



18 de septiembre 2015
X Premio Nacional de Investigación en Enfermería
Raquel Recuero Díaz

"El valor Pedagógico de los Cuidados Enfermeros"

Campus Universitario Talavera de la Reina . Aula Magna. Av Real Fábrica de Sedas s/n

TÍTULO:

ESTUDIO ALEATORIZADO EXPERIMENTAL SOBRE LA INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL RESPIRATORIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DISNEA

Autores: Eduardo José Fernández Rodríguez. María Isabel Rihuete Galve

Resumen:

La disnea es un síntoma muy frecuente en los pacientes oncológicos. Además de producir malestar al respirar, ansiedad y disconfort, es en gran parte, el responsable de las dificultades de los pacientes para mantener su autonomía.

Según la taxonomía NANDA observamos que la intolerancia a la actividad y el deterioro de la movilidad física secundaria a la sintomatología respiratoria así como, el deterioro de la deambulación son valores determinantes principales en el diagnóstico de disnea, siendo también un valor determinante secundario asociado a este diagnóstico el déficit de autocuidado.

Para dar respuesta a estas necesidades se elaboró desde la enfermería y la terapia ocupacional un programa de rehabilitación integral respiratori, cuyo eje fundamental de intervención será el de tratar la "disfunción con función" siendo éste, la funcionalidad, el objetivo principal del estudio: Conseguir mediante ejercicios respiratorios sencillos, técnicas de ahorro de energía y reestructuración de los periodos de descanso que el paciente tenga más movilidad y pueda con un esfuerzo más eficaz realizar las actividades de la vida diaria, y mejorar su funcionalidad.

HIPÓTESIS: Los pacientes oncológicos con disnea mejorarán su funcionalidad y su autonomía tras su inclusión en un programa de rehabilitación integral respiratoria procedente de la perspectiva de la enfermería y la terapia ocupacional.

OBJETIVOS: El objetivo principal del estudio será comprobar la eficacia de un programa de rehabilitación integral respiratoria en la mejora de la problemática respiratoria referida por la enfermedad oncológica.

METODOLOGÍA: Estudio experimental, aleatorizado, estratificado, prospectivo longitudinal mediante un esquema paralelo de asignación fija con grupo experimental y grupo control.

EMPLAZAMIENTO: Unidad de Hospitalización de Oncología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

RESULTADOS: Diferencias estadísticamente significativas entre grupo experimental y grupo control en autonomía, nivel de disnea y capacidad de esfuerzo. Mejora de funcionalidad.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio podemos afirmar la eficacia de un programa de rehabilitación integral respiratoria en la mejora de la problemática respiratoria referida por la enfermedad oncológica.

Palabras Clave: Disnea. Cáncer. Funcionalidad. Enfermería. Terapia Ocupacional. Rehabilitación.

• **INTRODUCCIÓN**

La disnea es un síntoma muy frecuente en los pacientes oncológicos¹. Además de producir malestar al respirar, ansiedad y disconfort, es en gran parte, el responsable de las dificultades de los pacientes para mantener su autonomía².

La mayoría de los enfermos perciben esta sintomatología como un factor limitante fuera de su control que les lleva a realizar conductas de evitación que aumentan más su inactividad y repercuten negativamente en su funcionalidad³.

Según la taxonomía NANDA⁴ y teniendo en cuenta la clasificación del Proyecto Cenes de 2011⁵ vemos que la intolerancia a la actividad y el deterioro de la movilidad física secundaria a la sintomatología respiratoria así como, el deterioro de la deambulación son valores determinantes principales en el diagnóstico de disnea, siendo también un valor determinante secundario⁶ asociado a este diagnóstico el déficit de autocuidado⁷.

Puesto que sus causas son multifactoriales no suele responder siempre a los tratamientos médicos habituales.

Desde el punto de vista de atención integral al enfermo, no exclusivamente al síntoma, es necesario emplear otras terapias que consigan la readaptación del paciente a su actividad cotidiana.

Creando en el valor terapéutico de los cuidados, consideramos que la respuesta a las continuas demandas de los pacientes oncológicos con disnea y sus familiares, de conseguir mayor autonomía en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, debe realizarse desde ese campo y solo puede conseguirse mediante la actuación coordinada de distintos profesionales de la salud, teniendo como punto de partida una valoración enfermera de las necesidades individuales de cada paciente⁸.

Para dar respuesta a estas necesidades se elaboró desde la enfermería y la terapia ocupacional un

programa de rehabilitación integral respiratoria basado en tratar la "disfunción con función" siendo este el objetivo último del estudio :Conseguir mediante ejercicios respiratorios sencillos, técnicas de ahorro de energía y reestructuración de los periodos de descanso que el paciente tenga más movilidad y pueda con un esfuerzo más eficaz realizar las actividades de la vida diaria, y mejorar su funcionalidad⁹.

Para comprobar la eficacia de estas medidas se decidió realizar un estudio aleatorizado que permitiera comprobar la eficacia de estas intervenciones.

En base a las consideraciones anteriores hemos formulado la siguiente hipótesis:

HIPÓTESIS

"Los pacientes oncológicos con disnea mejorarán su funcionalidad y su autonomía tras su inclusión en un programa de rehabilitación integral respiratoria procedente de la perspectiva de la enfermería y la terapia ocupacional"

• **OBJETIVOS**

El objetivo principal del estudio será comprobar la eficacia de un programa de rehabilitación integral respiratoria en la mejora de la problemática respiratoria referida por la enfermedad oncológica.

Los objetivos secundarios serán:

- Mejorar la funcionalidad de los pacientes.
- Aumentar el nivel de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria
- Correlacionar la capacidad de esfuerzo de los pacientes con sus niveles de autonomía.
- Correlacionar los niveles de disnea de los individuos con su capacidad funcional.
- Correlacionar los niveles de

disnea de los individuos con su capacidad de esfuerzo.

- Describir las características sociales de los pacientes oncológicos.

• **MATERIAL Y MÉTODO:**

Diseño del estudio: Para cumplir los objetivos se decide realizar un estudio experimental, aleatorizado, estratificado, prospectivo longitudinal mediante un esquema paralelo de asignación fija con grupo experimental y grupo control.

Fuentes y emplazamiento: Ámbito de estudio será la Unidad de Hospitalización de Oncología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca de donde procederá la muestra de pacientes.

Asignación muestral: Los sujetos serán asignados de forma prospectiva al estudio a las dos condiciones del estudio: Condición Experimental y Condición Control, mediante un proceso de aleatorización simple, utilizando números aleatorios generados mediante el programa Microsoft Excel 2010.

Aspectos éticos del proyecto: Se solicitó la autorización por parte *Comité Ético de Investigación Clínica del área de salud de Salamanca* para proceder a la realización del proyecto de investigación propuesto.

Criterios de inclusión para ambos grupos:

- Tener entre los motivos de ingreso un diagnóstico anatomopatológico de enfermedad oncológica.
- Presentar como mínimo unos parámetros de disnea nivel 2 o moderada en la escala MRC.
- Estar ingresados en el Hospital Universitario de Salamanca.
- Firmar un consentimiento informado en el que

autorizan su participación voluntaria en el estudio.

Criterios de exclusión para ambos grupos:

- No tener entre los motivos de ingreso un diagnóstico anatomopatológico de enfermedad oncológica.
- No presentar como mínimo unos parámetros de disnea nivel 2 o moderada en la escala MRC.
- No estar ingresados en el Hospital Universitario de Salamanca.
- No firmar un consentimiento informado, y por lo tanto no autorizar su participación en el estudio.
- Presentar un diagnóstico de metástasis óseas.
- No disponer de un adecuado estado cognitivo para comprender y llevar a cabo las órdenes que se le faciliten.
- Llevar a cabo un número de sesiones de rehabilitación inferior a 5.
- Presentar unos niveles de hemoglobina inferiores a 10g/dl.
- Ser fumador activo en la actualidad.

Descripción de las variables

Variable independiente: La variable independiente será la intervención mediante un programa de rehabilitación integral respiratoria llevado a cabo desde la perspectiva de un equipo interdisciplinar formado por

enfermeras y terapeutas ocupacionales

Variable dependiente: Las actividades de la Vida Diaria, la capacidad de esfuerzo y la disnea

Variables intervinientes: Edad, sexo, diagnóstico, nivel cultural, oxigenoterapia, tratamiento farmacológico (corticoides, broncodilatadores y/o antibióticos), niveles de saturación de oxígeno.

Instrumentos de evaluación Para medir las Actividades de la vida diaria (AVD): el índice de Barthel y el FIM. Para medir la capacidad de esfuerzo se utilizará la Prueba de 6 minutos marcha y la disnea se valorará con la escala MRC.

Las variables intervinientes serán registradas en una hoja individual para cada paciente y almacenadas después en una base de datos diseñada específicamente para este estudio.

*Procedimiento*___: después del reclutamiento de los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión y tras su asignación al grupo correspondiente tras el proceso de aleatorización, se procederá a la realización de una evaluación exhaustiva a los sujetos de ambos grupos en el momento de ingreso y al momento de alta, la cual constará de: Valoración de las Actividades de la vida diaria (AVD), valoración de la capacidad de esfuerzo y valoración de la disnea.

En el grupo experimental, se llevarán a cabo además con cada paciente sesiones de Rehabilitación Integral Respiratoria, por parte de profesionales de las disciplinas de la enfermería y la terapia ocupacional, de forma diaria con una duración aproximada de 45 minutos.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL RESPIRATORIA

La metodología de trabajo empleada seguirá la base teórica de la Rehabilitación *basada en la integración funcional*. Es un nuevo método de intervención en pacientes en fase aguda y subaguda, basado

fundamentalmente en "tratar la disfunción con función".

Surgió para dar respuesta a las continuas demandas de pacientes y cuidadores en el servicio de geriatría, orientadas hacia la necesidad de conseguir una mayor independencia del paciente. Existía una desmotivación de los pacientes hacia la realización de tratamientos terapéuticos convencionales centrados en el déficit. Para ello fue preciso crear un nuevo método de intervención que lograra la mayor funcionalidad posible en el menor período de tiempo (estancias en unidades de agudos muy leves), buscando tratamientos mucho más eficaces, rápidos y dinámicos.

La movilidad funcional será el eje central del tratamiento.

Con este tipo de intervención, el refuerzo de la ganancia funcional del paciente será inmediato, por lo que, tanto él como su familia/cuidador se implicarán más con el tratamiento. Se puede decir que aumenta el nivel de colaboración, consiguiendo que durante el resto del día, en el cual el paciente no recibe intervenciones, se continúen potenciando los beneficios obtenidos. Fomentando su independencia y evitando que se cumpla el ciclo del paciente respiratorio que conllevará pérdida de funcionalidad consecuente de la disnea que secundariamente empeorará la calidad de vida del individuo.

La intervención se realizará gracias a la "reeducación al esfuerzo" llevada a cabo en los individuos, la cual tendrá las siguientes intervenciones:

- Movilización progresiva.
- Gradación y simplificación de actividades.
- Enseñanza de técnicas de ahorro de energético.
- Modificación de actividades cotidianas.
- Ejercicios respiratorios. Espirómetro incentivo.
- Reeducación en actividades de la vida diaria.

El tratamiento se deberá realizar de forma INDIVIDUALIZADA, en la habitación del hospital o una sala acondicionada, en sesiones de 50 minutos de duración aproximada y de forma diaria. Llevado a cabo por profesionales de las disciplinas de la enfermería y la terapia ocupacional.

Análisis estadístico:

Para el análisis estadístico se utilizará el paquete de datos SPSS 21.0, y posteriormente se realizará una comparación de medias, mediante la prueba "t de student" de las puntuaciones obtenidas en ambos grupos.

Finalmente se realizará la prueba de Correlación de Pearson para el análisis de correlación lineal simple entre las diferentes variables intervinientes y los parámetros establecidos en los diferentes cuestionarios y escalas validadas empleadas.

• **RESULTADOS:**

Estamos ante un proyecto de investigación con una muestra total de 99 individuos, de entre los cuales observamos como 66 han sido incluidos en el mismo y 33 han sido considerado excluidos por diferentes motivos expuestos en la figura 1.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES (Figuras 2, 3, 4, 5, 6)

En cuanto a la edad observamos como la media está en 67 años, balanceada en ambos grupos experimental y control.

En cuanto al género observamos un ligero predominio de género masculino, 37 individuos, por 25 del femenino. Observando esta disposición también en ambos grupos.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS (Figura 7, 8, 9)

Del total de la muestra (n=99), el grupo más abundante es el de patologías pulmonares, seguido de las patologías del aparato digestivos y mamarias, en este orden. La distribución en grupos experimental y control en estos subgrupos es proporcional salvo en el caso de patologías del aparato digestivo donde observamos una mayor incidencia en el grupo control.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO (Figura 10)

- ✓ Puntuaciones del índice de BARTHEL: $p = 0,000$ [IC95:18,899;26,273]
- ✓ Puntuaciones de la escala MRC de Disnea: $p = 0,003$ [IC95:0,517;1,069]
- ✓ Puntuaciones de la prueba de 6 minutos marcha: $p = 0,000$ [IC95:33,987;60,151]
- ✓ Puntuaciones del FIM: $p = 0,000$ [IC95:13,352;25,613]

ANÁLISIS DE LAS CORRELACIONES (Figura 11)

En este caso tomaremos como válidas solo aquellas que son estadísticamente significativas al nivel 0,01.

Correlación positiva y fuerte entre las puntuaciones de Barthel y las puntuaciones de FIM ($r=0,775$). Mejores puntuaciones en Barthel se correlacionan con mejores puntuaciones en FIM y viceversa.

Correlación negativa entre los índices de disnea de la MRC y la capacidad de esfuerzo en la prueba de 6 minutos marcha ($r=-0,226$). Mejores puntuaciones en MRC se correlacionan con mayor capacidad de esfuerzo de los individuos.

Correlación positiva entre las puntuaciones de Barthel y la capacidad de esfuerzo en la prueba de 6 minutos marcha ($r=0,443$). Mejor funcionalidad a mejor capacidad de esfuerzo de los individuos.

No se observaron diferencias entre ambos géneros ni en cuanto a las edades de los individuos.

En nuestro estudio, nuestro objetivo era demostrar que la inclusión en un programa de rehabilitación integral respiratoria, llevado a cabo por profesionales de las disciplinas de la enfermería y la terapia ocupacional, mejoraba la problemática respiratoria en pacientes oncológicos con disnea.

Como hemos podido observar nuestro mayor logro ha sido la mejora en términos de dependencia de los individuos. Los niveles de funcionalidad de los mismos son estadísticamente mejores en aquellos

pacientes que han sido incluidos en el programa.

Además se observa como tanto los niveles de disnea como la capacidad de esfuerzo mejora de forma significativa.

Estudios similares llevados a cabo en diferentes países hablan de la necesidad de inclusión de estos programas en la práctica cotidiana en los centros de hospitalización ^{10, 11, 12, 13, 14, 15, 16}.

Además consideramos como prioritario estudiar como beneficia al entorno familiar o a los cuidadores esta independencia de los individuos para la realización de sus actividades cotidianas.

Por otra parte consideramos que en el momento que son dados de alta del centro de hospitalización se debe llevar a cabo un seguimiento de los mismos pudiendo así mejorar su sintomatología, controlar los síntomas asociados a la misma y, en la medida de lo posible, previniendo de un nuevo ingreso hospitalario consecuente de la exacerbación de la patología de base o de la agudización de la sintomatología.

Consideramos que con un buen seguimiento y control sintomático, con una buena educación sanitaria del paciente, en la que él sea consciente de sus capacidades y sus limitaciones, mejoraríamos la calidad de vida del mismo.

Aun así somos conscientes de que debemos continuar investigando en este sentido y debemos establecer protocolos de actuación en este tipo de pacientes para que las medidas que se emplean en ellos de forma protocolizada no sean exclusivamente farmacológicas sino que también tengan cabida este tipo de intervenciones rehabilitadoras de tipo no farmacológico.

• **DISCUSIÓN-CONCLUSIONES:**

Los programas de rehabilitación respiratoria en el paciente oncológico mejoran la funcionalidad de los pacientes.

Correlación positiva y muy fuerte entre las puntuaciones del índice de Barthel y el FIM.

Correlación positiva entre la capacidad de esfuerzo de los pacientes con sus niveles de autonomía.

Correlación negativa entre los niveles de disnea de los individuos con su capacidad de esfuerzo.

Predominio de diagnóstico anatomopatológico pulmonar en individuos que presentan problemas respiratorios.

CONCLUSIÓN PRINCIPAL

En nuestro estudio podemos afirmar la eficacia de un programa de rehabilitación integral respiratoria en la mejora de la problemática respiratoria referida por la enfermedad oncológica.

• **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sánchez G, Sobradillo V, Ancochea J. Prevalences of COPD in Spain: impact and undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2013. 64: 863-68.
2. Coll R, Pedro P. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En: Durante P, Pedro P. *Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 2ª edición. Barcelona: Masson, 2004; 127-138
3. Garrod R, Paul EA, Wedzicha JA. An evaluation of the reliability and sensitivity of the London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL). *Respir Med*. 2002.
4. NANDA Internacional (2012). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014*. Madrid: Elsevier
5. Arribas Cachá A, Hernández Mellado M, Sellán Soto C, Santamaría García JM, Díaz

- Martínez ML. Delimitación de la estructura normalizada del "Proceso de valoración enfermera" (I). NUREInv [Internet]. Ene-Feb 2014 [citado 10 Feb 2015];11(68).
6. Arribas Cachá A, Sellán Soto C, Amézcuca Sánchez A, Santamaría García JM, Vazquez Sellán A, Blasco Hernández T. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de las variables del Cuidado. 2012. FUDEN; Madrid
 7. Raile Alligoog M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier
 8. Cote C, Celli BR. Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD. Eur Respir J. 2005; 26: 630-36.
 9. Vilaro J, Gimeno E, Hernando C, Ferrer M, Roca J, Alonso J et al. Actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: validación de la traducción española y análisis comparativo de 2 cuestionarios. Med clin (Barc). 2007; 129(9): 326-32.
 10. Cooper J. Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. 2º Ed. London: Ed Wiley. 2007; 6; 61-83.
 11. Xiao-Dan Liu, Hong-Zhu Jin, Bobby Hin-Po Ng, Yi-Huang Gu, Yun-Chuan Wu, Gan Lu. Therapeutic Effects of Qigong in Patients with COPD: A Randomized Controlled Trial. Hong Kong Journal of Occupational Therapy. 2012. 22: 38-46.
 12. Lorenzi CM, Cilione C, Rizzardi R, Furino V, Bellantone T, Lugli D, Clini E. Occupational Therapy and Pulmonary Rehabilitation of disabled COPD patients. Respiration. 2004.
 13. Ripamonti C, Fusco F. Respiratory problems in advance cancer. Supportive Care in Cancer. 2002; 10(3): 204-16.
 14. Velloso M, Jardim JR. Study of energy expenditure during activities of daily living using and no using body position recomendad by energy conservation techniques in patients with COPD. Chest. 2006.
 15. Rubí M, Bertrán I, Renom F, García JL, Benito E. Cuidados Paliativos en las enfermedades respiratorias crónicas en fase avanzada. Situación actual y propuesta de organización asistencial. Med Pal (Madrid). 2005; 12(1): 39-46.
 16. Coll R, Vila M. Técnicas de ahorro de energía. En: Pleguezuelos E, Miranda G, Gómez A, Capellas L. Rehabilitación integral en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Madrid. 2007. 15: 165-73.

Anexo:

FIGURAS

FIGURA 1

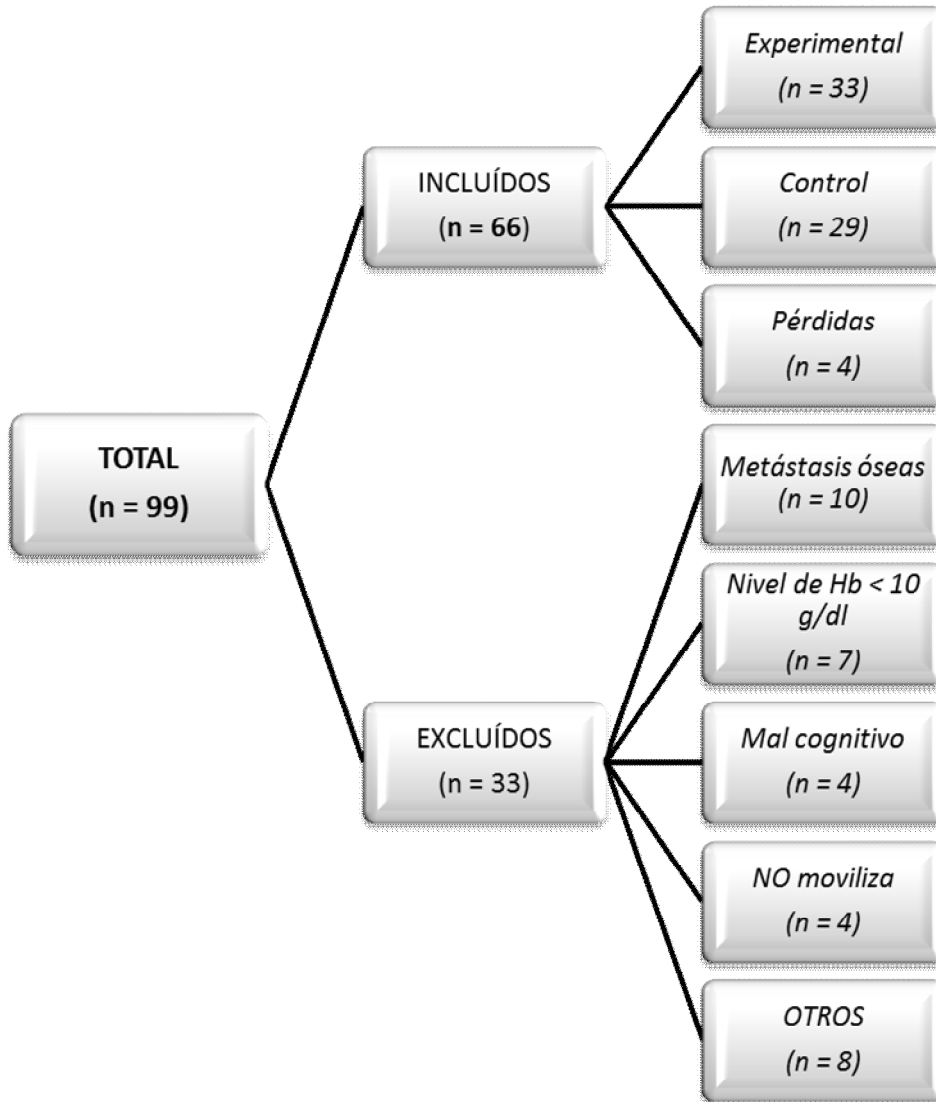


FIGURA 2

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tít.
Edad	62	43	85	67,65	9,680
IMC	62	18,47	33,87	23,7019	3,38922
MRCDisnea_I	62	3	4	3,74	,441
Barthel_I	62	0	80	50,89	15,564
FIM_Total_I	62	19	102	80,85	17,703
Distancia6mm_I	62	10	200	79,44	30,555
N válido (según lista)	62				

FIGURA 3

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	33	43	84	66,52	10,372
IMC	33	18,47	33,87	23,8727	4,19032
MRCDisnea_I	33	3	4	3,76	,435
MRCDisnea_F	33	1	3	2,24	,561
Barthel_I	33	15	80	52,73	12,317
Barthel_F	33	50	95	78,03	12,115
FIM_Total_I	33	19	102	80,79	16,433
FIM_Total_F	33	63	121	102,45	14,054
Distancia6mm_I	33	15	120	75,58	25,548
Distancia6mm_F	33	74	260	130,64	43,518
Edad_Control	29	50	85	68,93	8,831
IMC_Control	29	19,36	27,13	23,5076	2,21002
MRCDisnea_Contr oI	29	3	4	3,72	,455
MRCDisnea_Contr oF	29	2	4	2,90	,409
Barthel_ControlI	29	0	65	48,79	18,596
Barthel_ControlF	29	5	70	52,76	18,879
FIM_Total_Control I	29	26	100	80,93	19,343
FIM_Total_Control F	29	35	106	83,97	18,875
Distancia6mm_Co ntrolI	29	10	200	83,83	35,361
Distancia6mm_Co ntrolF	29	12	210	93,14	36,606
N válido (según lista)	29				

FIGURA 4

		Género			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	37	59,7	59,7	59,7
	Femenino	25	40,3	40,3	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

FIGURA 5

		Género Experimental			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	17	51,5	51,5	51,5
	Femenino	16	48,5	48,5	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

FIGURA 6

		Género Control			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	20	60,6	69,0	69,0
	Femenino	9	27,3	31,0	100,0
	Total	29	87,9	100,0	
Perdidos	Sistema	4	12,1		
Total		33	100,0		

FIGURA 7

Diagnostico				
	Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Patología mamaria	12	19,4	19,4	19,4
Patología pulmonar	34	54,8	54,8	74,2
Válidos Patología aparato digestivo	13	21,0	21,0	95,2
Otras	3	4,8	4,8	100,0
Total	62	100,0	100,0	

FIGURA 8

Diagnostico Experimental				
	Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Patología mamaria	6	18,2	18,2	18,2
Patología pulmonar	14	42,4	42,4	60,6
Válidos Patología aparato digestivo	11	33,3	33,3	93,9
Otras	2	6,1	6,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

FIGURA 9

Diagnóstico Control				
	Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Patología mamaria	6	18,2	20,7	20,7
Patología pulmonar	20	60,6	69,0	89,7
Válidos Patología aparato digestivo	2	6,1	6,9	96,6
Otros	1	3,0	3,4	100,0
Total	29	87,9	100,0	
Perdidos Sistema	4	12,1		
Total	33	100,0		

FIGURA 10

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 IMC - IMC_C	,48759	4,94815	,91885	-1,39459	2,36976	,531	28	,600
Par 2 MRCDisnea - MRCDisnea_C	,793	,726	,135	,517	1,069	5,883	28	,003
Par 3 Barthel - Barthel_C	22,586	9,694	1,800	18,899	26,273	12,548	28	,000
Par 4 FIM_Total - FIM_Total_C	19,483	16,117	2,993	13,352	25,613	6,510	28	,000
Par 5 Distancia6mm - Distancia6mm_C	47,069	34,392	6,386	33,987	60,151	7,370	28	,000

FIGURA 11

Correlaciones

		IMC	MRCDisnea_I	Barthel_I	FIM_Total_I	Distancia6m_m_I
IMC	Correlación de Pearson	1	-,087	-,079	-,030	-,145
	Sig. (bilateral)		,501	,544	,816	,261
	N	62	62	62	62	62
MRCDisnea_I	Correlación de Pearson	-,087	1	-,133	-,078	-,226
	Sig. (bilateral)	,501		,302	,545	,077
	N	62	62	62	62	62
Barthel_I	Correlación de Pearson	-,079	-,133	1	,775**	,443**
	Sig. (bilateral)	,544	,302		,000	,000
	N	62	62	62	62	62
FIM_Total_I	Correlación de Pearson	-,030	-,078	,775**	1	,386**
	Sig. (bilateral)	,816	,545	,000		,002
	N	62	62	62	62	62
Distancia6m_m_I	Correlación de Pearson	-,145	-,226	,443**	,386**	1
	Sig. (bilateral)	,261	,077	,000	,002	
	N	62	62	62	62	62

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).