de forma excelente y muy buena (42,9%).

Por último, el grado de satisfacción final con los resultados ha sido extremadamente satisfactorio y muy satisfactorio para un 42,9%.

Todos, excepto una persona (14,3%), volverían a participar pero cabe destacar, que dicha persona no ha asistido a ninguna sesión formativa.

Estos datos se encuentran recogidos en la Tabla 8.

Tabla 8: Resultados cuestionario de satisfacción de los destinatarios del servicio

VARIABLES	n	%	IC95% ¹
• Dedico más tiempo para mi mismo:			
○ No	5	71,4	28,6-100
○ Si	2	28,6	0,0-71,4
• Ha mejorado mi estado de ánimo:			
○ No	1	14,3	0,0-42,9
○ Si	5	71,4	42,9-100
○ No sabe/ No contesta	1	14,3	0,0-42,9
• Me siento más seguro en la labor de cuidado:			
○ No	1	14,3	0,0-42,9
○ Si	5	71,4	42,9-100
○ No sabe/ No contesta	1	14,3	0,0-42,9
• Me encuentro más satisfecho con mi vida desde que he participado en el programa			
○ Si	5	71,4	28,6-100
○ No sabe/ No contesta	2	28,6	0,0-71,4
• Ha supuesto un beneficio para mi familia			
○ Si	3	42,9	14,3-85,7
○ Un poco	4	57,1	14,3-85,7
• Desde que he participado en el programa:			
○ He aprendido a cuidarme mejor	6	85,7	57,1-100
○ He aprendido a cuidar mejor	3	42,9	14,3-85,7
○ No sabe/ no contesta	1	14,3	0,0-42,9
• Se han cubierto las expectativas que tenía en relación a la utilidad de la acción formativa:			
○ Excelente	3	42,9	14,3-71,4
○ Muy buena	2	28,6	0,0-71,4
○ Buena	1	28,6	0,0-42,9
○ No sabe no contesta	1	24,3	0,0-42,9
• Los contenidos formativos han resultado útiles y se han adaptado a mis expectativas de manera:			
○ Excelente	2	28,6	0-57,1
○ Muy buena	2	28,6	0,0-71,4
○ Buena	2	28,6	0,0-71,4
○ No sabe/no contesta	1	24,3	0,0-42,9
• Voy a poder aplicar los conocimientos adquiridos en mi día a día de forma:			
○ Excelente	3	42,9	14,3-71,4
○ Muy buena	4	57,1	18,6-85,7
• Considero que el horario de las sesiones:			
○ Excelente	3	42,9	14,3-71,4
○ Muy buena	1	14,3	0,0-42,9
○ Buena	2	42,9	14,3-71,4
• Tiempo de duración de las sesiones:			
○ Excelente	3	42,9	14,3-85,7
○ Muy bueno	3	42,9	14,3-85,7
○ Buena	1	14,3	0,0-42,9
• La organización de las sesiones ha sido:			
○ Excelente	2	28,6	0,0-57,1
○ Muy buena	1	14,3	0,0-42,9
○ Buena	3	42,9	14,3-71,4
○ No sabe/no contesta	1	14,3	0,0-42,9
• Creo que la organización del curso ha sido:			
○ Excelente	1	14,3	0,0-42,9
○ Muy buena	2	28,6	0,0-71,4
○ Buena	3	42,9	14,3-71,4
○ Regular mala	1	14,3	0,0-42,9

• La utilización de medios pedagógicos de apoyo:			
○ Excelente	3	42,9	14,3-71,4
○ Muy buena	3	42,9	14,3-85,7
○ Buena	1	14,3	0,0-42,9
• La forma que explicó el curso ha sido:			
○ Excelente	5	71,4	42,9-100
○ Muy buena	2	28,6	0,0-57,1
• Los conocimientos en la materia impartida han sido:			
○ Excelente	2	28,6	0,0-57,1
○ Muy buena	4	57,1	14,3-100
○ Buena	1	28,6	0,0-42,9
• La claridad en la contestación a las dudas formuladas:			
○ Excelente	1	14,3	0,0-42,9
○ Muy buena	6	85,7	57,1-100
• La atención recibida:			
○ Excelente	3	42,9	14,3-71,4
○ Muy buena	3	42,9	14,3-85,7
○ Buena	1	14,3	0,0-42,9
• Considero la globalidad, mi grado de satisfacción final:			
○ Extremadamente satisfactoria	3	42,9	14,3-71,4
○ Muy satisfecho	3	42,9	0,0-85,7
○ No tengo opinión/ no estoy seguro	1	14,3	0,0-42,9
• ¿Volvería a participar en el programa?			
○ Si	6	85,7	57,1-100
○ No sabe/ no contesta	1	14,3	0,0-42,9

7.4 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA GRUPAL A LOS DESTINATARIOS DEL SERVICIO

En la entrevista grupal realizada en la valoración final, los participantes expresaron sus opiniones y sensaciones respecto a su propia situación. Este tipo de preguntas de carácter personal se efectuaron al final del proyecto al establecerse una relación de firme confianza con ellos.

Los participantes manifestaron cansancio causado por el esfuerzo requerido en su situación pero gracias a su fe y el gran afecto a su familiar cuidado, consiguen superar todas las dificultades.

Además, todos ellos son conscientes de que no hay un reparto equitativo entre hombres y mujeres en las labores del hogar, pero consideran que las mujeres están mejor preparadas que los hombres para ejercer su labor como cuidador.

Durante este proceso han aprendido la importancia que tiene apoyarse en un familiar y no hacer todo solo.

Respecto a la terapia, los participantes muestran su acuerdo en la falta de compromiso e impuntualidad justificada por motivos laborales. Reconocen que deberían corregirlo para que, un proceso similar, tuviese un mayor impacto y eficacia.

En relación al contenido de las sesiones, consideran que la teoría podría ser más dinámica y participativa y sugirieron un cambio de horario y una menor duración de la sesión.

A pesar de todas las problemáticas surgidas, todos consideran que los talleres son útiles y que les ha permitido enmendar errores de su actuación, además de haber tomado conciencia de la importancia de implicar a sus familiares en las tareas de cuidado. Una de las participantes en concreto declaró que la participación en el proyecto no sólo le había ayudado en relación a la persona que cuida, sino que había conseguido, gracias al apoyo indirecto moral, poner fin a una situación de violencia de género.

7.5 DISCUSIÓN, ASPECTOS A MEJORAR Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Aunque las personas del lugar de destino mostraron su apoyo y facilitaron la estadía, y aunque la zona donde se residió fue segura, las condiciones de trabajo no fueron fáciles al inicio. Primeramente uno debe deshacerse de cualquier tipo de prejuicio, aceptar que la forma de trabajo propia es diferente y quizás no la adecuada en ese contexto. Después es necesario conocer la nueva realidad, aprender sobre ella y comprender por qué actúan de una determinada manera. Una vez acostumbrado al choque cultural y aceptado, se deben adaptar las ideas a la realidad. Se necesita mínimo un mes para conocer, saber que se puede hacer y que no, tener confianza con el equipo para proponer ideas o alcanzar mayor autonomía para elaborar el plan de acción.

Por esa razón, la implementación de un trabajo de estas características requiere un gran esfuerzo e implicación. Es necesario realizarse autoevaluaciones constantes, ser capaz de aceptar y afrontar las dificultades de coordinación, culturales y de recursos.

En este caso, el tiempo dispuesto, no permitió reelaborar el borrador inicial y corregirlo con su debido tiempo de la forma deseada, modificándose simultáneamente a la implementación del proyecto.

Sin embargo, a pesar de los continuos desafíos presentados y las frustraciones surgidas, es considerada una experiencia muy enriquecedora que ha permitido poner en práctica de una forma holística lo aprendido en el grado, no influyendo solamente a nivel técnico sino también en otros ámbitos.

Además, las satisfacciones fueron innumerables: sentirse útil, apreciar lo propio y lo diferente, aprender de diferentes profesiones y valorar la importancia del trabajo interdisciplinar, entre otras.

Este proyecto de ApS brindó también la oportunidad de desarrollar cualidades como independencia, organización, responsabilidad, pérdida del miedo o vergüenza a comunicarse en público o a relacionarse con un grupo de personas diferentes.

Por último, como perspectivas de futuro y mejora, es necesario un estudio en mayor profundidad de la población a la que se aborda para poder ahondar en todos los problemas que presentan. Además, aunque se han elaborado talleres multidisciplinarios, debido a la alta sobrecarga del cuidador que afecta no solo al estado físico sino también la esfera psicosocial, se deberían incluir talleres de apoyo familiar y al estado emocional. Igualmente el temario preparado debería ser más específico en el niño con diversidad funcional y la búsqueda más exhaustiva para adquirir un mayor conocimiento específico.

Otros aspectos que deben mejorarse son las sesiones. Por un lado, se deberían buscar nuevas técnicas para mejorar la dinámica y promover la participación en los talleres. Por otro lado, con el objetivo de difundir estos consejos a más personas, sería conveniente realizar sesiones cortas previas al tratamiento de los niños y aplicar lo aprendido a sus propios hijos. Dado que las circunstancias son muy personales y varían de manera individual, los consejos generales no pueden ser aplicados de la misma forma en todos.

8. CONCLUSIONES

Basándose en los objetivos y resultados de la intervención y la experiencia, las principales conclusiones son:

A lo largo del proyecto se han puesto en práctica las competencias adquiridas en el grado de fisioterapia, habilidades, destrezas directivas y comunicativas (orales y escritas) con un grupo de población diferente.

Se ha logrado formar a cuidadoras informales en el manejo de las personas dependientes, fomentar la prevención sanitaria y el autocuidado adaptando la formación a la realidad del entorno.

Los cambios y los resultados se han identificado fruto de la intervención a través de los instrumentos de medida utilizados y se ha realizado un análisis reflexivo del mismo a partir de la experiencia vivida.

Por último, a pesar de que la mayoría de los objetivos se han cumplido, no ha sido posible la realización de uno de ellos: no se proporcionó material de apoyo a las cuidadoras que facilite su labor. En un primer momento se había propuesto dotar a cada cuidador de un

cuaderno, donde se recogiese la información expuesta durante las sesiones. El poco tiempo disponible impidió la realización del mismo.

Los participantes han aprendido hábitos de higiene postural en las AVDs y fundamentos del manejo de la persona con diversidad funcional o no: posicionamiento, transferencia y movilización.

Los participantes han ejecutado un programa de ejercicio terapéutico para prevenir o paliar el dolor neuro-músculo- esquelético.

Dentro de los resultados de la intervención se ha observado una disminución global del dolor de los cuidadores, más acentuada en la zona lumbar. En el cuestionario de calidad de vida SF-36, el mayor incremento registrado se da a nivel del dolor corporal. Por último se observó aumento en los conocimientos de todos los participantes siendo más pronunciado en aquellos que acudieron frecuentemente a la terapia.

Dicha experiencia ha mejorado el estado de ánimo de los participantes, la seguridad en el cuidado, y el autocuidado. En rasgos generales, el grado de satisfacción de la intervención ha sido alto.

A nivel personal, se considera una experiencia muy enriquecedora a pesar de las dificultades y desafíos surgidos. Se ha mejorado las habilidades lingüísticas, la empatía, se ha aprendido a aplicar los aprendizajes, mejorar la capacidad de planificación, liderazgo, desarrollo de la evaluación, autoconocimiento y autoconfianza.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Battle R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de aprendizaje-servicio?. *Rev Crítica*. 2011;972:1–6.
2. Aramburuzabala P. Aprendizaje-Servicio: una herramienta para educar desde y para la justicia social. *Rev Int Edu Justicia Soc*. 2013;2(2):5–11.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneve: OMS; 2018 [citado 2018 Feb 10]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
4. Centro Regional de Rehabilitación y Educación Temprana las Segovias [Internet]. Managua (NI): Fundación Teletón; 2016 [citado 2018 Ene 8]. Disponible en: <https://teleton.org.ni/centro-regional-de-rehabilitacion-y-educacion-temprana-las-segovias/>
5. Herrera Á. Estudio diagnóstico de las personas con discapacidad en Nicaragua. *Jica*. 2015;1.
6. Maulik PK, Darmstadt GL. Childhood disability in low- and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. *Pediatr*. 2007;120(Suppl):S1–55.
7. Damiano D, Forssberg H. We are the world: meeting the global challenge of childhood disability. *Dev Med Child Neurol*. 2016;58(7):649.
8. Tinajero AR, Cohen NJ, Ametorwo S. No data, no problem, no action: parenting programs in low-income countries: making the social-emotional outcomes more visible. *Child Care Health Dev*. 2016;42(1):117–24.
9. González Y. Servicios de salud a personas con discapacidad. *REICE*. 2015;3(6):118–39.
10. Sharan D, Ajeesh PS, Rameshkumar R, Manjula M. Musculoskeletal disorders in caregivers of children with cerebral palsy following a multilevel surgery. *Work*. 2012;41(Suppl 1):1891–5.
11. Ziviani J, Feeney R, Rodger S, Watter P. Systematic review of early intervention programmes for children from birth to nine years who have a physical disability. *Aust Occup Ther J*. 2010;57(4):210–23.
12. Kaya K, Unsal-Delialioglu S, Ordu-Gokkaya NK, Ozisler Z, Ergun N, Ozel S, et al. Musculo-skeletal pain, quality of life and depression in mothers of children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2010;32(20):1666–72.
13. Montalvo-Prieto A, Flórez-Torres IE, de Vega DS. Cuidando a cuidadores familiares de niños en situación de discapacidad. *Aquichan*. 2008;8(2):197–211.
14. Jofré Aravena V, Sanhueza Alvarado O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc y Enferm*. 2010;16(3):111–20.
15. Rojas H, María E, Álvarez M, Bastos S, Cristina M, María E, et al. Riesgo de alteraciones músculo-esqueléticas en cuidadores informales de personas con parálisis cerebral. *Rev Psicol Deporte*. 2017;26(Suppl 2):107-112.
16. Lee MH, Park C, Matthews AK, Hsieh K. Differences in physical health, and health behaviors between family caregivers of children with and without disabilities. *Disabil*

- Health J. 2017;10(4):565–70.
17. Montoro Fernández E, Vázquez Arrondo MC, Muñoz-Cruzado Y Barba M, Sánchez Guerrero E, Guillén Romero F, Catalán Matamoros DJ. Intervención estratégica del fisioterapeuta en el entorno familiar del paciente discapacitado. *Fisioter.* 2006;28(1):35–40.
 18. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatr.* 2004;4(1):1.
 19. Raina P. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *pediatrics* [Internet]. 2005;115(6):e626–36. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-1689>
 20. Lowes L, Clark TS, Noritz G. Factors associated with caregiver experience in families with a child with cerebral palsy. *J Pediatr Rehabil Med.* 2016;9(1):65–72.
 21. Gusi N, Prieto J, Madruga M, Garcia JM, Gonzalez-Guerrero JL. Health-related quality of life and fitness of the caregiver of patient with dementia. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(6):1182–7.
 22. Lach LM, Kohen DE, Garner RE, Brehaut JC, Miller AR, Klassen AF, et al. The health and psychosocial functioning of caregivers of children with neurodevelopmental disorders. *Disabil Rehabil.* 2009;31(9):741–52.
 23. HC T, Kandala G, AJ H, VS N, KS Y, KY S. Physical functioning in female caregivers of children with physical disabilities compared with female caregivers of children with a chronic medical condition. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(11):1138–42.
 24. Seco Calvo J. Métodos específicos de intervención en fisioterapia. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016. 97 p.
 25. Vicente Herrero MT, Aguilar Jiménez E, Capdevila García LM, López González ÁA, Ramirez Iñiguez de la Torre MV, Jesús TGM. Lumbalgias : prevención, valoración del daño laboral y rehabilitación. Bilbao: Lettera Publicaciones; 2011. 157-87 p.
 26. Tong HC, Haig AJ, Nelson VS, Yamakawa KS-J, Kandala G, Shin KY. Low back pain in adult female caregivers of children with physical disabilities. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157(11):1128.
 27. Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007;62(2):P126–37.
 28. Casado Flores J, García Jiménez R. Guía práctica de primeros auxilios para padres [Internet] Madrid: Ergon; 2017 [citado 2017 Dic 19]. Disponible en: <http://www.bancosantander.es>
 29. Wynter M, Gibson N, Kentish M, Sc L, Thomason P, Willoughby K, et al. Australian hip surveillance guidelines for children with cerebral palsy 2014 [Internet]. Australia: AusACPDM; 2014 [citado 2017 Dic 19]. Disponible en: www.ausacpdm.org.au/professionals/hip-surveillance
 30. Movilización de enfermos: teoría. Madrid: CEP; 2006.
 31. Nágera Acero E. Movilización e inmovilización de pacientes 1. Jaén: FCA Formación; [2017].

32. Stuberg W. Considerations related to weight-bearing programs in children with developmental disabilities. *Phys Ther.* 1992;68(1):35–40.
33. Positioning for children GMFCS levels IV-V: focus on hip health [Internet]. Vancouver (CA): Sunny Hill Health Center for Children; 2014 [citado 2017 Dic 19]. Disponible en: <http://www.childdevelopment.ca>
34. Junqueira LD, Amaral LQ, Iutaka AS, Duarte M. Effects of transporting an infant on the posture of women during walking and standing still. *Gait Posture.* 2015;41(3):841–6.
35. Madre C, Rambaud C, Avran D, Michot C, Sachs P, Dauger S. Infant deaths in slings. *Eur J Pediatr.* 2013;173(12):1659–61.
36. Sarasola Gandariasbeitia K, Zuñil Escobar JC. Control postural y manejo de deformidades de cadera en la parálisis cerebral: revisión. *Fisioter.* 2012;34(4):169–75.
37. Maqueda Castellote E, Gili Bigatà T, Sánchez Pérez S, Escofet Soteras C. Asfixia grave en una lactante por uso incorrecto del «pañuelo portabebés». *An Pediatr.* 2012;77(6):416–7.
38. Méndez FJ, Gómez-Conesa A. Postural hygiene program to prevent low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2001;26(11):1280–6.
39. Twells LK, Midodzi WK, Ludlow V, Murphy-Goodridge J, Burrage L, Gill N, et al. Assessing infant feeding attitudes of expectant women in a provincial population in Canada: validation of the iowa infant feeding attitude scale. *J Hum Lact.* 2016;32(3):NP9-NP18.
40. Stuberly Wa. Consideraciones relacionadas con los programas de carga en bipedestación en niños con discapacidad del desarrollo. *Cuad Fisioter Pediatr.* 1998;2(5). 1-4.
41. Pérez-de la Cruz S. Parálisis cerebral infantil y el uso de sistemas de posicionamiento para el control postural: estado actual del arte. *Neurología.* 2017;32(9):610–5.
42. Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics.* 2016;138(5):e20162940–e20162940.
43. Werner D. El niño campesino deshabilitado: una guía para promotores de salud, trabajadores de rehabilitación y familias. Palo Alto (USA): Fundación Hesperian; 1990. 654 p.
44. International Hip Dysplasia Institute [Internet]. Orlando, Florida: Orlando Health Foundation; 2018 [citado 2018 Feb 10]. Disponible en: <http://displasiadecadera.org/>
45. CanChild [Internet]. Hamilton, Ontario: McMaster University; 2012 [citado 2018 Feb 10]. Disponible en: <https://www.canchild.ca/>
46. European Academy of Childhood Disability [Internet]. Leeds (UK): EACD; 2004 [citado 2018 Feb 10]. Disponible en: <https://www.eacd.org/>
47. Australasian Academy of Cerebral Palsy and Developmental Medicine [Internet]. Australia: AusACPDM; 2016 [citado 2018 Feb 10]. Disponible en: <https://www.ausacpdm.org.au/>
48. Vleeming A, Mooney V, Stoockart R, Chartwell PW. Movimiento, estabilidad y dolor

- lumbopélvico : integración de la investigación con el tratamiento. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
49. Pohlman J. Programa paso a paso de Pilates. Madrid: Tutor; 2005.
 50. Norris CM. Back stability : integrating science and therapy. Champaign, IL : Human Kinetics; 2008.
 51. Fernández de las Peñas C, Melián Ortiz A. Cinesiterapia : bases fisiológicas y aplicación práctica. Barcelona: Elsevier; 2013.
 52. Kisner C, Colby LA, González del Campo Román P. Ejercicio terapéutico fundamentos y técnicas. 5th ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.
 53. Guinot García M. Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente técnicas de soporte vital básico : comunicaciones y seguridad vial. VIgo: Ideaspropias; 2007.
 54. Macias Merlo ML, Fagoaga Mata J. Fisioterapia en pediatría. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
 55. Davies PM 1937-. Steps to follow: guida al trattamento del paziente emiplegico adulto = Passo dopo passo. Berlin: Springer; 1991.
 56. Brown IG. Primeros auxilios para niños : guía práctica de urgencias médicas. Madrid: Martínez Roca; 2006.
 57. Montero Ibáñez R, Briega AM. Escalas de valoración del dolor. Jano. 2005; 68 (527):527–30.
 58. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain. 1983;17(1):45–56.
 59. Lugo L, García H. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Colombia. Rev Fac Nac Salud Publica. 2006;24(2):37–50.
 60. Gandek B, Sinclair SJ, Kosinski M, Ware JE. Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. Health Care Financ Rev. 2004;25(4):5–25.
 61. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19(2):135–50.
 62. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C. Original and abbreviated Zarit caregiver burden scales. Validation in Chile. Rev Med Chil. 2009;137(5):657–65.
 63. Experiencias en la UDC [Internet]. A Coruña: Universidade da Coruña, OCV [2018; citado 2018 Feb 21]. Disponible en: https://www.udc.es/ocv/Aprendizaxe_servizo/Iniciativas_UDC.html?language=es
 64. Entrenament al Lideratge Social [Internet]. Barcelona: ESADE; 2014. Cuestionario de autoevaluación de los estudiantes; 2013 Sep [citado 2018 Feb 21]. Disponible en: <https://apscomunicacioenpublic.wordpress.com/lassignatura/avaluacio/>
 65. Puig JM, Martín X, Rubio L, Palos J, Gijón M, De la Cerda M, et al. Rúbrica para la autoevaluación y la mejora de los proyectos de APS [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2014 Jun 30 [citado 2018 Feb 21]. Disponible en:

http://www.aprenentatgeservei.org/intra/aps/documents/aps_autoevaluacio_cast_IMP_A5.pdf

10. ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA A LA FISIOTERAPEUTA DEL CRRET LAS SEGOVIAS.

PREGUNTAS	
1	- ¿Qué necesidades habéis encontrado en el centro?
2	- ¿Cuáles son los cuidadores principales que llegan al centro con los niños?
3	- ¿Por qué consideráis importante trabajar con las/ los cuidadoras/es?
4	-¿Habéis realizado alguna capacitación? ¿Qué metodología de trabajo habéis utilizado con las/los cuidadoras/es?
5	- ¿Qué dificultades encontraréis trabajando con los padres?
6	-¿Cómo pueden mejorar las/los cuidadores en el manejo de los niños y niñas? ¿Qué comportamientos y acciones habéis detectado que realizan con mayor frecuencia y las perjudica?
7	-En base a vuestra experiencia en el centro, ¿Qué cuidadoras/es creéis que necesitan de un mayor apoyo para realizar las tareas de cuidado?
8	-Si se plantea una intervención dedicada a las/los cuidadoras/es, ¿a quién crees que se podría invitar a participar?

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS Y GRABACIÓN DE VÍDEOS PARA TRABAJO DE FIN DE GRADO

Este formulario tiene dos partes

- **La hoja informativa**
- **El certificado de consentimiento (para registrar su autorización)**

Parte1. Hoja informativa.

1. Información sobre el proyecto

Nely López Filomena, estudiante de Fisioterapia de la Universidad de La Coruña, España y voluntaria en la fundación Instituto de Liderazgo de las Segovias (ILLS), va a llevar a cabo su trabajo de tesis. Dicho trabajo tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las mujeres cuidadoras de niños con diversidad funcional en Nueva Segovia (Nicaragua).

El proyecto se llevará a cabo en el municipio de Ocotal en el centro Los Pipitos. Constará de 7 sesiones de una hora y media de duración. Cada sesión está dividida en dos partes:

- **Teórica:** con el objetivo de proporcionar conocimientos sobre el manejo de las personas a las que cuidan y su autocuidado.
- **Práctica:** Con el objetivo de desarrollar los conocimientos teóricos y realización de ejercicio terapéutico para mejorar y concienciar sobre su postura, disminuir o prevenir el dolor.

Es por ello que se le solicita permiso para la realización de fotografías y vídeos durante las sesiones; así como la administración de varios cuestionarios, con la finalidad de poder comparar y objetivar posibles cambios y mejoraría alcanzadas.

2. Uso y confidencialidad de los datos

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación y solamente por parte de la alumna y el ILLS, guardándose siempre sus datos en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

3. Revocación del consentimiento

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar en el proyecto, le rogamos que nos lo comunique. Puede retirarse del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

Su renuncia no tendrá ninguna consecuencia.

Parte 2. Certificado de consentimiento para el uso de fotografías, videos y uso de la información

Yo _____ con nº de célula _____

He leído, o se me ha leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado sobre la actividad arriba indicada.

He recibido suficiente información sobre la actividad.

He realizado todas las preguntas que he precisado.

He hablado con la estudiante **Nely López Filomena** con quien he clarificado las posibles dudas.

Comprendo que puedo retirar mi consentimiento:

- Cuando quiera.
- Sin dar explicaciones.
- Sin que repercuta en los servicios proporcionados

Comprendo que la información personal que apporto será confidencial y no se mostrará a nadie sin mi consentimiento.

Firma del cuidador/a:

Fecha _____
(La firma y fecha deben estar cumplimentadas de puño y letra del cuidador/a)

Marcando esta casilla **CONSIENTO** de manera voluntaria a que se utilice mis derechos de imagen y la información de los documentos asociados de la manera y para los propósitos indicados previamente en este formulario.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. _____ retiro el consentimiento otorgado de mi imagen para los fines anteriormente citados.

Fecha y firma

ANEXO 3: ENCUESTA PROPIA DE RECOGIDA DE DATOS PERSONALES

CUESTIONARIO INICIAL

Recuerde que toda información que nos dé es confidencial. Su nombre no constará junta a ninguna información que nos proporcione. Muchas gracias por colaborar con nosotros.

DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento: _____ Sexo _____ Estado civil _____

Ocupación _____

1. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha alcanzado?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin estudios | <input type="checkbox"/> Técnicos |
| <input type="checkbox"/> Estudios primarios | <input type="checkbox"/> Universitarios |
| <input type="checkbox"/> Estudios secundarios | |

2. ¿Tiene o ha tenido algún tipo de enfermedad?

- Si No

En caso afirmativo especifique cual o cuales _____

3. ¿Toma actualmente algún medicamento?

- Si No

En caso afirmativo ¿Para qué? _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA Y SU CUIDADO

1. ¿Qué parentesco tiene usted con la persona que cuida?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nieto/a | <input type="checkbox"/> Niñera |
| <input type="checkbox"/> Hijo/a | <input type="checkbox"/> Trabajadora en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Hermano/A | <input type="checkbox"/> Otros: |

3. Edad de la persona que cuida: _____

4. ¿Usted vive en la casa de la persona que cuida?

- Si No

En caso afirmativo, ¿Cuántas personas viven en su mismo hogar incluyéndose a usted?

5 ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo como cuidador principal?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 años | <input type="checkbox"/> Más de 3 años |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 años | <input type="checkbox"/> No sabe/ no contesta |
| <input type="checkbox"/> Entre 2 y 3 años | |

6. ¿Cuántos días a la semana y cuántas horas al día dedica por término medio a prestar cuidados a esa persona?

- Menos de un día
 - 1 día
 - De 2 a 3 días
 - De 4-5 días
 - De 6 a 7 días
- } n° horas/Día _____

7. ¿Es la única persona a cargo de la persona que cuida?

- Sí No

Si la respuesta es no, especifique quien le ayuda o quien se ocuparía si usted no pudiese. _____

8. ¿Ha tenido que dejar su trabajo para encargarse del cuidado de la persona a la que cuida?

- Sí No

9. Considerando los aspectos de su relación con la persona que cuida ¿Cómo se siente afectivamente de cercano con él/ella? Utilizando una escala de 0 a 10 en la que “mucho” es 10 y “nada” es 0. ¿Qué valor le daría?

- _____
- No sabe no contesta

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DURANTE EL CUIDADO

11. En que actividades de la vida diaria depende la persona que cuida de usted

- Aseo personal
- vestirse
- Beber
- Comer
- Moverse
- Tomar el medicamento
- Todas
- Otras

12. Ante alguna de estas tareas derivadas del cuidado de la persona, por favor indique si:

- Siente especial dificultad por faltarle fuerza física
- Tiene dudas sobre cómo sería la mejor manera para hacerlo
- No tiene ninguna dificultad
- Otros _____

13. Si es el caso ¿Por cuánto tiempo chinea al niño?

- Todo el día
- Medio día
- Unas horas
- Unos minutos
- Nunca

DATOS SOBRE SU AUTOCUIDADO

14. ¿Forma parte de algún programa de salud destinado a los cuidados del cuidador?

- Sí No

15. ¿Realiza alguna actividad física con el propósito de mejorar su bienestar, como caminar, correr, ir al gimnasio?

- Sí No

16. ¿Cuánto tiempo se dedica a si misma?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Entre 1h y 2 h |
| <input type="checkbox"/> Menos de 30 minutos | <input type="checkbox"/> Más de 2 h |
| <input type="checkbox"/> Entre 30 minutos y 1 hora | |

17 Al realizar las trasferencias, movilizaciones del niño, ¿Es consciente de la postura que adopta para hacerlo?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

RECURSOS SOCIALES, SANITARIOS Y EDUCATIVOS QUE TIENE ESA PERSONA PARA CUIDARLO

18. ¿Recibe actualmente alguna ayuda por parte del gobierno municipal y/o estatal?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

En caso afirmativo especifique: _____

19. ¿Considera que existen ayudas públicas suficientes?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

20. ¿Cuenta con recursos para desplazarse hacia lo sitios que necesita estar?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

En caso afirmativo especifique cuales _____

21. Usted o los demás miembros de la familia reciben actualmente servicios /información relacionados con el diagnóstico de su familiar.

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

22. ¿Cree que necesita más información acerca de la patología y cuidados de su familiar?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

23. ¿Qué servicios o intervención está recibiendo la persona que cuida?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Educación especial | <input type="checkbox"/> Todos |
| <input type="checkbox"/> Logopedia | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | |

24. En general, ¿cómo de satisfecho está con los servicios que recibe la persona que cuida?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Completamente satisfecho | <input type="checkbox"/> Algo insatisfecho |
| <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Nada satisfecho |
| <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho | <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta |

25. ¿Considera que la institución donde recibe ayuda tiene los recursos suficientes?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

26. ¿Hay algo que quiera comentar que no le haya preguntado?

ANEXO 4: ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Escala Visual Analógica (EVA)

Es una escala muy simple que mide la intensidad de dolor que usted tiene, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 su máxima intensidad.

NO
DOLOR

PEOR DOLOR
IMAGINABLE

INSTRUCCIONES: Para cada región corporal, marque sobre la línea el punto que mejor indique la intensidad de su dolor durante el último mes/ 4 semanas.

Cuello

Parte alta de la espalda

Hombro izquierdo

Hombro derecho

Codo izquierdo

Codo derecho

Muñeca izquierda

Muñeca derecha

Mano izquierda

Mano derecha

Lumbares

Cadera izquierda

Cadera derecha

Rodilla izquierda

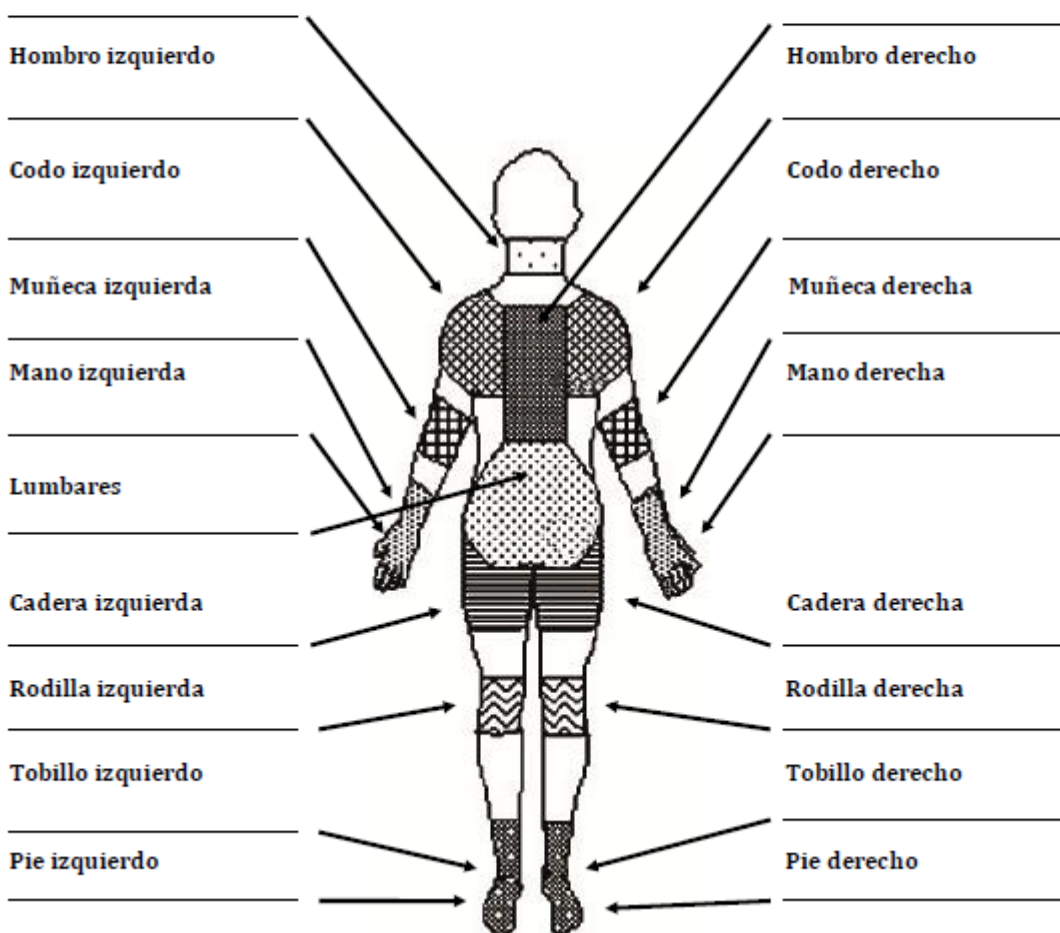
Rodilla derecha

Tobillo izquierdo

Tobillo derecho

Pie izquierdo

Pie derecho



ANEXO 5: CUESTIONARIO PROPIO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuántas curvaturas tiene la columna vertebral, si miro a la persona de lado?

2. 3. 4. 5.

2. Entre vértebra y vértebra hay:

- Discos intervertebrales. Músculos. Hueso. Nada.

3. ¿Cuál de las siguientes actividades puede dañar el disco intervertebral?

- Mantener el tronco inclinado hacia delante por tiempo prolongado.
 Los movimientos de inclinarse hacia delante y hacia atrás sumados a giros con el tronco durante el manejo de cargas y pesos.
 Las dos opciones anteriores son correcta.
 Ninguna es correcta.

4. Señale la respuesta que le parezca más adecuada: durante el estudio y/o en el trabajo, de cara a prevenir el dolor lumbar, es importante:

- Realizar breves descansos cada hora, durante los cuales efectuaremos. ejercicios de movilidad óculo-cervical, de hombros-brazos y de la columna lumbar y pelvis.
 Mantener la cabeza adelantada, los codos apoyados en la mesa y las piernas lo más estiradas posible.
 Las dos opciones anteriores son correctas.
 Utilizar almohadas debajo de las nalgas.

Higiene Postural.

5. El mejor calzado para permanecer varias horas de pie es:

- Zapatos con tacón alto. Zapatos con un poco de tacón ancho.
 Zapatos planos. Zapatos con un poco tacón fino.

6. Para dormir acostado en la cama la mejor posición es:

- Boca arriba. Boca abajo.
 De lado. Cualquiera.

7. ¿Cuál de las siguientes conductas consideras más importante para transportar 4 kilos de peso?

- Introducir 3 kilos en una bolsa y 1 kilo en otra bolsa, y transportar la bolsa más pesada con la mano fuerte y la otra con la mano débil.
 Introducir los 4 kilos en una bolsa y transportarla cargada sobre un hombro.
 Introducir 2 kilos en una bolsa y los otros 2 en otra y transportar cada bolsa en una mano.
 Todas las afirmaciones son correctas.

8. Para recoger un objeto del suelo, la postura correcta será:

- Con las rodillas estiradas, flexionaremos la columna hasta alcanzar el objeto.
- Con las rodillas flexionadas, flexionaremos la columna hasta alcanzar el objeto.
- Con las rodillas estiradas y la espalda recta, flexionaré la columna hasta alcanzar el objeto.
- Flexionaré las dos rodillas, apoyando una rodilla en el suelo y cogeré el objeto, manteniendo la espalda recta.

9. Si tenemos que estar mucho tiempo de pie, lo mejor es:

- Mantener la misma postura durante todo el tiempo.
- Permanecer con las piernas totalmente estiradas.
- Cambiar la postura de vez en cuando.
- Flexionar un poco la columna.

10. Para barrer y fregar el suelo:

- Elige un palo largo y flexiona la columna.
- Elige un palo intermedio, flexiona las rodillas y dobla la espalda.
- Mueve la escoba o la fregona lejos de tus pies, evitando que tu columna se doble.
- Mueve la escoba o la fregona lo más cerca posible de tus pies, evitando que tu columna se incline o se doble.

11. Para estar sentado en una silla, ¿cuál de las siguientes posturas considera más adecuada?

- Sentado en el borde del asiento, con la espalda inclinada hacia atrás y las piernas estiradas.
- Sentado en el fondo del asiento, con la espalda relajada y los antebrazos en los reposabrazos.
- Sentado en el fondo del asiento, con la espalda recta y la planta de los pies apoyada en el suelo.
- Sentado en el fondo del asiento, con la espalda recta y las piernas estiradas, con los talones apoyados en el suelo.

12. Con respecto a la movilización del paciente, ¿Qué consideraciones tenemos que tener en cuenta?

- Explicar siempre la movilización que se va a realizar.
- Animar a que realice por sí mismo el movimiento, ayudándole sólo si es necesario.
- Realizar movimientos suaves y lentos, para que se adapte al movimiento.
- Todas las afirmaciones anteriores son correctas.

13. ¿Qué objetivo tienen la movilización de las articulaciones?

- Prevenir atrofias musculares y rigidez articular.
- Favorecer la autonomía y la relación social.
- Prevenir dolor.
- Todas son correctas.

14. ¿Qué aspectos tenemos que tener en cuenta a la hora de realizar una transferencia?

- Espalda recta, piernas flexionadas, carga cerca del cuerpo, utilizar el contrapeso del cuerpo y pies separados.
- Espalda recta, piernas estiradas, carga cerca del cuerpo, utilizar el contrapeso del cuerpo y pies separados.
- Espalda recta, piernas flexionadas, carga separada del cuerpo, utilizar el contra peso del cuerpo y pies juntos.
- Espalda recta, piernas estiradas, carga separada del cuerpo, utilizar el contra peso del cuerpo y pies separados.

15. Los cambios posturales en las personas que pasan mucho tiempo acostados se realizan.

- Cada 6 horas.
- Cada 12 horas.
- Dos veces al día.
- De 2-3 horas.

16 ¿Cuál es la posición recomendada para que el niño/a duerma?

- Acostado/a boca abajo.
- De lado.
- Acostado/a boca arriba.
- Puede dormir de cualquier manera.

17 ¿Por qué es importante colocar al/la bebé boca abajo cuando está despierto/a?

- Mejora el control motor contra la gravedad.
- Facilita el desarrollo motor frente a una estimulación tardía.
- A y b son correctas.
- El niño descansa mejor.

18 ¿Cómo podemos prevenir la displasia de cadera?

- No se puede prevenir.
- Colocando al niño/a en posiciones que favorezcan la rotación interna de cadera y aducción (Las puntas de los pies miran hacia dentro y las piernas juntas).
- Colocando al niño/a en posiciones que favorezcan la rotación externa de cadera y la abducción (Los pies miran hacia fuera y las piernas se encuentran separadas).
- B y c son correctas.

19 ¿Cuál es el nombre de la ley que recoge los derechos de los niños con diversidad funcional?

- Ley 345.
- Ley 154.
- Ley 763.
- Ley 723.

20. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre la ley no es correcta?

- Las personas con discapacidad se escolarizarán en el sistema de educación general recibiendo, en su caso, los programas de apoyo y recursos que sean necesarios.
- Los conductores de buses y ayudantes, taxistas y otros medios de transporte que brinden los servicios a las personas con discapacidad deben darles un trato digno y humano, ayudándoles a abordar y salir de las unidades de transporte.
- Las Alcaldías Municipales y el Ministerio de Transporte e Infraestructura según su competencia, deberán garantizar que las vías de tránsito y áreas de uso públicas, estén libres de obstáculos que restrinjan el libre desplazamiento de las personas con discapacidad.
- El Estado no tiene la obligación de promover ni garantizar la aplicación de las disposiciones legales, administrativas o reglamentarias que directa o indirectamente fortalezcan el principio de no discriminación.

21 Define brevemente parálisis cerebral, espina bífida y microcefalia.

22 ¿Qué significan las siglas RCP?

- Reanimación cardio-pulmonar.
- Rendimiento cardio-pulmonar.
- Resección cerebral periférica.
- Resección cerebral parcial.

23 ¿Cómo debemos dirigir la cuchara para darle de comer al/la niño/a?

- Con la cuchara desde arriba para que el niño extienda bien la cabeza.
- Con la cuchara desde abajo para evitar que incline la cabeza hacia atrás.
- De cualquier forma, no tiene importancia.
- Generalmente desde abajo, pero si le cae la comida puedo darle desde arriba.

24 ¿Cómo debe estar preferiblemente colocado el niño para alimentarlo?

- Acostado boca arriba para evitar que eche la comida por la boca.
- Sentado, bien alineado y lo más estable posible.
- Sentado con el cuello en hiperextensión (inclinado hacia atrás).
- Sentado, reclinado unos 40° aproximadamente.

25 ¿Cómo debemos actuar ante una convulsión?

- Agarrarlo fuerte e impedir que se mueva.
- Meterle algo en la boca para que no se muerda la lengua.
- Si es posible, colocar una almohada debajo del cuello y esperar a que ceda.
- Hacer la respiración boca a boca.

ANEXO 6: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Este cuestionario pretende recoger la opinión de los/las participantes sobre las distintas sesiones que han conformado la intervención con el fin de mejorarlo en un futuro. Gracias por su colaboración.

INFLUENCIA DEL PROGRAMA EN SU VIDA COTIDIANA

1. Dedico más tiempo para mi mismo:

- Sí No No sabe/ no contesta (NS/NC)

2. Ha mejorado mi estado de ánimo:

- Sí No NS/NC

3. Me siento más seguro en la labor de cuidado:

- Sí No NS/NC

4. Me encuentro más satisfecho con mi vida desde que he participado en el programa:

- Sí No NS/NC

5. Ha supuesto un beneficio para mi familia:

- Sí No Un poco NS/ NC

6. Desde que he participado en el programa:

- He aprendido a cuidarme mejor He aprendido a cuidar mejor NS/NC

SOBRE LA UTILIDAD

1. Se han cubierto las expectativas que tenía en relación a la utilidad de la acción formativa en la que ha participado de forma:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/NC

2. Los contenidos desarrollados durante la acción formativa han resultado útiles y se han adaptado a mis expectativas de manera:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/NC

3. Considero que voy a poder aplicar los conocimientos adquiridos en mi día a día de forma:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/ NC

SOBRE LA ORGANIZACIÓN

1. Considero que el horario en el que tienen lugar las sesiones es:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/NC

2. El tiempo de duración de las sesiones me parece:

- Excelente Muy bueno Bueno Regular malo Muy malo NS/ NC

3. Considero que la organización de las sesiones ha sido:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/NC

4. Creo que la organización del curso ha sido:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/ NC

5. La utilización de medios pedagógicos de apoyo:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/ NC

VALORACIÓN DE LA FACILITADORA QUE HA DIRIGIDO LAS SESIONES

1. La forma que explicó el curso ha sido:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/ NC

2. Los conocimientos en la materia impartida han sido:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/NC

3. La claridad en la contestación a las dudas formuladas ha sido:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/NC

4. La atención recibida tanto yo como con mis compañeros por su parte ha sido:

- Excelente Muy buena Buena Regular mala Muy mala NS/NC

5. Considero la globalidad, mi grado de satisfacción final con los resultados de la intervención es:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extremadamente satisfactoria | <input type="checkbox"/> Ni satisfecho ni insatisfecho | <input type="checkbox"/> Extremadamente insatisfecho, |
| <input type="checkbox"/> Muy satisfecho | <input type="checkbox"/> Algo insatisfecho | <input type="checkbox"/> No tengo opinión/ no estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Algo satisfecho. | <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho | |

6. ¿Volvería a participar en el programa?

- Si No NS/ NC

Observaciones /comentarios

ANEXO 7: PROTOCOLO ENTREVISTA GRUPAL

El siguiente protocolo fue diseñado por una estudiante de la universidad de A Coruña de 4º curso del Grado de de fisioterapia. El objetivo ha sido obtener información necesaria para la realización del TFG sobre los roles de la mujer cuidadora, sus emociones en su rol de mujer cuidadora y las debilidades y fortalezas del proceso para poder mejorarlo. Por este motivo se ha solicitado, una nueva reunión, como grupo y no en una entrevista individual. La información recogida será totalmente confidencial y anónima, y su uso se limitará al ámbito académico.

Cómo se siente como cuidadora:

- ¿Cómo se siente usted haciendo las tareas del hogar y cuidando a una persona con discapacidad?
- ¿Qué características debe tener una persona que cuida a otra con discapacidad?
- ¿Qué limitaciones tiene usted para hacer bien su labor como cuidadora?

Roles de la mujer cuidadora:

- ¿Cree que existe un reparto en su familia entre hombres y mujeres de las labores del hogar y del cuidado de las personas con discapacidad?
- ¿Creéis que esto ocurre en otras familias? ¿Por qué?
- ¿Considera que el estado y la alcaldía juegan un papel importante en las tareas de cuidado? ¿Tienen responsabilidades sobre estas?

Sobre la terapia

- ¿Cómo valoran que ha sido su participación en el proceso de aprendizaje? ¿Qué aspectos creen que pueden mejorar?
- ¿Cuál sería su responsabilidad para que estas capacitaciones sean más exitosas?
- Sobre este tipo de formaciones ¿consideran que ha sido útil la formación en la que han participado? ¿Por qué?