

Modelo integrador para evaluar la eficacia de intervenciones fisioterapéuticas sobre el deterioro de la calidad de vida relacionada con la función

Integrative model to evaluate the effectiveness of physiotherapy interventions on deterioration of function related quality of life

Alonso-Cortés Fradejas B^a, González-Cabanach R^b, Seco-Calvo J^c.

^a Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Grupo de Investigación Salud, Bienestar y Sostenibilidad Socio-Sanitaria. Universidad de León. León. España

^b Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Grupo de Investigación Intervención Psicosocial y Rehabilitación Funcional. Universidad de A Coruña. A Coruña. España

^c Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Grupo de Investigación Phys Ther. IBIOMED. Universidad de León. León. España

Correspondencia:

Beatriz Alonso-Cortés Fradejas
balof@unileon.es

Recibido: 20 abril 2015
Aceptado: 29 enero 2016

RESUMEN

Como elemento que involucra a lo colectivo dentro de las actuaciones de prevención orientadas por los profesionales de la Fisioterapia, se encuentran las acciones promotoras, las cuales deberían especificar los modelos conceptuales sobre los que se apoyan. A partir de esta premisa surge nuestra propuesta, denominada «Modelo integrador para evaluar la eficacia de intervenciones fisioterapéuticas sobre la calidad de vida relacionada con la función», la cual tiene como objetivo principal ayudar a orientar la selección, tanto de medidas de resultado como de las estrategias terapéuticas, en los proyectos planteados desde la Fisioterapia, dentro de determinado tipo de contextos (cuidado informal, atención al paciente crónico, etc). Este modelo va a partir de dos principios fundamentales: la expansión de los modelos basados en el funcionamiento sobre individuos con diferentes condiciones, incluidos aquellos sin diagnósticos claros de deterioro/disfunción, y su complementariedad con experiencias más «humanas» y cercanas a perspectivas «filosóficas» como la calidad de vida o el bienestar. Este modelo, que como es lógico está sometido a discusión, plantea el desarrollo de intervenciones fisioterapéuticas que ayuden a reducir/controlar este deterioro, o a prevenir su riesgo de aparición, a partir de aspectos como el aumento de los recursos de los individuos y/o la atenuación de su vulnerabilidad.

Palabras clave: modelo, integrador, Fisioterapia, calidad de vida, función, riesgo.

ABSTRACT

As elements involving the collective within the actions of prevention oriented by physiotherapy professionals, we can find the promoting actions, which should specify the conceptual models that are based on. Our proposal comes from this previous premise and is called «Integrative Model to Evaluate the Effectiveness of Physiotherapy Interventions on Function-Related Quality of Life», whose main objective is to help guide the selection of both out-

comes and therapeutic strategies, projects arising from physiotherapy, in certain types of contexts (informal care, chronic patient care, etc.). This model is based on two main principles: the expansion of the models based on the functioning of individuals with different conditions -including those with no clear diagnosis of deterioration/dysfunction- and the complementarity towards experiences more «human» and close to «philosophical» perspectives such as quality of life and well-being. Not surprisingly, this model is under discussion, since it suggests the development of physiotherapy interventions which help to reduce/control said deterioration -or to prevent its risk of occurrence- based on features such as increasing the resources of individuals and/or mitigating their vulnerability.

Keywords: model, integrator, Physiotherapy, quality of life, function, risk.

INTRODUCCIÓN

Pese a que muchas de las investigaciones realizadas por fisioterapeutas cumplen gran parte de los requisitos recomendados sobre eficacia de los tratamientos⁽¹⁾ como la evaluación detallada, la fijación de un número determinado de sesiones o el seguimiento de los participantes a largo plazo, son todavía muy escasas las que explicitan los modelos que rigen las actuaciones que en ellas se llevan a cabo.

Estos modelos, que deberían mantenerse lo más próximo posible al paradigma biopsicosocial, van a ser de gran ayuda a los profesionales, tanto a la hora de generalizar los resultados surgidos a diferentes contextos, como para el análisis de los mecanismos de acción a través de los cuales las intervenciones van a influir sobre los fenómenos de salud-enfermedad de clientes (persona sin diagnóstico de disfunción) o pacientes (persona con alteraciones y limitaciones funcionales diagnosticadas por un fisioterapeuta)⁽²⁾.

El modelo que presentamos en este artículo, que hemos denominado «Modelo integrador para evaluar la eficacia de intervenciones fisioterapéuticas sobre la calidad de vida relacionada con la función (CVRF)», pretende aunar dentro de un único marco teórico algunos de los postulados ya planteados sobre funcionamiento y calidad de vida (CV) y que, gracias a su carácter inclusivo, siguen siendo de gran utilidad en la actualidad.

Entre los modelos o aproximaciones conceptuales que han servido para conformar la propuesta que aquí se presenta, cabe destacar el de Verbrugge y Jette⁽³⁾, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud⁽⁴⁾, los de Wilson y Cleary⁽⁵⁾ y de

Valderas y Alonso⁽⁶⁾ y la de los fisioterapeutas Kisner y Colby⁽⁷⁾.

Este modelo integrador ha sido aplicado dentro un proyecto con cuidadores informales de personas mayores dependientes, de 36 semanas de duración, que se desarrolló a partir de dos intervenciones formativas sobre autocuidados: una basada en la comunicación de información (grupo control) y otra en el entrenamiento de estrategias específicas (grupo experimental).

Entre los objetivos de dichas intervenciones, se encontraban el control o la mejora de las variables que contribuían a cuantificar un rasgo o aspecto de la CVRF de los participantes (estado de síntomas, etc.), así como el posible papel mediador/modulador que, sobre éstos, desempeñaban los factores relativos al contexto en el que se sucedían sus vidas (personales y ambientales).

Este modelo, que se plantea bajo el amparo del enfoque biopsicosocial, va a partir de dos premisas principales: 1. La mirada al funcionamiento como objetivo de las intervenciones fisioterapéuticas, y 2. Su complementariedad con conceptualizaciones más humanas o cercanas a perspectivas «filosóficas» como la calidad de vida o el bienestar.

Condición de salud ligada al funcionamiento

Muchas de las intervenciones en las que toman parte los profesionales de la Fisioterapia van a tener, como parte de sus principales objetivos, el control/mejora de deterioro del funcionamiento.

A este respecto, Chillón y Jiménez⁽⁸⁾ consideran que la esencia de toda intervención de Fisioterapia es la limitación funcional, la cual está en íntima relación con la

anomalía, el deterioro, y la evitación de un estado de discapacidad.

Sin embargo, no disponemos en la práctica clínica de etiquetas diagnósticas que, de forma universal, nos permitan reconocer estos cuadros de limitación. Es por ello que es preciso proponer nuevas taxonomías diagnósticas consensuadas que, desde modelos conceptuales y clasificaciones sobre funcionamiento-discapacidad ya planteados o adaptaciones/modificaciones de los mismos, tal y como proponemos, reflejen las consecuencias de las enfermedades, incluyendo las interacciones de la enfermedad con el medio ambiente y las del paciente con el proceso de salud-enfermedad. Así, se dotaría de mayor evidencia a las intervenciones en Fisioterapia.

Entre los modelos sobre los que basar esas intervenciones, y como uno de los más importantes sobre el que se apoya nuestra propuesta, cabe presentar en pri-

mer lugar el de Verbrugge y Jette⁽³⁾, el cual propone prevenir, eliminar o reducir el deterioro funcional y la discapacidad mediante acciones de prevención cuaternaria, terciaria, secundaria e incluso primaria, es decir, de manera previa a la aparición de la patología.

Por otra parte en este modelo se reconoce la influencia que, sobre el proceso de funcionamiento-discapacidad, y creemos también sobre las condiciones aún no incapacitantes, pueden tener los factores intra-individuales (estrategias de afrontamiento, etc.) y extra-individuales (regímenes terapéuticos como la meditación o el ejercicio, etc.), ya sea «acelerándolo», «conteniéndolo» o «provocándolo» (figura 1).

Respecto al funcionamiento tampoco puede obviarse la visión que ha ido perfilándose en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)⁽⁴⁾, que lo presenta como el resultado del con-

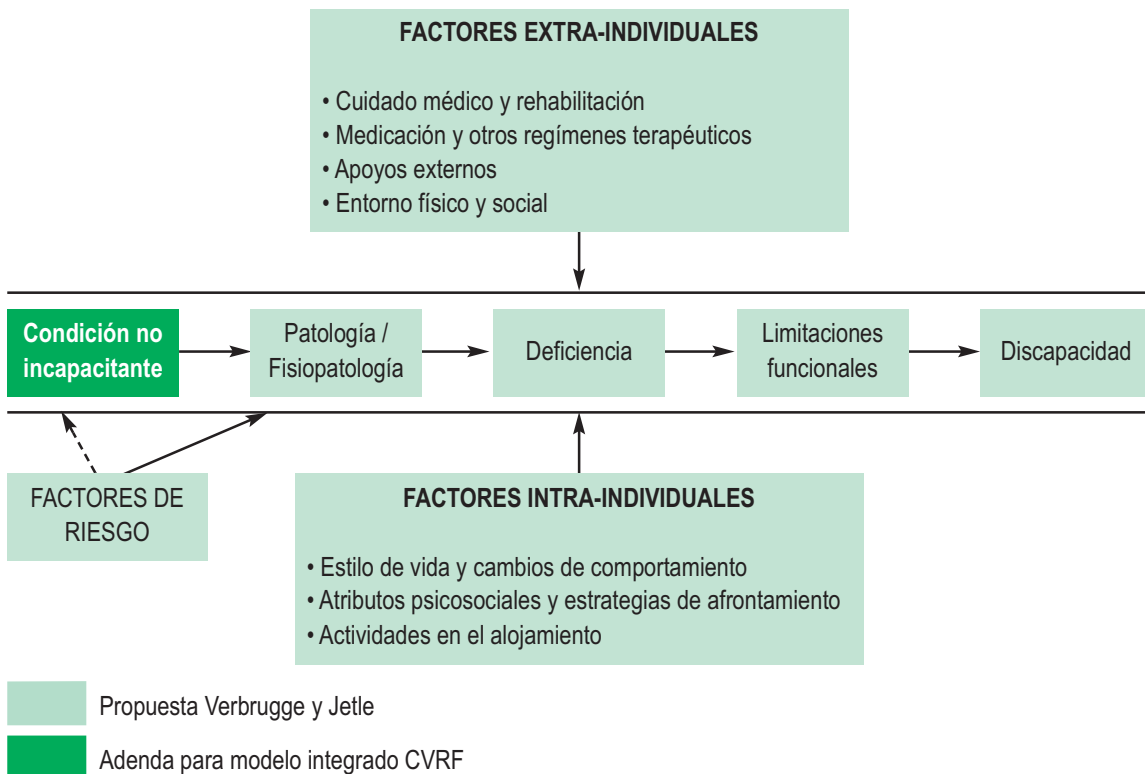


FIGURA 1. Un modelo del proceso de discapacidad.

Modificado de Verbrugge LM, Jette A. The disablement process. Social Science & Medicine. 1994; 38(1): 1-14.

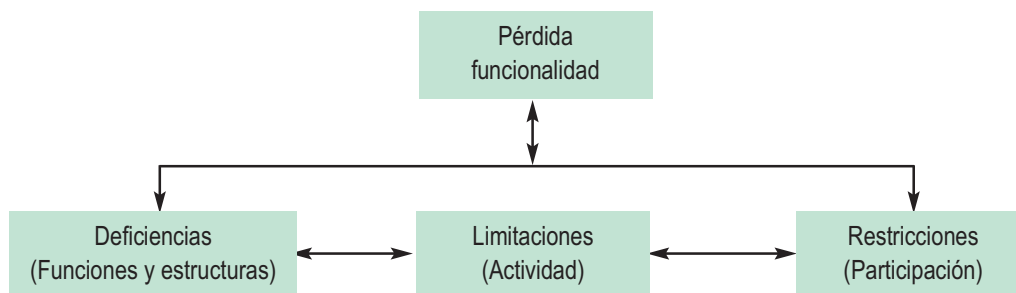


FIGURA 2. Pérdida de la condición de salud visión ligada a la CIF.

Fuente: Elaboración propia de los autores.

texto (factores personales y ambientales) y de la interacción, ya sea positiva o negativa (figura 2), de sus diferentes componentes (estructuras/funciones corporales y actividades/participación).

Autores como Fernández López y cols.⁽⁹⁾ defienden que el modelo de la CIF sea expandido y utilizado como parte de un marco más amplio de comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad para todas las personas, independientemente de la presencia o ausencia en ellos de enfermedad.

Nosotros pensamos que esta expansión de la CIF es especialmente necesaria en el caso de individuos que, aunque todavía no presentan diagnósticos claros de deterioro/disfunción, muestran factores asociados al riesgo que pueden contribuir a su precoz desarrollo. Este sería el caso, por ejemplo, de individuos sedentarios o que viven en entornos «amenazantes», relacionados con un alto nivel de estrés/sobrecarga, como los cuidadores informales.

Modelos conceptuales sobre la calidad de vida relacionada con la salud y la función

En el estudio de los fenómenos de salud-enfermedad no debería olvidarse contemplar otras condiciones que también son importantes para las personas, como es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Con el fin de intentar aglutinar las conceptualizaciones de lo que esta variable, de algún modo más «subjetiva», mide realmente, se ha ido desarrollando en los

últimos años un esfuerzo de consenso por parte de grupos de expertos como por ejemplo los del WHOQOL⁽¹⁰⁾, quienes afirman que la misma es una variable compleja y sintética que integra un conjunto de variables intermedias o dimensiones, cada una de las cuales contribuye a cuantificar algún rasgo o aspecto diferente de dicho constructo.

Esta CVRS ha sido contemplada dentro de modelos conceptuales que han tratado de analizar y clasificar las variables, tanto ligadas al ámbito biomédico como psicosocial, que dentro de dicho constructo suelen incluirse.

Entre estos modelos cabe destacar el de Wilson y Cleary⁽⁵⁾ (WC), el cual categoriza las medidas de resultado sobre CVRS en cinco bloques: 1. Factores biofisiológicos, 2. Estado de síntomas, 3. Estado funcional, 4. Percepción general de salud (medida a través de una sola pregunta sobre salud general) y 5. CV general, considerada equivalente al bienestar subjetivo.

Dentro de este modelo de WC, sobre el que se han planteado aplicaciones en contextos crónicos como es el cáncer avanzado⁽¹¹⁾, también se acepta el impacto y la influencia que, sobre la CVRS, tiene el contexto que rodea a las personas, siendo éste observado a través de las dos dimensiones que lo conforman (características personales y entorno).

Sobre el planteamiento de WC, Valderas y Alonso⁽⁶⁾ han realizado una expansión, denominada modelo integrador de medidas de resultados percibidos por el paciente (figura 3), que, al asociar los niveles de detalle de la CIF, se centra más en la función.

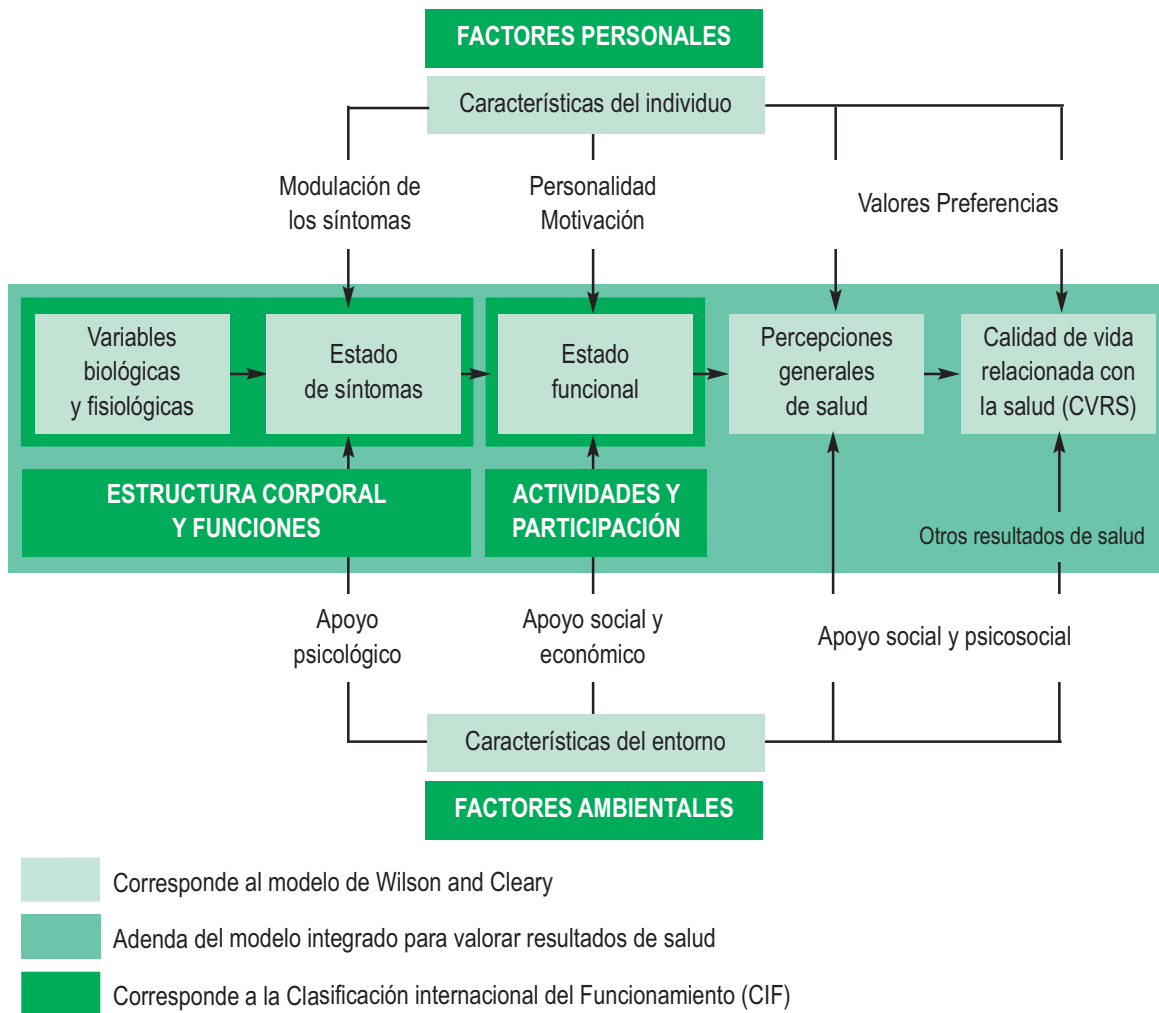


FIGURA 3. Modelo integrado para evaluar resultados de salud.

Tomado de Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Quality of Life Research*.2008;17(9): 1125-35. Reproducido con autorización del propietario del *copyright*, Ed. Springer.

En esta propuesta, los factores biológicos-fisiológicos y el estado sintomático se incluyen dentro del componente estructuras y funciones corporales de la CIF, mientras que el estado funcional equivale al de actividades y participación.

Dentro de este modelo de Valderas y Alonso⁽⁶⁾ (VA) se mantienen los componentes de percepción general de salud y de CVRS, así como la interacción que surge con el contexto (factores personales y ambientales), e incorpora una nueva dimensión, denominada otros resulta-

dos de salud, en las que se incluyen variables como la resiliencia o la satisfacción con el servicio de salud.

Este modelo es el que va a sustentar, junto con el Verbrugge y Jette⁽³⁾ y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, gran parte de nuestra propuesta teórica, la cual busca también englobar muchos de los aspectos (conceptuales, metodológicos, etc.) sobre función y calidad de vida que han sido comentados, bajo el término calidad de vida relacionada con la función (CVRF).

MODELO INTEGRADOR PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES FISIOTERAPEÚTICAS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA FUNCIÓN

El modelo que aquí presentamos, denominado «Modelo para evaluar la eficacia de intervenciones fisioterapéuticas sobre la calidad de vida relacionada con la función (CVRF)» (figura 4), pretende mostrar un marco conceptual que sea de utilidad a los fisioterapeutas que

quieran desarrollar intervenciones de prevención del deterioro de la CV y del funcionamiento.

En este modelo se combina una primera parte, que incluye una categorización de las variables sobre las que sustentar la eficacia de las intervenciones fisioterapéuticas, basada en una combinación de propuestas conceptuales sobre medidas de resultados asociadas a la calidad de vida (CV) y a la función, y una segunda, en la que se plantea el papel de dichas actuaciones sobre la mejora/atenuación del deterioro ya existente y



FIGURA 4. Modelo integrador para evaluar la eficacia de intervenciones fisioterapéuticas sobre la calidad de vida relacionada con la función (CVRF).

Fuente: Elaboración propia de los autores.

sobre la prevención/reducción de su riesgo de aparición. En relación a la primera parte, que incluye las medidas sobre las que sustentar la eficacia de las acciones preventivas a realizar, nuestro modelo plantea la categorización propuesta por Valderas y Alonso⁽⁶⁾, que incluye cuatro dominios:

1. Uno primero centrado en el funcionamiento, que incluye medidas de resultado relativas a factores biológicos-fisiológicos y relativos al estado de síntomas (estructuras y funciones corporales) y también sobre el estado funcional (actividades y participación).
2. Un segundo asociado a la percepción general de salud.
3. Otro tercero relativo a la CV, en sus diferentes dimensiones (física, etc.).
4. Otro cuarto ligado a otros resultados de salud, en el que se incluirían variables como la resiliencia, la satisfacción con el servicio de salud/el tratamiento o el *engagement*.

A propósito de las variables relativas al primer dominio, centrado en la función, nuestro modelo contempla la inclusión de aquellas medidas de resultado relativas a factores biológicos-fisiológicos y síntomas, que representan el apoyo a la continuidad del paradigma biomédico, y otras relativas al estado funcional.

Sobre los factores biológicos-fisiológicos opinamos que, dentro de las evaluaciones de individuos con condiciones no incapacitantes, resulta de especial interés analizar algunas de las medidas de resultado que representan aspectos generales de la condición de salud, como la talla y el peso, los perímetros musculares, los pliegues cutáneos, la presión arterial o la alineación postural.

Por otra parte también se considera de interés la inclusión de factores biológicos-fisiológicos específicos según la problemática de los individuos y la mayor o menor afectación de los diferentes sistemas corporales (neurológico, musculoesquelético, etc.).

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

Estos factores bio-fisiológicos se relacionan con el siguiente componente incluido en la dimensión estructuras y funcionales corporales, el estado sintomático, que representa el intento del cuerpo por defenderse de un progresivo deterioro de su funcionamiento normal⁽¹²⁾.

Mediante las medidas de resultado incluidas en esta categoría, se busca confirmar la existencia de síntomas como dolor, fatiga, ansiedad o depresión, los cuales puede que contribuyan a crear en los pacientes/clientes una sensación de malestar físico y/o psicológico.

Dentro del estado sintomático, también resultaría de interés analizar, tal y como contempla el modelo propuesto por Rodríguez y cols.⁽¹¹⁾, un posible detrimento de variables relacionadas con el funcionamiento positivo, como el bienestar emocional.

Pensamos que el análisis de esta variable, ligada al desarrollo del potencial humano, resulta especialmente interesante en el caso de intervenciones que sean planteadas sobre población adulta mayor (mayores de 65 años), ya que la misma incluye componentes, como el propósito en la vida o el crecimiento personal, que presentan una tendencia a disminuir progresivamente de la edad mediana a la vejez^(13, 14).

El hallazgo de efectos beneficiosos sobre estos componentes, gracias a las intervenciones fisioterapéuticas, sería un hecho especialmente relevante que permitiría confirmar su eficacia para favorecer un envejecimiento más satisfactorio.

Estos estados sintomáticos van a ser un importante determinante del último componente ligado a las actividades y participación dentro del dominio funcionamiento, el estado funcional, el cual abarca las tareas, actividades y roles que identifican a una persona como adulto independiente y tiene gran importancia en la vida diaria, ya que exige integrar destrezas motrices, además de capacidades cognitivas y afectivas⁽¹²⁾.

A propósito de este estado funcional y en relación a los individuos que aún no presentan condiciones muy incapacitantes, pensamos que resulta de especial relevancia analizar el grado de capacidad funcional (índice de Barthel) y el nivel de condición física funcional, cuya pérdida está asociada a un riesgo de aparición de enfermedades hipocinéticas⁽¹⁵⁾.

Dentro de esta condición física funcional, que está relacionada con la habilidad para desarrollar las actividades diarias con vigor⁽¹⁶⁾, se deberían observar todos

los componentes que pueden verse influenciados, ya sea positiva o negativamente, por el entrenamiento, como la agilidad, la resistencia cardio-respiratoria, la fuerza-resistencia muscular o la flexibilidad/movilidad. En relación a este último componente, no debe olvidarse la capacidad facultativa del fisioterapeuta en identificarlo como aspecto patológico, partiendo de los conceptos integrales de movimiento global y funcional.

El conocimiento de la integridad/deterioro de la función a partir de las estructuras y funciones corporales y de las actividades y participación, va a ayudar a determinar la eficacia de las intervenciones, pero no representa la totalidad de los aspectos que sería adecuado analizar, si se desea llevar a cabo enfoques que realmente sean integradores.

Es por ello que nuestro modelo propone la inclusión de variables más próximas a lo humano o las perspectivas «filosóficas», como la calidad de vida o el bienestar subjetivo/satisfacción vital, al igual que establecen los modelos de WC y VA, y de otros resultados de salud como la resiliencia o el *engagement*.

Estas conceptualizaciones, que van a ser evaluadas principalmente a partir de informes autocumplimentados, constituyen una parte fundamental dentro de nuestro modelo ya que, además de prestar atención a la perspectiva más sociológica de la salud, pueden resultar objetivos/expectativas de resultado cercanos y estimulantes para los participantes en las intervenciones.

Otro de los dominios fundamentales dentro del modelo que aquí se presenta, es el que hace referencia al contexto en el que se sucede la vida de los individuos, constituido por dos tipos de factores: ambientales y personales.

A propósito de los factores ambientales, planteamos que, en la medida que sea posible, se analicen los principales estresores (E) a los que los individuos están expuestos (cuidado del familiar, etc.), ya que éstos van a determinar, en gran parte, el riesgo de deterioro de la CV y de la función.

Dentro de la intervención fisioterapéutica realizada con cuidadores informales, sobre la que se aplicó el modelo teórico aquí presentado, se analizaron dos tipos de factores ambientales, los cuales fueron contemplados como estresores: las características socio-demográficas del familiar receptor de los cuidados, que incluyó la edad, el género y el tipo de deterioro funcional, y las características generales de la situación de cuidados, con el tiempo dedicado al rol de cuidador, su ocupación, la res-

ponsabilidad en el cuidado y el nivel de capacidad funcional del familiar receptor de los cuidados.

En relación a los factores personales, que simbolizan lo particular que está detrás de la apariencia o intención de vida de una persona, nuestro modelo propone dedicar especial atención a aquellos, derivados en parte de las propuestas de Daza Lesmes y Torres Narváez⁽¹⁷⁾, que son «potencialmente» modificables y entre los cuales se incluiría:

1. El estilo de vida.
2. Los factores asociados al riesgo, entre los que se encontraría la percepción de un elevado nivel de estrés/sobrecarga, entre otros.
3. Los factores protectores, como por ejemplo una alta implicación en actividades de autocuidado (minutos de dedicación/semana).
4. Otros ligados a la «empoderamiento/autogestión», como las creencias en las propias capacidades (autoeficacia), el apoyo social o las estrategias de afrontamiento.

El modelo que proponemos, también plantea una propuesta que pretende ser de ayuda en el análisis sobre las relaciones entre los factores contextuales (ambientales y personales) y las medidas de resultados que han sido planteadas sobre función y CV, las cuales han sido englobadas dentro de este modelo bajo el término calidad de vida relacionado con la función (CVRF).

Desde este nuevo planteamiento, que deriva de la gestión frente a desastres/catástrofes⁽¹⁸⁾ y al respecto de la aplicación del mismo en contextos de *prevención primaria*, se plantearía el concepto de «riesgo» de deterioro de la CVRF (Rdt), siendo este el resultado ($Rdt = E \cdot Vu / Re$) del afrontamiento, por parte de los individuos, del *estresor* (cuidado del familiar-E), desde sus *vulnerabilidades* (Vu) y *recursos* (Re). Dentro de este enfoque, se entiende la *vulnerabilidad* (Vu) como un indicador ligado a determinadas características del contexto, entre las cuales se encontrarían las de carácter «fijo» (edad, nivel de estudios, etc) y las «potencialmente» modificables desde intervenciones socio-sanitarias. Entre las medidas relativas a esta vulnerabilidad, se encontrarían los *factores asociados al riesgo*, como, por ejemplo, la percepción de un elevado nivel de estrés/sobrecarga. Se considerarían recursos (Re) aquellos factores, tanto personales (creencias de autoeficacia, estrategias de afrontamiento, etc.), como ambientales (apoyo social percibido, etc.), que,

según la evidencia disponible, contribuyen a «proteger» a los individuos frente al riesgo de deterioro.

En la segunda parte del modelo, centrada en la terapéutica, se presentan los efectos que las intervenciones fisioterapéuticas (procedimentales o no), pueden conseguir frente al deterioro de la CV y/o la función y también en la prevención/reducción de su riesgo de aparición.

Como acción que puede ser orientada con gran rigor por los profesionales de la Fisioterapia para reducir/controlar este deterioro o su riesgo de aparición, se encuentran intervenciones como la comunicación de información y el ejercicio terapéutico, los cuales van a favorecer el aumento de conocimientos y experiencias en los pacientes/clientes.

En el caso de que el deterioro de la CVRF o su riesgo de aparición, esté relacionado con un elevado o mantenido nivel de estrés/sobrecarga, creemos que lo más adecuado sería plantear intervenciones procedimentales que puedan ayudar a reducir la excesiva respuesta de activación fisiológica frente al mismo, como por ejemplo los ejercicios respiratorios/de relajación.

En relación al efecto de estas intervenciones/estrategias fisioterapéuticas, nuestro modelo plantea una adaptación de la propuesta de Kisner y Colby⁽⁷⁾ (figura 5), acerca de las principales vías por las que algunas de ellas, como por ejemplo el ejercicio, actuarían sobre el proceso de deterioro de la CVRF o sobre su riesgo de aparición:

1. Modulando dichos procesos, es decir, actuando de manera directa sobre ellas a través de los efectos provocados sobre los factores bio-fisiológicos, síntomas, etc.

2. Mediando sobre dichos procesos, es decir, actuando de manera indirecta, a través de la influencia sobre los factores contextuales que son susceptibles de ser modificados.

A propósito de este último aspecto y en base a la propuesta derivada de la gestión frente a desastres/catástrofes ya planteada, nuestro modelo también propone analizar en qué medida se relacionan las mejorías alcanzadas sobre el deterioro (Rdt) mediante las intervenciones fisioterapéuticas, con el aumento de los recursos de los participantes (mayor implicación en conductas de autocuidado, autoeficacia, etc.) y/o con la disminución de los aspectos de la vulnerabilidad (menor percepción de estrés/sobrecarga, etc.).

CONCLUSIONES

Basándonos en una serie de modelos y aproximaciones conceptuales publicados en literatura, se ha presentado un modelo que pretende ser un marco conceptual de ayuda en el desarrollo de proyectos terapéuticos (hipótesis, selección de medidas de resultado y estrategias terapéuticas, etc.) que busquen reducir/controlar el deterioro de la CVRF.

Este modelo integrador combina una primera parte, que incluye una propuesta de categorización de las medidas de resultado que hacen referencia a distintos rasgos o aspectos de la CVRF, y una segunda, en la que se plantea el papel de las intervenciones socio-sanitarias (educativas, terapéuticas, etc) sobre el control/atenuación de su deterioro.

A propósito de las repercusiones negativas provocadas sobre esta CVRF por determinados «agentes estresores», como por ejemplo una enfermedad crónica o el excesivo estrés, el modelo también plantea el papel que las intervenciones fisioterapéuticas pueden desarrollar, tanto respecto a su control como a su prevención, ya sea a partir desde el aumento de los «recursos» de los pacientes/clientes y/o desde la atenuación de su «vulnerabilidad».

Visto todo lo cual, y entendiendo que, como es lógico, el modelo aquí presentado está sometido a discusión, pensamos que el mismo puede ser recomendado para su utilización, tanto en la práctica clínica habitual del fisioterapeuta, como en los contenidos ligados a los fundamentos de la Fisioterapia, dentro de los estudios de Grado.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos.

Confidencialidad y consentimiento informado. Para esta investigación no se ha realizado intervención alguna en seres humanos.

Privacidad. En este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación. Los autores de este trabajo declaramos que no hemos recibido ningún tipo de financiación.

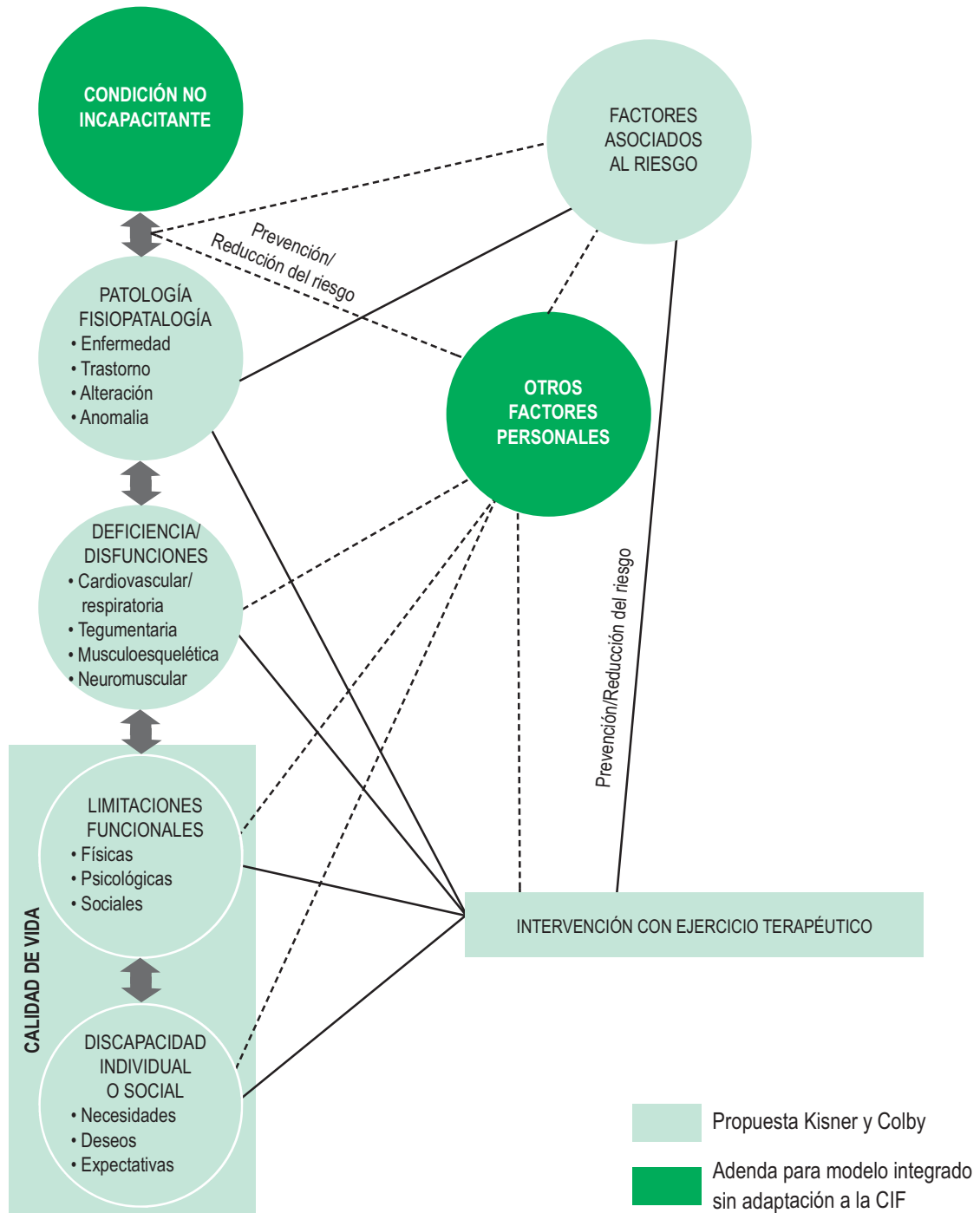


FIGURA 5. Repercusión del ejercicio físico sobre el proceso de discapacidad.
Modificado de Kisner C, Colby LA. Ejercicio terapéutico: conceptos fundacionales. En: Kisner C, Colby LA. Ejercicio terapéutico. Fundamentos y técnicas. 5ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2010

Conflictos de interés. Los autores de este trabajo declaramos que no existen conflictos de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A los profesores Mercedes Reguera García y Raúl Cobreros Mielgo, así como a la directiva y miembros de las Asociaciones de Familiares de Alzheimer de León, Bierzo, Astorga y La Bañeza, sin los cuales no hubiera sido posible llevar a cabo este proyecto.

A Ignacio Álvarez García por su fundamental e incondicional apoyo, tanto humano como técnico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*. 1995 Dic; 50(12): 965-74.
2. Guide to Physical Therapist Practice.3.0. Alexandria, VA: American Physical Association, 2014. Available at: <http://guidetoptpractice.apta.org/content/1/SEC1.body>
3. Verbrugge LM, Jette A. The disablement process. *Social Science & Medicine*. 1994; 38(1): 1-14.
4. Organización Mundial de la Salud editor. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
5. Wilson IB, Cleary PD. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA*. 1995; 273(1): 59-65.
6. Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res*. 2008; 17(9): 1125-35.
7. Kisner C, Colby LA. Ejercicio terapéutico. Fundamentos y técnicas. 5ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2010.
8. Chillón-Martínez R, Jiménez-Rejano JJ. Diagnóstico fisioterapéutico. El Método de Intervención en Fisioterapia. En: Seco J. Fisioterapia en Especialidades Clínicas. Serie Sistema Músculo-Esquelético. Volumen II. Madrid: Panamericana; 2015.
9. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública* 2010; 84(2): 169-84.
10. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-9.
11. Rodríguez AM, Mayo NE, Gagnon B. Independent contributors to overall quality of life in people with advanced cancer. *Br J Cancer* 2013; 108: 1790-800.
12. Guccione AA, Scalzitti DA. Exploración del estado funcional y el nivel de actividad. En: O'Sullivan SB. Rehabilitación física. Badalona: Paidotribo; 2013. p. 387-416.
13. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989(57): 1069-81.
14. Triadó C, Villar F, Solé C, Osuna MJ. La medida del bienestar en personas mayores: adaptación de la escala Ryff. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2005; 58(3): 347-64.
15. Garatachea Vallejo N. Valoración de la condición física funcional en personas mayores. La batería Senior Fitness Test. En: Garatachea Vallejo. Actividad física y envejecimiento. Sevilla: Wanceulen Editorial Deportiva; (2006). p. 57-98.
16. Pate RR. The evolving definition of physical fitness. *Quest*. 1988; 40(3): 174-9.
17. Daza Lesmes J, Torres Narváez MR. Diagnóstico fisioterapéutico para la toma de decisiones en el ejercicio profesional. En: Daza Lesmes J. Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano. Colombia: Panamericana; 2007. p. 11-26.
18. Vitaliano PP, Russo J, Young HM, Teri L, Maiuro RD. Predictors of Burden in Spouse Caregivers of Individuals With Alzheimer's Disease. *Psychology and Aging*. 1991; 6(3): 392-402.

Instrucciones a los autores para la publicación de los trabajos

Pueden consultarse en lengua española en el número 1 del volumen 44 (enero-abril 2015), páginas 62 a 68; y en www.cuestionesdefisioterapia.com

Instruccions in english can be found in issue 3, volum 44 (september-december, 2015), pages 195 to 200.